

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В.П. СЕРБСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Велисевич Дарья Владимировна

**ОРГАНИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ,
НЕ ДОСТИГАЮЩИЕ СТЕПЕНИ ДЕМЕНЦИИ
(принципы и критерии судебно-психиатрической оценки)**

14.01.06 – психиатрия

**ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель
доктор медицинских наук,
профессор В.В. Вандыш-Бубко**

Москва – 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|---------|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 3-8 |
| ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ..... | 9-32 |
| 1.1 Предементные когнитивные расстройства: становление концепции..... | 9-14 |
| 1.2 Диагностический аспект исследований когнитивных расстройств, не достигающих степени деменции..... | 14-21 |
| 1.3 Судебно-психиатрический аспект концепции органически обусловленных предементных когнитивных расстройств..... | 21-32 |
| ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ..... | 33-49 |
| ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ..... | 50-107 |
| 3.1 Клинико-психопатологическая характеристика исследованных состояний..... | 50-82 |
| 3.2 Сравнительная характеристика исследованных состояний с учетом экспертного решения..... | 82-107 |
| ГЛАВА 4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 108-121 |
| ВЫВОДЫ..... | 122-124 |
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ..... | 125 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ..... | 126-153 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ..... | 154-188 |

ВВЕДЕНИЕ

Общая характеристика работы

Актуальность исследования. Установленным фактом является традиционно высокая частота органических психических расстройств (ОПР) в судебно-психиатрической практике – экспертиза в уголовном процессе, в гражданском; разные возрастные контингенты [7, 8, 11, 13, 14, 31, 64, 72, 90, 92, 99, 118, 128]. Это определяется прежде всего их высокой распространенностью в популяции в целом [12, 23, 28, 43, 79-81, 91, 135, 136]. При этом одну из актуальных диагностических категорий при судебно-психиатрическом освидетельствовании лиц, страдающих ОПР (в частности, в уголовном процессе), составляют когнитивные расстройства в силу их отчетливого влияния на способность субъекта к произвольной регуляции своего поведения [14, 18].

В формуле невменяемости (ст. 21 УК РФ) эта патология, в ее выраженной степени, соотносится с категорией «слабоумие» медицинского критерия, неспособностью «...осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий...») – юридического критерия формулы [1]. При принятом в психиатрии категориальном принципе диагностики практика экспертной оценки обсуждаемой патологии на уровне медицинского критерия сводится по существу к обоснованию (либо исключению) деменции («слабоумия» – медицинского критерия ст. 21 УК РФ) как самостоятельного обстоятельства для признания субъекта невменяемым.

Проблемы интерпретации результатов общепатологической оценки (на уровне медицинского критерия) применительно к требованиям юридического критерия создают предпосылки типовых ее издержек – декларативности выводов, их альтернативности с игнорированием вариантов иной юридически значимой трактовки. Современная же правовая практика состоит в реальной необходимости доказательного обоснования выводов, учета и отдельной правовой трактовки роли и психических расстройств, не исключаящих, но имеющих, тем не менее, значение при оценке способности субъекта к произвольной регуляции своего

поведения в соответствии с критериями ограниченной вменяемости, неполной дееспособности, с возможностями дифференцированной оценки при комплексных психолого-психиатрических экспертизах [5, 52, 83, 100, 102, 104-107, 127, 137].

Общая парадигма отечественной судебной психиатрии в последние десятилетия претерпела известные изменения, суть которых, в частности, может быть определена как смена декларативного принципа обоснования экспертных выводов доказательным; предпосылки этой тенденции лежат в коррекции диагностической концепции в психиатрии, с одной стороны, и правовой регламентации экспертной деятельности – с другой [61, 101, 116, 117].

Сказанное в полной мере относится к категории органически обусловленных предементных КН в силу их модифицирующего влияния на поведение субъекта при совершении правонарушения; дифференцированная оценка этих расстройств предполагает необходимость использования иных, кроме качественного, принципов диагностики [15, 25, 104].

С учетом сказанного, исследование органически обусловленных когнитивных нарушений, не достигающих степени деменции, с использованием принципов дименсиональной оценки представляется не только трендом современных диагностических концепций, но и оправданным подходом при дифференциации различных по выраженности клинических феноменов [30, 60, 67, 140, 141, 150, 185, 207].

В соответствии с обозначенной актуальностью были сформулированы цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования: разработка по результатам комплексного клинико-нейропсихологического исследования принципов и дифференцированных критериев оценки когнитивных расстройств, не достигающих степени деменции у обвиняемых больных с органическим психическим расстройством, для повышения эффективности судебно-психиатрической экспертной практики.

