На правах рукописи

ЛАВРУЩИК Марина Вячеславовна

ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ В СВЯЗИ С ЭПИЛЕПСИЕЙ
(диагностика и судебно-психиатрическая оценка)

14.01.06 - психиатрия

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Москва – 2017

Работа выполнена в ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава Российской Федерации.

Научный руководитель:
доктор медицинских наук **Усюкина Марина Валерьевна**

Официальные оппоненты:
Малинина Елена Викторовна - доктор медицинских наук, доцент, ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», заведующая кафедрой психиатрии
Зайцев Олег Семенович - доктор медицинских наук, ФГАУ «Научно-исследовательский институт нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко», главный научный сотрудник, руководитель группы психиатрических исследований

Ведущая организация:
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»

Защита диссертации состоится «26» сентября 2017 года в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д.208.024.01 при ФГБУ «Федеральный 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 «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте: www. serbsky.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2017 года

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук И.Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования.

Эпилепсия относится к числу наиболее распространенных и социально значимых заболеваний с негативным влиянием на все стороны жизни больного: социальную активность, семейный статус и сферу личных взаимоотношений (Михайлов В.А., 2008; Jacoby A., 2009; Меликян Э.Г., 2011). По уровню инвалидизации и неблагоприятных социальных последствий, таких как снижение качества жизни, ограничение трудоустройства, стигматизация больных и социальная изоляция, эпилепсия сопоставима с тяжелыми соматическими и неврологическими заболеваниями, сопровождающимися выраженным расстройством функций организма и вызывающими необходимость социальной защиты (Attumalil T.V. et al., 2011, Пирогова А.В., Малинина Е.В., 2015).

Число больных эпилепсией с психическими нарушениями постоянно растет, и в последние годы они выявляются у 75% пациентов. Из них только 6% находятся под наблюдением психиатров, остальные - неврологов. В 68,5% случаев психические расстройства у больных эпилепсией отмечались в межприступном периоде. К психическим расстройствам помимо когнитивного снижения, симптомов депрессии, относятся патохарактерологические особенности и поведенческие нарушения (Усюкина М.В., 2001; Калинин В.В., 2004-2016; Громов С.А., Липатова Л.В., Незнанов Н.Г., 2008; Киссин М.Я., 2010; Коцюбинский А.П., 2014).

В настоящее время преобладают представления о полифакторной детерминации личностных особенностей больных эпилепсией. Выделяются следующие факторы эпилептического процесса: наследственно-конституциональные и преморбидные особенности; органическое поражение головного мозга; локализация эпилептического очага; влияние лекарственного лечения; психогенные влияния (Громов С.А., Якунина О.Н., 2015). Ряд исследователей отказывают эпилептической болезни в прямой связи с психопатологическими нарушениями, считая их, по сути, «реактивными наслоениями», проявлением «неспецифического» органического поражения головного мозга или «случайно связанными» и «коморбидными» с эпилепсией расстройствами (Titlic M. et al., 2009).

Эпилепсия является одной из самых распространенных клинических моделей для изучения влияния структурно-функциональной организации головного мозга на психическую деятельность. Наиболее перспективным в современной эпилептологии представляется нейропсихиатрический подход, подразумевающий интеграцию неврологических, нейрофизиологических, нейропсихологических и психопатологических методов. Одним из путей решения этой проблемы является выявление взаимосвязей между комплексом нейробиологических и конституциональных характеристик индивидуума и особенностями течения эпилепсии (Калинин В.В., 2004; Гриненко О.А., Зайцев О.С., 2012).

Наличие в клинической картине эпилепсии различных по своей структуре психопатологических синдромов обуславливает сложность судебно-психиатрической оценки. Сравнивая риск увеличения преступного поведения после постановки диагноза эпилепсии с общей популяцией, сообщают о возрастании данного показателя в 1,5 раза у больных эпилепсией (S. Fazel et al., 2011). Международная группа экспертов по эпилепсии предлагает пять релевантных критериев, определяющих, является ли агрессивное преступление следствием эпилептического приступа (Granieri E., Fazio P., 2012). Противоправные действия больных эпилепсией связаны с повышенной возбудимостью, раздражительностью, злобностью, эгоцентризмом, мстительностью и одновременно склонностью пациентов к брутальным реакциям (A.Ritaccio, O.Devinsky, 2001). Общественно-опасные действия, совершаемые больными эпилепсией, осуществляются преимущественно по негативно-личностным механизмам, связанных с преобладанием эксплозивно-эпилептоидных черт личности, нарушениями в идеаторной и эмоционально-волевой сферах (Усюкина М.В., Шахбази Т.А., 2013).

Все это свидетельствует о неоднозначности научных взглядов на природу личностных особенностей больных эпилепсии, демонстрирует неразработанность множества аспектов данной проблемы, указывает на необходимость дальнейших комплексных исследований в этой области.

ЦЕЛЬЮ исследования является разработка критериев диагностики и дифференцированной судебно-психиатрической оценки органического расстройства личности при эпилепсии у обвиняемых.

В соответствии с этим сформулированы **ЗАДАЧИ** исследования:

1. Выделение психопатологических и клинико-динамических особенностей органического расстройства личности при эпилепсии.

2. Определение факторов, влияющих на формирование органического расстройства личности при эпилепсии.

3. Выявление взаимосвязи между патогенетическими, психопатологическими и клинико-динамическими особенностями органического расстройства личности при эпилепсии.

4. Выработка подходов к судебно-психиатрической оценке органического расстройства личности при эпилепсии у обвиняемых.

Основные положения диссертационной работы, выносимые на защиту:

1.Диагностика органического расстройства личности вследствие эпилепсии основывается на выявлении характерной совокупности когнитивных нарушений, эмоционально-волевых расстройств и патохарактерологических черт.