Задачи исследования:

1. Представить в современной судебно-психиатрической практике (экспертиза в уголовном процессе) клинические варианты органически

обусловленных когнитивных нарушений, не достигающих степени деменции, актуальных при судебно-психиатрической экспертизе обвиняемых;

2. Систематизировать принципы и критерии судебно-психиатрической оценки предементных когнитивных расстройств в соответствии с требованиями ст.ст. 22, 21 УК РФ в зависимости от: а) их структурно-феноменологических характеристик (выраженность, сочетанность с расстройствами иного регистра); б) значимых параметров экспертной оценки (общих, частных; психопатологических, нейропсихологических);

3. Определить дифференцированную диагностическую значимость результатов нейропсихологического исследования для объективизации оценки предементных когнитивных нарушений у обвиняемых с ОПР;

4. Уточнить значимые для экспертной оценки паттерны противоправного поведения лиц, страдающих органическим психическим расстройством с ведущими в клинической картине когнитивными нарушениями, не достигающими уровня деменции.

Научная новизна. В данной работе впервые осуществлена комплексная (с использованием клинико-психопатологического, психометрического, нейропсихологического методов) оценка органически обусловленных не достигающих степени деменции когнитивных расстройств у лиц, направленных на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Клинико-статистическим методом были выделены группы признаков, коррелирующих с определенными вариантами экспертного решения. По результатам комплексного исследования была уточнена диагностическая значимость данных нейропсихологического исследования для оценки выраженности предементных когнитивных нарушений, что имеет значение для дополнительного обоснования критериев судебно-психиатрической оценки.

Теоретическая значимость работы. Теоретическое значение работы состоит в выяснении возможностей эффективной интеграции результатов нейропсихологического обследования в систему критериев судебно-психиатрической экспертной оценки. Полученные результаты также могут быть

использованы для дальнейших исследований данной проблемы на междисциплинарном уровне.

Практическая значимость работы определяется возможностью использования в экспертной деятельности предложенных алгоритмов и валидных критериев дифференцированной оценки по результатам клинико-нейропсихологического исследования органически обусловленных предементных когнитивных расстройств. Полученные данные позволяют повысить эффективность судебно-психиатрических алгоритмов и обеспечения доказательности заключения.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Органическое психическое расстройство с приоритетными в клинической картине предементными когнитивными нарушениями представляет собой актуальную в судебно-психиатрической практике категорию расстройств в силу специфики алгоритма его экспертной оценки, необходимости отдельной правовой трактовки психических расстройств, не исключающих, но ограничивающих способность субъекта к произвольной регуляции своего поведения;

2. Органически обусловленные предементные когнитивные расстройства могут быть дифференцированы с учетом их выраженности, сопряженности с иными клиническими феноменами, патогномоничными для ОПР, со специфической для судебно-психиатрического контингента коморбидной патологией;

3. С учетом клинической специфики органически обусловленных предементных когнитивных расстройств валидная их оценка возможна при дополнении качественного принципа диагностики дименсиональным в рамках комплексной (клинико-психопатологической, экспериментально-психологической) оценки;

4. Нейропсихологическое обследование способствует объективизации параметров экспертной оценки предементных когнитивных нарушений на уровне как медицинского, так и юридического критериев формулы невменяемости.

Реализация и внедрение результатов исследования. Результаты исследования нашли применение в работе Отдела судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Апробация работы. Результаты исследования представлены на XVII Съезде психиатров России «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» (Санкт-Петербург, май 2021 г.), на научно-практической конференции с международным участием «Исследования и инновации в области психического здоровья: российско-канадский диалог» (Москва, октябрь 2021 г.). Диссертация апробирована на проблемном совете ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России 23 марта 2022 г.

Степень достоверности исследования. Достоверность полученных результатов обеспечивается изучением литературных источников по теме исследования, репрезентативностью выборки, использованием методов статистического анализа полученных данных.

Личное участие автора в получении результатов. Автором проанализированы отечественные и зарубежные источники по теме диссертации, проведено клинико-психопатологическое и психометрическое обследование 126 подэкспертных с органическим психическим расстройством и ведущими когнитивными нарушениями, не достигающими степени деменции. Составлена база данных и проведена ее статистическая обработка, обобщены результаты исследования, подготовлены публикации, текст диссертации и автореферат.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 6 печатных работ, из них 4 статьи – в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации диссертационных материалов.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 188 страниц машинописного текста и включает следующие разделы: введение, 3 главы, заключение, выводы, список использованной литературы (общее число библиографических источников – 237, из них – 148 отечественных, – 89

иностраных). Иллюстративный материал диссертации включает 20 рисунков и 16 таблиц. Приведено 3 клинических наблюдения.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Анализ актуальных источников литературы по теме показывает отчетливую тенденцию роста исследований, посвященных проблемам ранней диагностики когнитивных расстройств. Успехи в исследованиях биомаркеров и нейровизуализации привели к смещению фокуса с деменции на легкое когнитивное расстройство (ЛКР), в частности, на выявление признаков и клинических критериев, которые служили бы надежными прогностическими маркерами развития заболевания на ранних стадиях [23, 39, 191].