2. Степень нарушения социальной адаптации больных эпилепсии зависит не только от выраженности когнитивных расстройств, но и наличия различных типов личностных особенностей.

3. Нейробиологические факторы играют важную роль в формировании агрессивности как черты личности у больных эпилепсией и связаны со своеобразием личностных и поведенческих изменений при эпилепсии.

4. Особенности общественно опасного поведения больных эпилепсией находятся в определенной зависимости от типа личности: больные эпилепсией с преобладанием эксплозивных черт чаще совершают правонарушения против личности при «нейтральном» поведении потерпевших и непосредственно реагируют на конфликт, в то время как для больных с дефензивными особенностями характерна отсроченная реакция на конфликтную ситуацию.

5. При установлении ограничения способности больного к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий и руководству

ими ведущее значение приобретает оценка полярных вариантов личностных черт с различными механизмами поведения в криминальной ситуации.

Научная новизна работы. На основании комплексного исследования получены новые данные о клинико-психопатологических, клинико-динамических, криминологических особенностях больных эпилепсией с эксплозивным и дефензивным типами личности. Определены факторы, влияющие на формирование органического расстройства личности при эпилепсии. Выявлена взаимосвязь между характеристиками вызванного потенциала Р300 и особенностями личности больных эпилепсией. Разработаны модели определения юридического критериев формул ст. 21 и ст. 22 УК РФ при органическом расстройстве личности в связи с эпилепсией.

Практическая значимость. Выделение критериев диагностики и судебно-психиатрической оценки органического расстройства личности в связи с эпилепсией способствует оптимизации диагностического процесса, раннему выявлению и своевременной коррекции психических нарушений с целью профилактики нарастания дефекта и повышения социального функционирования больных эпилепсией. Разработанная система комплексных подходов к анализу клинико-психопатологических особенностей личности больных, страдающих эпилепсией, позволяет аргументированно решать экспертные задачи, относящиеся к установлению и обоснованию юридического критерия формулы невменяемости и «ограниченной» вменяемости у больных с различными типами личностных изменений.

Внедрение результатов работы

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

Апробация и публикация материалов исследования

По материалам исследования опубликованы 11 печатных работ, из которых 4 – в рецензируемых научных журналах ВАК. Диссертация апробирована 15 марта

2017 года на Проблемном совете по судебной психиатрии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ России.

Объем и структура работы

Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и указателя литературы. Работа изложена на 165 страницах машинописного текста, включающего 52 таблицы и 5 рисунков. Указатель литературы содержит 313 источников, из них 151 отечественных и 162 зарубежных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы обследования

Обследовано 84 подэкспертных, в возрасте от 18 до 57 лет, проходивших обследование на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в период с 2009 по 2015гг.

Основным критерием включения в исследование был нозологический - верифицированный по данным экспертизы диагноз: «Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией» (F07.02); обследуемые лица мужского пола старше 18 лет.

Для квалификации психических нарушений, их динамики и прогноза применялись клинико-психопатологический и клинико-динамический методы исследования.

Для объективизации и количественной оценки тяжести имеющихся расстройств, а также качественного анализа структуры нарушений использовались краткая шкала оценки психического состояния (Mini-Mental State Examination), клиническая оценочная шкала глобального функционирования (GAF), а также психометрические тесты: Опросник структуры темперамента В.М. Русалова, Тест Спилбергера, Тест Цукермана, Опросник «Уровень субъективного контроля», Тест Басса-Дарки.

Проведено исследование показателей Р300 (совместно с лабораторией нейрофизиологии, руководитель лаборатории – д.б.н. А.В. Киренская), отражающего процессы распознавания, запоминания, сравнения стимула и принятия решения. Экспериментальная схема включала регистрацию ЭЭГ от 19 стандартных отведений. Для получения Р300 использовали аудиальную

стимуляцию по стандартной парадигме oddball с вероятностью предъявления целевого стимула 20%. Анализировали амплитуду и латентность P300.

Полученные результаты формализовались с помощью специально разработанной карты обследования, включающей 224 параметра. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием приложения пакета статистического анализа данных Statistica 10 for Windows, включала определение частотности изучаемых признаков (выявление их абсолютных значений и удельного веса показателей), анализ таблиц сопряженности с помощью χ^2-критерия, различия считались статистически значимыми при уровне ошибки $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате проведенного исследования были сформированы ***две группы*** сопоставимых по возрасту больных эпилепсией: **1-ая группа - эксплозивный тип** (44 чел., 52%.), **2-ая группа - дефензивный тип** (40 чел., 48%). Данное деление полюсных патохарактерологических вариантов основывалось на представлении о наличии патобиологически значимых различий личностных расстройств, при общности эпилептических патогенетических механизмов их формирования в целом. К *эксплозивному* типу были отнесены такие личностные особенности как взрывчатость, брутальность, злопамятность, полярность аффекта, жестокость; к *дефензивному* - вязкость аффекта, медлительность, тяжеловесность, сензитивность, внушаемость, мнительность, нерешительность.

В большинстве наблюдений длительность заболевания была от 6 до 20 лет (66% и 67,5%). Начало заболевания у большинства обследуемых пришлось на дошкольный и школьный возраст.

При формировании органического расстройства личности при эпилепсии существенную роль играли экзогенно-органические факторы, среди которых ведущим являлось травматическое поражение головного мозга (68% и 45% $\chi^2=4,5$ $P<0.05$).

Клинико-психопатологические особенности

Клиническая картина эпилептической болезни представлена широким спектром психических расстройств.

Эмоционально-волевые расстройства включали нарушения устойчивости эмоциональных реакций в виде накопления и идеаторной переработки негативных переживаний (95,5%, 87,5%), тугоподвижности, вязкости эмоций (86%, 82,5%). Снижение интенсивности эмоциональных проявлений наблюдалось только у подэкспертных *второй* группы (12,5%, χ^2=5,8, P<0.05). Эмоциональная лабильность со слабодушием достоверно чаще наблюдалась у больных *второй* группы (65%, χ^2=28, P<0.01), в отличие от *первой*, где чаще выявлялась эмоциональная лабильность с эксплозивностью (52%, χ^2=9 P<0.01). При этом у больных *первой* группы на этом фоне наблюдались выраженная эмоциональная напряженность, вспыльчивость, возбудимость, гневливо-злобные реакции с двигательной активностью и агрессивными тенденциями. У больных же *второй* группы на фоне истощаемости и замедленности психической деятельности отмечались явления аффективной лабильности, раздражительной слабости, проявляющиеся при незначительной нагрузке. В силу имеющейся у них аффективной вязкости, медлительности, инертности психики они с трудом переключались на другие виды деятельности.

Когнитивные расстройства у обследуемых больных были представлены нарушениями мышления, внимания, памяти. У большинства обследованных отмечалось обстоятельное (100% и 99%), детализированное (95% и 95%) и вязкое (82% и 68%) *мышление*, а также снижение уровня обобщений (82% и 70%), трудности абстрагирования (86% и 77,5%), выделение несущественных признаков, неспособность отделить главное от второстепенного (64% - 84% и 62,5% - 70% соответственно). Динамический компонент мышления характеризовался его инертностью, тугоподвижностью (95,5% и 85%). У больных *первой* группы чаще наблюдались ригидность, вязкость мышления с трудностями выделения главного; суждения их часто были примитивны, поверхностны. Больные, застревая на несущественных деталях, подробно, обстоятельно рассказывали о своей жизни, с трудом переключались на другие темы, при этом становились более раздражительными, настойчиво требовали, чтобы их не перебивали, «выслушали до конца». У 62,5% больных *второй* группы выявлялось замедление темпа психической деятельности, что достоверно выше, чем у больных первой группы (39%, χ^2=4,7 P<0.01). Истощаемость и отвлекаемость *внимания* (57% и 90%, 64% и

90%) чаще наблюдались у больных *второй* группы (χ^2=6,6 P<0.01), при этом трудности переключения внимания были характерны для подэкспертных *первой* группы, что связано с инертностью и тугоподвижностью психических процессов у данных лиц. *Мнестические* расстройства выявлялись у всех больных, несколько чаще у подэкспертных *первой* группы и проявлялись нарушениями способности усваивать, сохранять и воспроизводить новую информацию. Память была снижена как на недавние, так и на отдаленные события, сопровождалась инертностью психических процессов, снижением всех форм познавательной деятельности. Нарушения непосредственной и опосредованной памяти выявлялись у всех подэкспертных, но у больных *первой* группы одинаково часто были нарушены оба компонента, причем чаще наблюдалось снижение непосредственной памяти (91% и 57,5% χ^2=12,4 P<0.01), у больных *второй* группы в основном отмечались нарушения опосредованной памяти.

Для оценки степени тяжести имеющихся когнитивных расстройств проводилось исследование ***когнитивных функций*** при помощи теста Mini–mental state examination (MMSE). У больных ***первой*** группы чаще выявлялась *умеренная* (39%) и *выраженная* степень когнитивных нарушений (36%). У подэкспертных с *умеренной степенью* нарушений утрачивались подвижность, пластичность психики, наблюдались трудности врабатываемости, сужение объема внимания, построение конкретно-ситуационных связей, снижение запоминания, эффективности организации материала по смысловому признаку. У больных с *выраженной степенью* когнитивных нарушений на первый план выступали выраженная инертность психических процессов, снижение всех форм познавательной деятельности, явления олигофазии часто с вычурностью, своеобразным построением фраз, апраксией. Были характерны неспособность к усвоению нового, анализу и конструктивному разрешению ситуаций, выходящих за рамки сложившихся стереотипов. У подэкспертных ***второй*** группы преобладали *легкая* (37,5%) и *умеренная* (40%) степени когнитивных нарушений в виде обстоятельности мышления с замедленностью темпа, снижением способности к усвоению нового, что сочеталось с отвлекаемостью внимания, быстрой истощаемостью. Мнестические расстройства включали снижение прочности запоминания и устойчивости памяти.

Когнитивным расстройствам принадлежит одна из основных ролей в нарушении ***адаптации*** пациента в обществе, поэтому изучение связи степени выраженности когнитивных нарушений со степенью социальной активности имеет важное значение для диагностики органического психического расстройства. При оценке степени адаптации использовалась клиническая оценочная шкала глобального функционирования (GAF), предназначенная для наиболее общей оценки способности к повседневному функционированию психически больных в разных сферах жизнедеятельности (социальной, трудовой, семейной).

Подэкспертные с преобладанием ***дефензивных*** черт в большем проценте случаев имели *легкую* степень дезадаптации (32,5%) в виде ограниченной способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях, в том числе в кругу членов семьи, при частичной самокоррекции. У них выявлялась субъективно ощущаемая нарушенная способность к преодолению до того привычных житейских трудностей, выполнению привычного объема работы, снижение производительности деятельности. В связи с сензитивностью, мнительностью, неуверенностью в себе, у них отмечалась сниженная оценка своих возможностей, нерешительность со склонностью к избеганию конфликтов, зависимость от окружающих с фиксацией на своем заболевании.