1.1 Предементные когнитивные расстройства: становление концепции

Для квалификации состояний между когнитивным здоровьем и деменцией были предложены разные таксономии и дефиниции [189, 159]. Концепция предеменции берет свое начало в 50-60х годах прошлого столетия с описания субсиндромального уровня когнитивных нарушений [177]. Один из первых ее дескрипторов – «доброкачественная старческая забывчивость» (англ. benign senescent forgetfulness, BSF) был предложен для обозначения легких ундулирующих нарушений памяти (при сохранном интеллекте и критике), которые могут быть связаны с начальными инволютивными атрофическими изменениями головного мозга. Подразумевалось, что эти нарушения не пересекают границ нормального старения. Спустя 20 лет для описания нормальных, связанных со старением изменений памяти, был предложен термин «возрастное нарушение памяти» (англ. Age-Associated Memory Impairment, ААМІ) [146]. Диагноз устанавливался при наличии субъективных жалоб на память и ее объективного ухудшения по данным тестирования, с отклонением, как минимум, на одно стандартное значение от среднего. Однако использование здоровых лиц молодого возраста в качестве референтной группы сделало эти критерии неспецифичными, поскольку не учитывалось нормальное, связанное с возрастом, снижение производительности при выполнении психометрических заданий [169]. Кроме того, диагностика базировалась исключительно на нарушениях памяти без

оценки других когнитивных сфер (речь, регуляторные и зрительно-пространственные функции) на ранней стадии болезни [156]. Международная психогериатрическая ассоциация в продолжение развития концепции добавила в нее положение о необходимости оценки других когнитивных функций, определила объективные нарушения в соотношении с сопоставимой по возрасту выборкой [180]. Новый термин получил название «связанное с возрастом когнитивное снижение» (англ. aging associated cognitive decline, AACD); он широко использовался в 80–90е годы для обозначения небольшого когнитивного снижения у пожилых лиц в связи с физиологическим старением и «нормальными» возрастными изменениями.

Наиболее предпочтительным на протяжении последних 20 лет остается термин «легкое когнитивное расстройство» – ЛКР (англ. mild cognitive impairment); как самостоятельная клиническая категория оно изучается более 40 лет.

Считается, что этот термин был введен в процессе разработки Общей шкалы нарушений (англ. Global deterioration scale, GDS), которая включала семь последовательных стадий когнитивных нарушений, от очень легких и заканчивая тяжелой деменцией. ЛКР как невыраженное, но клинически очерченное расстройство предполагало наличие у пациента не менее двух из следующих признаков: а) невозможность найти дорогу при поездке в незнакомое место; б) очевидность для сослуживцев когнитивных проблем у пациента; в) очевидность для членов семьи существующих трудностей для пациента поиска слова и забывчивости на имена; г) неспособность пациента запоминать то, что он только что прочел; д) его неспособность запоминать имена людей, с которыми знакомится; е) проблемы с поиском важного предмета, который куда-то положил; ж) при нейропсихологическом тестировании может отмечаться нарушение серийного счета [217]. В 1993 была разработана Клиническая рейтинговая шкала деменции (англ. Clinical Dementia Rating scale, CDR), которая стала популярным инструментом оценки легких нарушений и начальных стадий деменции [193]. Эта шкала не имеет прямого отношения к ЛКР, но благодаря ей в концепцию был

включен критерий повседневного функционирования. Оба инструмента стали катализаторами для дальнейших исследований легких когнитивных нарушений, в процессе которых стало понятно, что эти шкалы не позволяют оценить тонкие различия между ЛКР и начальной стадией деменции. Итогом тематической конференции, на которой суммировали данные по клинической диагностике и психометрическому исследованию (Канадское исследование здоровья и старения; CSHA) был принят новый термин «когнитивные нарушения без деменции» (англ. *cognitive impairment no dementia, CIND*) [206]. Концепция существенно расширилась за счет этиологического критерия; к причинам CIND были отнесены любые расстройства, связанные с когнитивным дефицитом – делирий, злоупотребление алкоголем, депрессия и умственная отсталость. Такой подход ожидаемо привел к высоким показателям распространенности обсуждаемого расстройства; кроме того, не было предоставлено диагностических критериев, что не могло не отразиться на надежности исследований [185].

В процессе предпринятой попытки разработать клинические критерии нормального старения и деменции стало очевидным, что значительная часть обследованных с актуальной патологией «попадала в серую зону»; для ее клинического определения авторы использовали термин «легкое когнитивное расстройство». Актуальность этого термина обосновывалась потребностью изменить дихотомический подход в диагностировании деменции (наличие либо отсутствие деменции), который не позволял проводить более раннюю диагностику и вовремя начать вторичную профилактику. Тем не менее, предложенные критерии были ограничены нарушениями памяти и поэтому подверглись критике [149], хотя и привлекли очередное внимание к концепции судя по «взрыву» публикаций по теме. Для разрешения этой ситуации в 2003 году состоялась Международная консенсусная конференция (Ключевой симпозиум; англ. *Key Symposium*), по результатам которой были опубликованы международные критерии ЛКР, а сама конструкция вышла за пределы нарушения памяти [190]. В соответствии с новыми критериями (критерии Winblad) при ЛКР: 1) пациент не является ни здоровым ни больным; 2) имеются доказательства

ухудшения работы когнитивных функций – объективные по данным психометрических тестов, и/или субъективные исходя из жалоб пациента или информатора; 3) повседневное функционирование не нарушено. Как результат, концепция ЛКР достигла синдромального уровня с множественными клиническими профилями и широким диапазоном этиологических факторов. Были описаны амнестические и неамнестические варианты с возможностью дифференцировки по этиопатогенезу и клиническому прогнозу [222].