Больше половины подэкспертных с преобладанием ***эксплозивных*** личностных черт (54,5%) имели *умеренную* степень дезадаптации в виде нарушений во всех сферах жизнедеятельности. Отмечались значительные трудности в межличностных отношениях, частые конфликты, в связи с чем возникали проблемы с трудоустройством, нарушения трудовой дисциплины. При наличии *выраженной* дезадаптации наблюдались нарушения во всех сферах деятельности, они были не трудоустроены, не могли выполнять необходимые требования к работе, у них была нарушена способность контролировать свое поведение, его коррекция, что связано с преобладанием у больных первой группы не только стойких когнитивных нарушений, но и достаточно выраженных специфических изменений личности с оппозиционными и протестными формами реагирования. Эмоциональная напряженность, вязкость с фиксацией на негативных переживаниях сочетается с выраженной аффективной заряженностью с постоянной готовностью к бурным злобным реакциям, что приводит к частым конфликтам по

незначительному поводу, малейшему замечанию с излишней прямолинейностью суждений больных и настаивании на своей позиции с оскорблением окружающих.

Нейрофизиологическое исследование

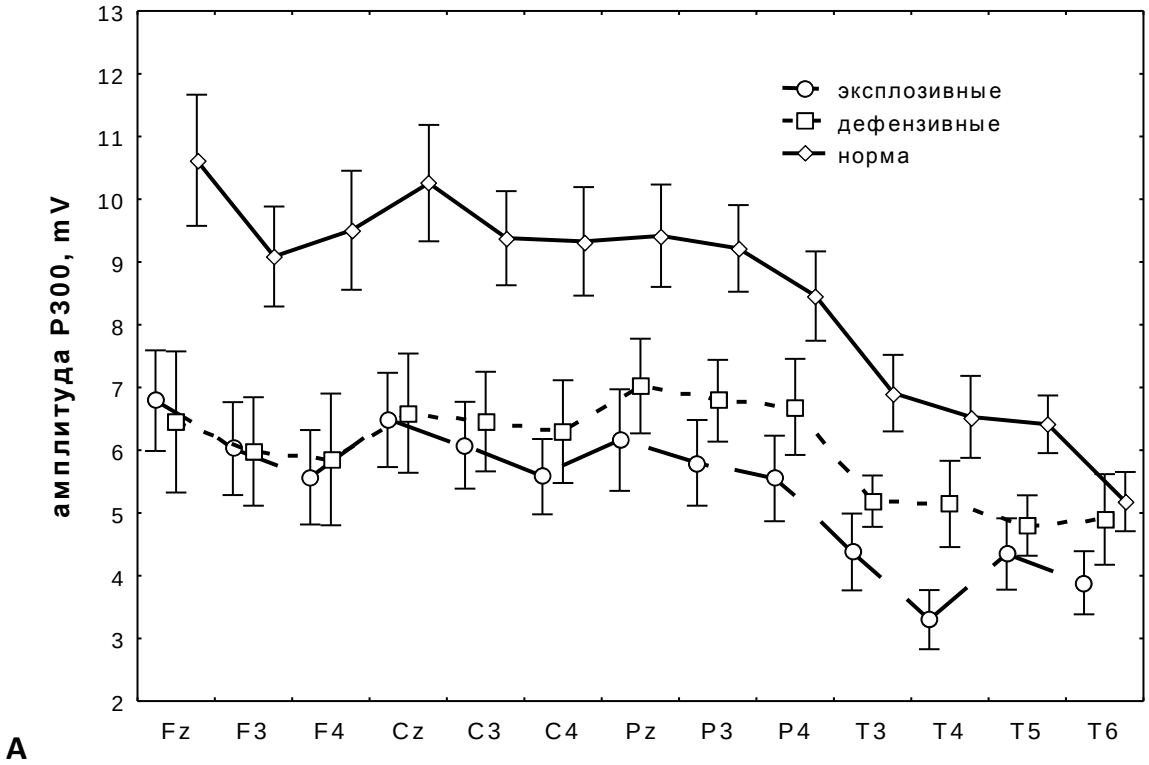
При исследовании **показателей Р300** было обследовано 13 подэкспертных с эксплозивными, 13 человек с дефензивными личностными чертами и 19 психически здоровых.

Наиболее существенные отличия от группы здоровых испытуемых наблюдались у больных с эксплозивными чертами личности. Качественный анализ данных показал, что в группе *эксплозивных* больных заметно чаще встречались лица с грубыми нарушениями Р300 (7 чел. / 53,8%), чем в группе *дефензивных* больных (4 чел. / 30,8%). Кроме того, нарушения Р300 характеризовались определенной топографической специфичностью. В обеих группах более чем у половины больных зона максимальных нарушений показателей Р300 включала височные области, однако в группе *эксплозивных* больных чаще, чем в группе *дефензивных* (10 чел. / 77 % и 7 чел. / 53,8%, соответственно). Кроме того, в группе *эксплозивных* больных чаще встречались более значительные нарушения Р300 в *правом* полушарии (8 чел. / 61,5%) и только у одного человека (7,7%) - в левом. В группе дефензивных больных встречаемость право- и левополушарных нарушений была близкой.

Количественный анализ амплитуды Р300 показал, что в обеих группах больных амплитуда была достоверно снижена относительно группы нормы при статистической значимости различий ($p<0.05$) в лобно-центрально-теменной области (Fz, F3, F4, Cz, C3, C4, Pz, P3, P4) и в средне-височной области (T3, T4) (рис. 1А). Несмотря на то, что средние значения амплитуды Р300 были ниже в группе эксплозивных больных в большинстве отведений, различия между группами больных получены только для правого височного отведения (T4) на уровне тенденции ($p=0,063$).