Отдельное направление концепции ЛКР – исследования когнитивных расстройств при болезни Альцгеймера [6, 29, 97, 188, 192, 221, 222]. При разработке критериев ЛКР, вызванного болезнью Альцгеймера, за основу были приняты критерии Ключевого Симпозиума, которые были объединены с критериями клинических исследований (такими, как биомаркеры), что говорит о попытке указать ведущую этиологию и, соответственно, оценить прогноз заболевания. Обновленная концепция ЛКР выходит за рамки доклинического состояния, которое включало только анамнез и результаты исследований, в продромальное состояние с биологическими признаками начинающегося заболевания. Дальнейшие исследования показали, что таксономия, основанная на биомаркерах, полезна для прогнозирования болезни Альцгеймера [224]. Однако инвазивность, дороговизна методики ограничивают ее широкое применение.

В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-5) анализируемая диагностическая категория представлена в виде «малого нейрокогнитивного расстройства» (мНКР; англ. mild neurocognitive disorder, mNCD). Для предотвращения потенциальных ошибок классификации из-за применения термина «когнитивный» в самых разных контекстах (например, когнитивная терапия, когнитивные симптомы шизофрении, когнитивные ошибки, когнитивные стратегии) использована приставка «нейро» [155]. Кроме того, термин «нейрокогнитивный» является напоминанием о том, что при когнитивных расстройствах мозг является нейроанатомическим источником мыслей и эмоций [191].

Указывается, что мНКР имеет многие признаки своего предшественника ЛКР, однако, несмотря на схожесть, эти конструкции имеют принципиальную разницу. Так, исследовательская работа, итогом которой явилось создание концепции ЛКР, в основном проводилась в контексте исследования изучения гериатрической популяции. Соответственно, значительная часть литературы, посвященной ЛКР, так или иначе касалась лиц пожилого возраста, легкие когнитивные нарушения у которых представляют собой формирующуюся деменцию при болезни Альцгеймера. Соответственно, термин ЛКР стал синонимом ранней болезни Альцгеймера. Включение мНКР в DSM-5 позволило уйти от прежней терминологии, которая ассоциируется с гериатрическими заболеваниями, в то время как НКР охватывает приобретенные когнитивные нарушения любой этиологии и всех возрастных групп [168, 191].

Критерии мНКР соответствуют в целом таковым при ЛКР, однако предполагается, что они характеризуют лиц с более легкой и более ранней формой когнитивного снижения по сравнению с ЛКР. Профиль когнитивных доменов, пострадавших при мНКР, может быть неоднородным, что определяется этиологией. Так, в частности, у больных с мНКР при болезни Альцгеймера имеет место преимущественное ухудшение обучения и памяти, тогда как мНКР, обусловленное цереброваскулярным заболеванием, характеризуется нарушением регуляторных функций и дефицитом внимания.

В действующем адаптированном варианте Класса V «Психические расстройства и расстройства поведения» (F00-F99) МКБ-10 (1998) когнитивные расстройства трактуются как наиболее характерные и постоянно присутствующие при нозологической оценке органических психических расстройств; они могут быть представлены в качестве исчерпывающего расстройства либо минимальных, трудно устанавливаемых проявлений. В качестве самостоятельной диагностической категории в первом случае выделяется и легкое когнитивное расстройство (F06.7), характеризующееся снижением памяти, трудностью обучения, сниженной способностью концентрироваться на выполнении какой-либо задачи на длительный срок. Снижение продуктивности – главный критерий

диагностики расстройства; кроме того, для дифференциальной диагностики имеют значение ограниченный спектр расстройств и их непродолжительное течение.

Не останавливаясь отдельно на принципиальных изменениях диагностического подхода в МКБ-11 по сравнению с действующей ее версией – отходом от категориального принципа диагностики в пользу метода оценки прототипического соответствия, квази-дизонимальной оценки и др. [182], следует указать на главное в контексте обсуждаемой нозологической концепции ОНР отличие – большую диагностическую группу органических психических расстройств (F0) в МКБ-11 (2021) предполагается переименовать в группу нейрокогнитивных расстройств – блок L1-6D7 [167]. В МКБ-11 (перевод главы 6 «Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихиатрического развития», 2021) Легкое нейрокогнитивное расстройство (6D71) составляет один из 4 самостоятельных диагностических блоков L1-6D7 Нейрокогнитивные расстройства. В текущей классификации реализована тенденция последних лет – смена диагностической категории органических психических расстройств категорией расстройств нейрокогнитивных. Подчеркивается, что в эту группу включаются те из них, основными признаками которых являются именно когнитивные нарушения; этиология их классифицируется отдельно (в тех случаях, где она может быть установлена). ЛКР в соответствии с диагностическими установками проявляется субъективным переживанием снижения когнитивного функционирования по сравнению с предыдущим уровнем, сопровождается объективными признаками нарушения работоспособности в одной или нескольких когнитивных сферах относительно ожидаемого уровня с учетом возраста человека и общего его уровня интеллектуального функционирования. Этиология этого расстройства трактуется как исходное заболевание нервной системы разной обусловленности, в ряде случаев – неустановленное.

1.2 Диагностический аспект исследований когнитивных расстройств, не достигающих степени деменции

Под легким когнитивным расстройством понимают состояние, своего рода промежуточное между нормой и деменцией. Термины «промежуточный» и «переходный» не взаимозаменяемы, поскольку ЛКР не обязательно является продромальным или доклиническим состоянием деменции. Ряд авторов указывает на способность когнитивных функций к восстановлению, в том числе в процессе нейропротективной терапии [60, 173]. Но поскольку мНКР все же может прогрессировать до деменции [160, 174, 229], ЛКР обозначают как додементное, преддементное состояние [130]. В отечественной литературе существует известная путаница с переводом «mild»: «мягкий» или «легкий» [103]. При описании синдрома mild cognitive impairment авторы предпочитают такие варианты, как «умеренное когнитивное расстройство» – УКР или «умеренные когнитивные нарушения» – УКН [50, 96, 109]. При этом термин «легкие когнитивные нарушения» (ЛКН) рекомендован для обозначения непостоянно присутствующих отдельных когнитивных симптомов, которые представляют собой снижение когнитивных способностей по сравнению с индивидуальной нормой [140]. Из-за разницы в определениях ЛКР существует широкий разброс эпидемиологических данных о распространенности ЛКР [174]. Кроме того, для выявления легких когнитивных нарушений необходимо расширенное нейropsychологическое тестирование, которое невозможно осуществить в рамках популяционного эпидемиологического исследования. Отсутствие унифицированных рекомендаций в отношении диагностических методов также приводит к широкой вариативности показателя [199]. Большинство исследователей предпочитают использовать предложенную R.C. Petersen с соавт. [187, 199] классификацию ЛКР с учетом состояния мнестических процессов с выделением следующих подтипов: амнестический монофункциональный / мультифункциональный; неамнестический монофункциональный / мультифункциональный. Предлагалось учитывать дополнительно динамику мнестической деятельности и ее различные формы, а также расширить

классификацию ЛКР в зависимости от пострадавших доменов [65, 170, 223]. Некоторые авторы предпочитают классификацию, которая учитывает только две большие группы в зависимости от состояния эпизодической памяти: амнестическое и неамнестическое ЛКР [205, 212, 222]. Поскольку разные типы ЛКР связаны с определенными психопатологическими единицами, предлагалось выделить подтипы ЛКР на основании клинических / этиологических признаков. Так, авторы описывают сосудистое ЛКР (или ЛКР в связи с цереброваскулярным заболеванием), лобно-височное ЛКР, ЛКР, обусловленное болезнью Паркинсона и др. [200]. Подобная систематика была подвергнута критике на том основании, что одни и те же типы ЛКР могут приводить к разным типам деменции [67], кроме того – как не учитывающая роль коморбидной патологии [103].

Обращается внимание на необходимость использования для классификации группы «нейрокогнитивные расстройства» этиологического критерия, учета того обстоятельства, что НКР – это состояния с преобладанием в клинике когнитивных нарушений, в большей степени приобретенных, а не связанных с нарушениями развития; кроме того – только те расстройства, у которых когнитивный дефицит является основным симптомом. Было предложено также указывать степень диагностической достоверности как один из принципов построения классификации расстройства: возможное НКР – имеются сопутствующие заболевания, которые могут обосновать когнитивные нарушения (сердечно-сосудистые заболевания, ЧМТ в анамнезе, инфекции, психические расстройства и т. д.) и вероятное НКР – имеющиеся сопутствующие заболевания не могут способствовать когнитивным нарушениям [157, 207].

Данными ряда лонгитюдных исследований [162, 181, 208,] было подтверждено, что ЛКР может соответствовать различным типам динамики: (а) стабильный – с сохранением когнитивных нарушений в разных областях с течением времени, без преобразования в деменцию и без улучшения когнитивных функций; (б) нестабильный – с колебаниями между когнитивной нормой и ЛКР; (в) ремитирующий – с восстановлением нормальной когнитивной функции; и (г) прогрессирующий – усугубляющийся до деменции.

Установленным фактом является тот, что клиническая картина ЛКР связана с поражением определённых доменов когнитивных функций. На основании нейропсихологического профиля выделяется несколько разновидностей ЛКР [65, 198, 202]. Амнестический монофункциональный тип проявляется характерным дефектом эпизодической памяти, связанным с нарушением запоминания (в том числе опосредованного) и узнавания (мнестическим синдромом «гиппокампального типа»).