Анализ показателя латентности Р300 обнаружил ее существенное увеличение в группе *эксплозивных* больных по сравнению с нормой, тогда как в группе *дефензивных* больных значения латентности были близки к нормативным (рис. 1Б). Соответственно, при сравнении группы эксплозивных больных с нормой достоверное увеличение латентности ($p<0.05$) обнаружено практически во всех

отведениях, кроме височных отведений левого полушария (F7, T3) (рис. 1Б). При сравнении двух групп больных латентность была существенно выше ($p<0.05$) в группе *эксплозивных* больных в лобных отведениях (Fz, F3, F4) и в правом височном отведении (T4).



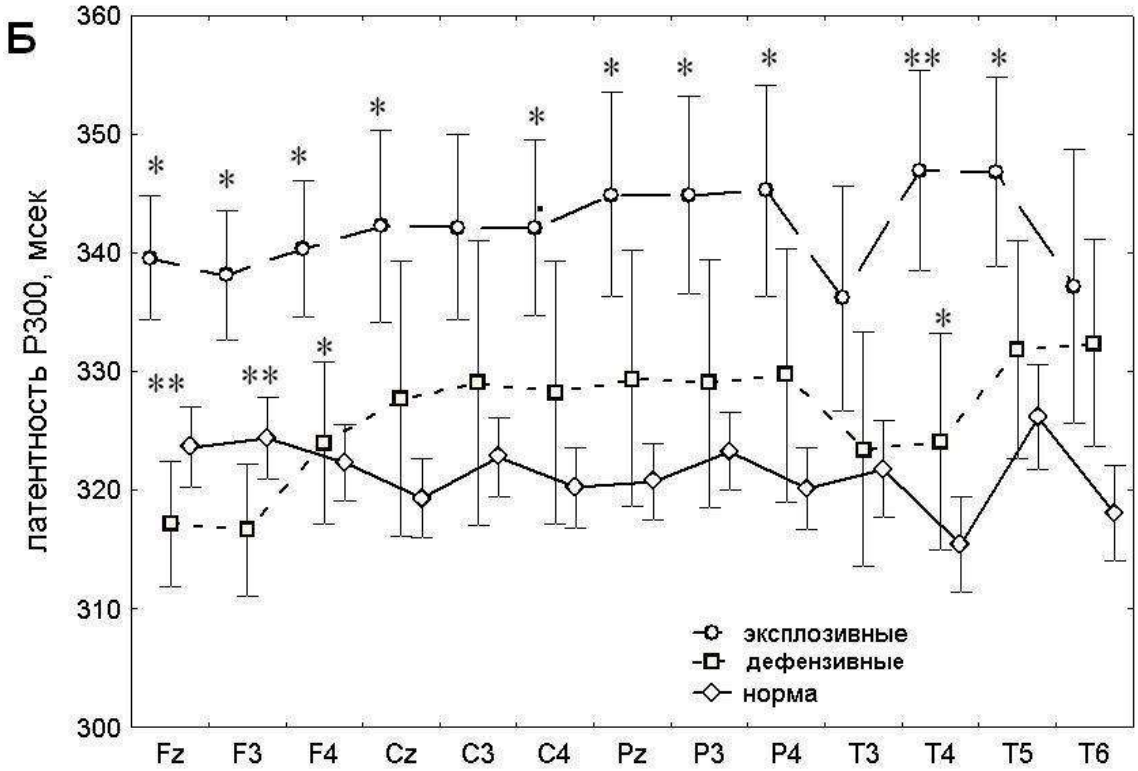


Рис. 1. Показатели амплитуды (А) и латентности (Б) Р300 в исследуемых группах * - $p<0.05$, ** - $p<0.01$.

Анализ показателей межполушарной асимметрии выявил отчетливый межполушарный дисбаланс только у *эксплозивных* больных по сравнению с нормой, обусловленный нарушениями в височных отделах правого полушария, что проявилось для коэффициентов асимметрии по амплитуде в передне-височной области (F7/8), а по латентности - в средне-височной (T3/4) ($p<0.05$).

Для оценки базовых черт личности и свойств темперамента в рамках нейрофизиологического исследования проводилось ***психометрическое тестирование*** 14 больным эпилепсией с дефензивными и 13 с эксплозивными чертами.

Сравнительный анализ данных теста Спилбергера свидетельствует о том, что у больных эпилепсией в обеих группах средние значения личностной и ситуативной тревожности достоверно превышают нормативные. Наиболее высокие показатели ситуативной тревожности выявлены в группе *эксплозивных* больных, а личностной - в группе *дефензивных.* Значения ситуативной тревожности в группе эксплозивных больных достоверно выше, чем в контрольной группе, а значения личностной тревожности также выше, но на уровне тенденции ($p=0.07$). В группе дефензивных больных достоверно отличаются от контроля шкалы как ситуативной, так и личностной тревожности. Статистически подтверждено обратное соотношение личностной и ситуативной тревожности в исследованных группах: у больных эпилепсией с эксплозивными чертами ситуативная тревожность выше личностной, а в группе нормы и в группе дефензивных больных – наоборот.

Проводилось также психометрическое тестирование, направленное на количественную оценку структуры и степени предрасположенности к различным формам агрессивного и аутоагрессивного поведения.

При анализе структуры агрессивных форм поведения, выполненного с помощью теста Басса-Дарки, значения всех шкал были наиболее высокими в группе *эксплозивных* больных. Статистически значимые различия при сравнении *эксплозивных* и *дефензивных* больных эпилепсией получены по шкалам физической ($p<0.05$) и вербальной ($p<0.01$) агрессии, а также по общему индексу агрессивности ($p<0.01$). При сравнении с группой нормы у *эксплозивных* больных также была

существенно выше шкала подозрительности (p<0.05). У *дефензивных* больных шкалы теста зачастую были ниже, чем в группе нормы, при достоверных различиях по шкале косвенной агрессии (p<0.05) (табл. 1).