Отмечается неблагоприятный прогноз монофункционального амнестического типа в отношении частой трансформации в начальную стадию болезни Альцгеймера [190, 201]. При амнестическом мультифункциональном типе (Левин О.С. – «комбинированный») кроме нарушений памяти присутствуют нарушения других когнитивных функций. Сочетание нарушений памяти «гиппокампального» типа с поражением регуляторных функций (внимание, планирование действий и контроль за полученным результатом) часто трансформируется в деменцию альцгеймеровского, сосудистого или смешанного (сосудисто-дегенеративного) типа [67, 201]. Часто авторы ставят под сомнение возможность применения термина «легкий» к тем ядерным, «гиппокампальным» мнестическим нарушениям, которые встречаются у пациентов с амнестическими вариантами ЛКР.

Неамнестический монофункциональный тип ЛКР характеризуется изолированным поражением одной когнитивной функции, например, зрительно-пространственного гнозиса при сохранной памяти – что часто наблюдается на начальных этапах деменции с тельцами Леви. Изолированные речевые нарушения могут указывать на первичную прогрессирующую афазию [161]. Неамнестический мультифункциональный («дизрегуляторный» или «лобный») тип проявляется множественным поражением когнитивных функций при относительно сохранной памяти, преобладающей дисфункцией лобных долей, которая может быть связана с первичной патологией лобной коры или является вторичной по отношению к патологии глубинных структур (подкорково-лобный синдром). При этом типе ЛКР возможно вторичное снижение памяти с дефектом

воспроизведения, но относительно сохранным опосредованным запоминанием и узнаванием слов. Характерно также снижение речевой активности (особенно уменьшение числа фонетически опосредованных ассоциаций). Данный вариант, по мнению авторов, может присутствовать при широком круге нарушений, наиболее часто встречается при хронических цереброваскулярных заболеваниях. К другим распространенным причинам относят последствия ЧМТ, раннюю стадию алкогольной энцефалопатии и нейродегенеративные заболевания [164].

Когнитивные нарушения любой степени тяжести – это полиэтиологический синдром; различные заболевания могут приводить к очаговому или диффузному поражению головного мозга, что в свою очередь вызывает нарушение одной или нескольких когнитивных функций [171]. Всего в литературе приводится более 100 заболеваний, которые могут сопровождаться развитием когнитивных нарушений [36]. Общая патофизиология когнитивных нарушений связана с тотальным или локальным повреждением нервной ткани серого, а также белого вещества головного мозга, что и соответствует определенным нарушениям [186, 195, 197]. Так, повреждение теменной доли может повлиять на выполнение зрительно-пространственных проб, повреждение лобных долей может привести к проблемам в планировании и контроле, повреждение височных долей вызывает нарушения речи и памяти [196].

Наиболее проверенный алгоритм предполагает диагностику в два этапа: 1) диагностика большого или малого НКР с учетом четырех критериев DSM-5 (критерии А, В, С и D); 2) определение этиологии с помощью трех спецификаторов – этиология, наличие или отсутствие поведенческих особенностей и выраженность функционального снижения [150].

Критерий А относится к КН в одной или нескольких областях (комплексное внимание, регуляторные функции, обучение и память, речь, перцептивно-моторные функции и социальное познание). Его первая часть определяет КН как изменение по сравнению с предыдущим уровнем когнитивного функционирования, что подтверждается жалобами пациента, информацией от третьих лиц; вторая – подтверждение результатами нейропсихологического

тестирования или количественной клинической оценки. Для диагностики мНКР требуется отклонение на 1-2 стандартных значений ниже нормы, скорректированной с учетом возраста и уровня образования. Рекомендуется провести серию тестирований для того, чтобы установить, как меняется когнитивная функция пациента: улучшается, остается стабильной или прогрессирует до деменции. Однако, поскольку нормативные данные могут быть недоступны и не во всех случаях возможно проведение нейропсихологического тестирования, то при постановке диагноза можно полагаться на количественную клиническую оценку, подкрепленную скрининговыми когнитивными тестами [220]. Критерий В относится к нарушению повседневного функционирования. У пациентов с мНКР в основном сохраняется независимое повседневное функционирование несмотря на то, что для этого могут потребоваться дополнительные усилия или стратегии компенсации. Критерий С относится к исключению делирия. То есть, больному, который находится в состоянии делирия, не следует ставить диагноз НКР. Критерий D относится к исключению конкурирующего психического расстройства, которое может объяснить результаты. Например, прежде чем ставить диагноз НКР, необходимо исключить такие синдромы, как депрессия.

К этиологическим спецификаторам отнесены болезнь Альцгеймера, лобно-височная лобарная дегенерация, деменция с тельцами Леви, сосудистые заболевания, черепно-мозговая травма, употребление психоактивных веществ / лекарств, ВИЧ-инфекция, прионная болезнь, болезнь Паркинсона, болезнь Гентингтона, «другое заболевание», множественная этиология и неуточненная. Кроме того, в DSM-5 можно указать этиологию нарушения определенной когнитивной области (например, нарушение речи в связи с лобно-височной лобарной дегенерацией). Второй спецификатор относится к наличию / отсутствию поведенческих особенностей, таких как психотическое поведение, аффективные нарушения, нарушения сна, возбуждение, апатия и т.д. В таких случаях клиницист или исследователь должен задокументировать поведенческую особенность (например, мНКР с апатией). Наконец, последний спецификатор

фокусируется на выраженности функционального снижения. По определению мНКТ, если присутствует функциональное снижение, то оно не должно затруднять самостоятельную жизнь.

При диагностике когнитивных нарушений, не достигающих степени деменции, особая роль отводится нейропсихологическому тестированию, позволяющему оценить состояние соответствующих когнитивных функций, следовательно, указывать на снижение в одном или нескольких доменах [10, 25, 47, 59, 85]. Так, психометрический тест Rey Auditory Verbal Learning Test оценивает такие домены памяти как обучение и вспоминание; для оценки памяти используется и пересмотренная шкала памяти Векслера (WMS-R). Используются тесты на оценку речевых функций (Boston Naming Test), регуляторных функций (Trail Making Test), зрительно-пространственных функций (субтесты WAIS-R). У пациентов с дизрегуляторными (лобными) нарушениями в качестве скрининговой методики широко используется батарея тестов на лобную дисфункцию (БТЛД), высоко информативны методики, требующие учета времени («символы и цифры», тест связи цифр и букв, тест Струпа), а также толкование пословиц, словарные тесты, сортировочные тесты, составление рассказа по сюжетной картинке и исследование арифметических действий [46, 68, 210].

В повседневной клинической практике для оценки когнитивных функций используются и известные скрининговые интегральные нейропсихологические шкалы. Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental Status Examination, MMSE) и шкала оценки деменции (Dementia Rating Scale, DRS) не рекомендуются в качестве инструментов скрининга предементных когнитивных нарушений. Культурные факторы, уровень образования, владение языком, а также корреляции когнитивных доменов при ранних КН потенциально ограничивают применение MMSE для выявления легких когнитивных нарушений [153, 165, 172]. К основным недостаткам шкалы причисляют: недопустимость высокой частоты применения у одного и того же больного в связи с возможной обучаемостью вопросам; малую чувствительность шкалы для диагностики когнитивного дефицита у лиц с низким и очень высоким уровнем образования, а

также – при диагностике додементных когнитивных нарушений. Сказанное относится и к надежности DRS, которая не имеет необходимой корреляции с ЛКР [151]. Так, у нескольких обследованных по результатам DRS было установлено ЛКР, хотя они имели обширную патологию головного мозга, ухудшение эпизодической памяти, нарушение регуляторных функций, а также высокий риск развития деменции. Таким образом, шкала оценки деменции оказалась несовершенным инструментом для выявления ЛКР, наиболее чувствительной по данным литературы является Монреальская когнитивная шкала (MoCA-test), которая изначально разработана для диагностики ЛКР [172]. Исследования, прямо сравнивающие MoCA и MMSE, демонстрируют, что MoCA вероятнее выявляет незначительный когнитивный дефицит и более чувствительна для точного дифференцирования легких нарушений от нормального когнитивного функционирования [178]. Кроме того, MoCA позволяет шире оценить диапазон нарушений при ЛКР, индексируя баллы, отвечающие за разные когнитивные сферы: внимание, память, речь, ориентировка и регуляторные функции. Таким образом, MoCA дает возможность идентифицировать профили клинически разных подтипов ЛКР. В нескольких исследованиях MoCA оценивается как золотой стандарт для проведения скрининга ЛКР [172, 181, 204]. К недостаткам этой шкалы относят «перекрывание» оценок, в связи с чем четкого разделения ЛКР и деменции не достигается.

Несмотря на то, что конкретные нейропсихологические показатели не указаны, подразумевается, что постановка диагноза в идеале осуществляется при помощи нейропсихологического тестирования. Для диагностики мНКР требуется психометрическая характеристика, которая показывает отклонение как минимум на 1 SD (стандартное значение) по данным тестирования по сравнению с нормативной группой, в то время как ЛКР требует более выраженного нарушения – от 1,5 SD. Соответственно, для скрининга мНКР требуются оценочные инструменты, которые чувствительны к незначительному снижению в широком когнитивном диапазоне [227].

1.3 Судебно-психиатрический аспект концепции органически обусловленных предметных когнитивных расстройств

Экспертной оценке органического психического расстройства в последние два десятилетия посвящено большое количество исследований, в том числе диссертационных; значительная их часть касается органически обусловленных дефицитарных расстройств, представленных преимущественно когнитивными нарушениями разной степени выраженности. Освещаются такие аспекты проблемы судебно-психиатрической оценки лиц, привлекаемых к уголовной ответственности как особенности клинического оформления органического психического расстройства, возрастная специфика, соотношение юридически значимого клинического феномена и противоправного поведения, диагностическая практика по данным анамнеза и др. [3, 13, 33, 42, 70, 71, 108, 110, 114, 115].

Обсуждаемая проблема многоаспектна с учетом: а) специфики клинической квалификации когнитивных, в частности, предметных нарушений; б) интерпретации ее результатов применительно к конечным задачам оценки с учетом вида экспертизы, контингента лиц, проходящих освидетельствование, соответственно, круга решаемых вопросов. Сказанное соотносится с известной этапностью обоснования экспертного заключения на уровне медицинского, затем – юридического критериев формулы невменяемости [72, 101, 116, 117, 138, 139].