Особый интерес представляют результаты корреляционного анализа характеристик потенциала Р300 (амплитуды и латентности) со шкалами теста Басса-Дарки. В группе эксплозивных больных обнаружено 65 статистически значимых корреляций (p<0.05), при этом подавляющее большинство (93%) их относилось к показателю латентности Р300. В группе дефензивных больных обнаружено лишь 4 значимые корреляции.

Таблица 1. Средние значения шкал теста Басса-Дарки

Группа Шкала	**Э**	**Д**	**Норма**	Уровень значимости различий		
				Э/Д	**Э/Н**	**Д/Н**
физическая агрессия (ФА)	78.5 ± 4.8	53.3 ± 8.7	59.2 ± 4.4	p<0,05	p<0,05	-
косвенная агрессия (КА)	57.3± 7.8	45.3 ± 4.9	59.0 ± 3.5	-	-	p<0,05
раздражение (Р)	56.1 ± 6.6	46.2 ± 6.6	47.8 ± 4.4	-	-	-
негативизм (Н)	69.2 ± 7.4	50.0 ± 9.4	62.3 ± 5.9	-	-	-
обида (О)	56.8 ± 7.5	53.3 ± 8.0	52.9 ± 4.4	-	-	-
подозрительность (П)	60.8 ± 8.0	44.2± 5.0	41.5 ± 5.1	-	p<0,05	-
вербальная агрессия (ВА)	66.3 ± 5.2	45.5± 3.9	50.4 ± 3.5	p<0,01	p<0,05	-
чувство вины (ЧВ)	69.3 ± 6.9	65.9± 6.4	60.8 ± 4.3	-	-	-
индекс агрессивности (ОИА=ФА+КА+ВА)	67.6± 4.9	48.0 ± 3.8	55.4 ± 2.7	p<0,01	p<0,05	-
индекс враждебности (ИВ=О+П)	58.9 ± 7.2	48.3 ± 5.7	46.5 ± 4.1	-	-	-

Э – эксплозивные больные, Д – дефензивные больные, Н - норма

Таким образом, проведенное исследование обнаружило отчетливые изменения показателей Р300 у больных эпилепсией. Наиболее выраженные отклонения от *нормы* наблюдались у лиц с *эксплозивными* личностными чертами.

Для этой группы больных были характерны значительное снижение амплитуды и увеличение латентности Р300, а также нарушения межполушарного баланса по показателям межполушарной асимметрии. При преобладании *дефензивных* особенностей личности отмечено значимое снижение амплитуды Р300 по сравнению с группой нормы, однако не наблюдалось увеличения латентности Р300. Сравнение групп больных по показателю амплитуды Р300 выявило достоверно более низкие значения в группе *эксплозивных* больных только в правом височном отведении, а по показателю латентности - также в правом височном отведении и в лобных отведениях (Fz, F3, F4), локализация которых соотносится с префронтальной корой. Совокупность полученных данных свидетельствует о более значительных нарушениях височных отделов правого полушария и префронтальной коры у больных эпилепсией с эксплозивными личностными чертами. Значительное количество значимых корреляций между шкалами Басса-Дарки и характеристиками потенциала Р300, обнаруженное в группе *эксплозивных* больных, что свидетельствует о важной роли нейробиологических факторов в формировании агрессивности как черты личности у больных эпилепсией.

Судебно-психиатрическое значение органического расстройства личности в связи с эпилепсией

Больные, для которых было характерно преобладание *эксплозивных* личностных черт, значительно чаще совершали более трех правонарушений в течение жизни (33%). Данные лица впервые привлекались к уголовной ответственности в более раннем возрасте (до 20 лет) – 38,5%, в отличие от обследованных *второй* группы, у которых первое правонарушение приходилось на возраст с 21 года до 30 лет (25%). Причем первичное ООД достоверно чаще было совершено подэкспертными первой группы, уже длительное время (в течение 6-9 лет) страдающих эпилепсией (30% и 5%, χ^2=15 P<0.01). В половине наблюдений совершались правонарушения против личности (50% и 40%). Преобладающим психопатологическим механизмом общественно-опасных действий являлся ***негативно-личностный*** (37% и 33%). При этом для подэкспертных *первой* группы были более характерны ситуационно-спровоцированные агрессивные действия, связанные с нарушениями контроля проявлений собственных эмоций, – аффектогенная бесконтрольность (25%), в отличие от *второй* группы, где чаще

наблюдались интеллектуальная несостоятельность (12,5%) и повышенная внушаемость (10%). Аффектогенная бесконтрольность, характерная для больных *первой группы*, выражалась в сочетании психопатоподобного и дисфорического синдромов, когда злобно-тоскливое настроение, внутренняя напряженность и повышенная чувствительность к внешним раздражителям делали этих больных постоянно готовыми к агрессивным разрядам. При наличии у больных *второй группы* интеллектуальной несостоятельности (12,5%), повышенной внушаемости (10%) отмечалось недостаточное осмысление ситуации, сложность которой не соответствовала потенциальным возможностям обследуемых к восприятию всех составляющих ее элементов и к предвидению возможных путей ее развития**.** В силу имеющихся личностных особенностей, выраженных когнитивных и эмоционально-волевых нарушений большинство больных обеих групп признавались ***неспособными осознавать*** фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (61% и 52,5%).

При диагностике *органического расстройства личности в связи с эпилепсией* и выборе экспертного решения с применением ст. 21 УК РФ ведущую роль имеет выраженное снижение интеллектуально-мнестических функций вне зависимости от преобладания того или иного типа личностных особенностей (эксплозивный или дефензивный). Юридический критерий ст. 21 УК РФ проявлялся нарушением интеллектуального и волевого компонентов. Интеллектуальный компонент представлен выраженными когнитивными нарушениями. Волевой компонент больных ***первой*** группы был нарушен в связи с аффективной заряженностью, негибкостью поведения со склонностью к совершению импульсивных действий. У больных с преобладанием ***дефензивных*** черт волевая составляющая нарушалась вследствие повреждения сдерживающих интеллектуальных механизмов регуляции поведения, оказывающего дизрегулирующее влияние на процессы принятия решения.

В четверти случаев (23% и 20%) больные обеих групп были признаны «***ограничено вменяемыми***». При этом особое значение приобретала конфликтная ситуация. При преобладании ***эксплозивных*** личностных черт отмечалась *непосредственная реакция* на конфликтную ситуацию (44%) с взрывчатостью, брутальностью, агрессивными действиями. Излишняя прямолинейность в

суждениях, обостренная нетерпимость к несправедливости с отстаиванием только своих интересов, субъективным пониманием ситуации и ее значимости, часто без учета мнения и эмоционального состояния окружающих приводило к реализации *непосредственно* возникающих побуждений с затруднением коррекции своих действий. Ригидность установок с неприятием моральных принципов и норм поведения приводили к неспособности находить социально приемлемые пути решения межличностных конфликтов. Реализация агрессивных действий в 44% случаев происходила сразу вслед за оскорблением, обидой, неповиновением жертвы. При этом поведение потерпевших, которыми в основном являлись близкие родственники, знакомые, соседи чаще было нейтральным. Подэкспертные и ранее предъявляли требования неукоснительного следования определенным правилам, определяющим весь образ жизни близких, а в случае несоблюдения их указаний неоднократно возникали однотипные конфликты, протекающие с вербальной агрессией и нанесением телесных повреждений. У подэкспертных наблюдалась аффективная заряженность, вязкость со склонностью к застреванию на субъективно значимых негативных переживаниях, ригидность эмоциональных реакций с легкостью возникновения аффективных вспышек, мгновенной разрядке аффективного напряжения, низкий уровень волевого контроля с трудностями целостного осмысления ситуации, нарушениями прогностических способностей.

У больных с преобладанием ***дефензивных*** личностных черт в условиях конфликтной психогенно-травмирующей ситуации в отличие от больных первой группы отмечалась *отсроченная* по времени реализация агрессивных действий в силу затруднений непосредственного эмоционального отреагирования на ситуацию. Поведение потерпевших чаще всего носило провоцирующий характер. В силу наблюдающейся у больных тяжеловесности, тугоподвижности психических процессов с выраженной ригидностью, застойностью аффекта, они продолжали фиксироваться на сложившейся ситуации, даже если вызвавший конфликт повод не был очень существенным, не могли выработать правильную модель поведения.

При установлении ограничения способности подэкспертного к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий и руководству ими (**ст. 22 УК РФ**) ведущее значение приобретает преобладание полярных

вариантов личностных черт с различными механизмами поведения подэкспертных в криминальной ситуации. При этом соотношение интеллектуального и волевого компонентов ***юридического критерия*** выглядит следующим образом:

У подэкспертных с ***эксплозивными*** личностными чертами наблюдалось преимущественно нарушение волевого компонента (ригидность эмоциональных реакций с легкостью возникновения бурных аффективных вспышек с гетероагрессивными действиями, недостаточность волевого самоконтроля, снижение способности к планированию своих поступков и прогнозированию их последствий). Интеллектуальный компонент был представлен умеренными когнитивными нарушениями (обстоятельность, конкретность мышления, прямолинейность и поверхностность суждений).

У подэкспертных с ***дефензивными*** личностными особенностями на первый план выступало нарушение интеллектуального компонента (торпидность, тугоподвижность, истощаемость, замедленность темпа психических процессов, снижение концентрации внимания с незрелостью, легковесностью суждений). Волевой компонент был нарушен в связи с наличием у них вязкости аффекта с длительной идеаторной переработкой отрицательных эмоций, фиксацией на негативных переживаниях и невозможностью быстрого реагирования на возникшую ситуацию в сочетании с повышенной мнительностью, подчиняемостью, внушаемостью.

Подэкспертные *второй* группы в большем числе случаев могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (16% и 27,5%). У них выявлялась легкая степень когнитивных нарушений (замедленность психических процессов, нарушения концентрации внимания, отвлекаемость) и незначительные эмоционально-волевые нарушения (эмоциональная лабильность с явлениями астенической раздражительности), которые не влияли на их способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

Выводы

1. Структура органического расстройства личности в связи с эпилепсией определяется совокупностью когнитивных нарушений и личностных изменений, образующих самостоятельные патохарактерологические образования с преобладанием эксплозивных (вспыльчивость, раздражительность, брутальность, взрывчатость) либо дефензивных (пассивность, внушаемость, ранимость, мнительность, сензитивность, подчиняемость) черт.

2. Общими для всех больных эпилепсией являются когнитивные нарушения, которые проявляются обстоятельностью, торпидностью мышления со снижением уровня обобщений, трудностями абстрагирования, выделения несущественных признаков, инертностью и тугоподвижностью мыслительных процессов, нарушениями непосредственной и опосредованной памяти. При этом у больных с эксплозивными чертами личности преобладают трудности переключения внимания, вязкость, ригидность, а с дефензивными – истощаемость и отвлекаемость внимания, замедление темпа психической деятельности.

3. Эмоционально-волевые расстройства в структуре органического расстройства личности характеризуются нарушениями интенсивности устойчивости эмоциональных реакций в виде накопления и идеаторной переработки негативных переживаний, тугоподвижности, вязкости эмоций. Их клиническое оформление в значительной степени задается стержневыми личностными особенностями.

   3.1. Эксплозивные личностные черты представлены эмоциональной напряженностью, вязкостью с фиксацией на негативных переживаниях в сочетании с выраженной аффективной заряженностью и постоянной готовностью к бурным злобным реакциям с гетероагрессивными действиями.

   3.2. Для больных с дефензивными чертами характерна эмоциональная лабильность со слабодушием, склонность к избеганию конфликтов, сниженная оценка своих возможностей.

4. Клинико-психопатологические особенности, свойственные органическому расстройству личности, находят различное отражение в дезадаптации больных.

4.1. Выраженная степень дезадаптации с нарушениями во всех сферах деятельности (социальной, трудовой, семейной) более характерны для больных с эксплозивным типом личностных особенностей.

4.2. Для лиц с дефензивными чертами характерны нарушения социальной и семейной сфер жизнедеятельности в виде ограниченной способности контролировать свое поведение при возможности частичной самокоррекции, что свидетельствует о преобладании легкой степени дезадаптации.

5. Выраженность и локализация нарушений вызванного потенциала Р300 у больных эпилепсией свидетельствует о значительных изменениях в височных отделах правого полушария и префронтальной коры, характеризующих более значительную мозговую дисфункцию у эксплозивных больных по сравнению с дефензивными.

5.1. Для обеих групп больных эпилепсией характерно снижение амплитуды Р300, однако наиболее существенные изменения наблюдаются в группе лиц с эксплозивными чертами личности, у которых выявляется увеличение латентности Р300, а также нарушения межполушарного баланса по показателям межполушарной асимметрии.

5.2. Статистически значимые различия при сравнении эксплозивных и дефензивных больных эпилепсией получены по шкалам физической и вербальной агрессии теста Басса-Дарки, а также по общему индексу агрессивности. Выявлено значительное количество значимых корреляций между шкалами Басса-Дарки и характеристиками потенциала Р300 в группе эксплозивных больных, что свидетельствует о важной роли нейробиологических факторов в формировании агрессивности как черты личности.

6. Общественно-опасные действия больных эпилепсией с органическим расстройством личности осуществляются по негативно-личностным механизмам и различаются в зависимости от тех или иных особенностей личности.

6.1. Для больных с эксплозивными чертами характерна аффектогенная бесконтрольность с внутренней напряженностью и повышенной чувствительностью к внешним раздражителям

6.2. У больных с дефензивными чертами отмечается повышенная внушаемость и интеллектуальная несостоятельность с недостаточным осмыслением ситуации и способностью предвидеть возможные пути ее развития.

7. При вынесении решения об «ограниченной» вменяемости следует учитывать разные механизмы поведения больных эпилепсией в зависимости от личностных особенностей.

7.1. Для больных с эксплозивными чертами характерно преимущественно нарушение волевого компонента (ригидность эмоциональных реакций с легкостью возникновения бурных аффективных вспышек с гетероагрессивными действиями, недостаточность волевого самоконтроля, снижение способности к планированию своих поступков и прогнозированию их последствий).

7.2. У подэкспертных с дефензивными личностными особенностями в силу торпидности, тугоподвижности, истощаемости, замедления темпа психических процессов, снижения концентрации внимания с незрелостью, легковесностью суждений на первый план выступает нарушение интеллектуального компонента.

Список опубликованных работ по теме диссертации:

1. **Лаврущик М.В. Негативные психические расстройства при эпилепсии / Усюкина М.В., Корнилова С.В., Шахбази Т.А. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т.114. – № 4-2. – С.3-7.**
2. **Лаврущик М.В. Дифференциально-диагностические аспекты психических расстройств при эпилепсии в судебно-психиатрической практике / Усюкина М.В., Корнилова С.В., Шахбази Т.А. // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №2. – С.18-23.**
3. **Лаврущик М.В. К вопросу об органическом расстройстве личности при эпилепсии // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 1. – С.56-62.**
4. **Лаврущик М.В. Клинико-нейрофизиологические механизмы агрессивного поведения у лиц с органическим расстройством личности**

эпилептической природы / Усюкина М.В., Киренская А.В., Мямлин В.В., Солнцева С.В. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т.26. – №4. – С.18-25.

5. Лаврущик М.В. Уголовно-процессуальная дееспособность обвиняемых, страдающих эпилепсией / Усюкина М.В., Корнилова С.В., Харитоненкова Е.Ю. // Психическое здоровье. – 2016. – Т.14. – №12(127). – С.41-46.
6. Лаврущик М.В. Структура психических расстройств при эпилепсии / Усюкина М.В., Корнилова С.В. // Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: Наука и образование в XXI веке. – Москва, 2013. – С.145-146.
7. Лаврущик М.В. Изменения личности при эпилепсии // Сборник статей Всероссийской школы молодых ученых в области психического здоровья. – Суздаль, 2013. – С.35.
8. Лаврущик М.В. Судебно-психиатрические аспекты непароксизмальных психических расстройств при эпилепсии / Усюкина М.В., Корнилова С.В., Харитоненкова Е.Ю. // 5 национальный конгресс по социальной и судебной психиатрии. – Москва, 2013. – С.91.
9. Лаврущик М.В. Психогенные расстройства при эпилепсии / Усюкина М.В. // Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник №51. – 2013. – С.106-119.
10. Лаврущик М.В. Патохарактерологические особенности больных эпилепсией и ограниченная вменяемость / Корнилова С.В. // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы: Сборник №13 – 2016. – С. 144-152.
11. Лаврущик М.В. К вопросу об ограниченной вменяемости при эпилепсии / Корнилова С.В. // VI Национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии. – Уфа, 2016 – С.176.