Клиническая оценка актуальной когнитивной патологии предполагает последовательное решение двух принципиально важных задач: 1) установление когнитивного дефицита как самостоятельного клинического феномена, соответствующего критериям диагностической категории «расстройства» (МКБ-10); 2) оценка выраженности клинически верифицированного синдрома когнитивного дефицита с разграничением: а) деменции и предметных когнитивных нарушений; б) разных по степени выраженности предметных состояний [20].

В МКБ-10 (1998) термин «расстройство» предлагается использовать как основную диагностическую категорию; подчеркивается, что этот термин не

является точным, тем не менее, он вызывает меньше сложностей при использовании. Под ним понимают клинически определенную группу симптомов или поведенческих признаков, причиняющих в большинстве случаев страдание и препятствующих личностному функционированию. Изолированные социальные отклонения при отсутствии личностной дисфункции не могут рассматриваться как психические расстройства как таковые. Применительно к категории нарушений когнитивного функционирования это общее положение обсуждается в контексте отличия когнитивного расстройства как диагностической категории от неболезненного снижения когнитивного функционирования – так называемое возрастное интеллектуальное снижение, его низкая норма, временные преходящие проблемы когнитивного функционирования при астении, депрессии и др. Эти состояния описывают как субъективное когнитивное снижение (subjective cognitive decline), при котором имеются жалобы на когнитивную дисфункцию: повышенную забывчивость, снижение концентрации внимания, повышенную утомляемость при умственной работе, трудности подбора нужного слова в разговоре. Жалобы на испытываемое когнитивное снижение весьма значимы для пациентов и заставляют обращаться за медицинской помощью, но ни один нейропсихологический тест не подтверждает объективное когнитивное снижение. Среди пациентов с субъективными КН присутствуют как больные с аффективными расстройствами (тревно-ипохондрическими, депрессивными), так и больные на ранней стадии дементирующего процесса [4, 20, 41, 144, 218, 219]. Н.Н. Яхно с соавт. [140, 141] такие субъективные варианты патологии трактуют как нарушения одной или нескольких когнитивных функций, которые формально остаются в пределах среднестатистической возрастной нормы или отклоняются от нее незначительно, но представляют собой снижение когнитивных способностей по сравнению с более высоким исходным уровнем (индивидуальной нормой). Они довольно часто наблюдаются у лиц пожилого возраста и нередко расцениваются как возрастные особенности психической деятельности

В экспертной практике (судебно-психиатрической, прежде всего) принципиальное положение при феноменологической квалификации органически обусловленных когнитивных расстройств традиционно состоит в их разграничении на расстройства, соответствующие (либо не соответствующие) критериям деменции [16, 17, 33, 57, 129, 133], что по существу и предопределяет последующую правовую их оценку («невменяемость», «недееспособность» и т.д.). Принципиальных различий в рекомендациях диагностики деменции в действующей и перспективной классификациях по существу нет. В МКБ-10 деменция (F00-03) трактуется как синдром, обусловленный заболеванием головного мозга с нарушением ряда высших корковых функций и с отчетливым снижением интеллектуального функционирования. Соответственно, в МКБ-11 деменция (блок L2-6D8) – приобретенный мозговой синдром в виде снижения уровня когнитивного функционирования, нарушений в двух или более когнитивных сферах, которые существенно препятствуют самостоятельному выполнению субъектом повседневных дел.

Современная правовая практика, новые диагностические возможности нейронаук, как было сказано, обуславливают тенденцию отхода от альтернативной оценки (в данном случае, деменция / недементное расстройство), признанием необходимости и возможности реализации на практике принципа размерной оценки. Одним из актуальных и перспективных объектов для такого рода оценки является органически обусловленное предементное когнитивное расстройство – легкое или умеренно выраженное [96]. В МКБ-10 они обозначаются как ЛКР (F06.7), могут предшествовать, сопровождать или наступать вслед за различными органическими расстройствами, как церебральными, так и системными. Непосредственные неврологические данные, говорящие в пользу вовлечения мозга в процесс, не всегда присутствуют, но отмечается чувство страдания и нарушается обычная деятельность. В диагностических указаниях данной рубрики отмечено, что главным признаком является снижение когнитивной продуктивности. Это может включать нарушения памяти, трудности в обучении и сосредоточении внимания, что выявляется при

выполнении тестовых заданий. В МКБ-11 выделена отдельная рубрика легкого нейрокогнитивного расстройства (6D71). Для его диагностики имеют значение следующие критерии: объективное снижение (сравнительно с предыдущим уровнем функционирования) в одном или нескольких когнитивных доменах; субъективное осознание возникшей проблемы; ее актуальность, тем не менее при сохранной способности к повседневной деятельности; проблема не обусловлена процессом нормального старения. Это расстройство разной степени выраженности (легкое, умеренное), но не достигающее степени деменции может быть проявлением основного заболевания нервной системы (травмы, инфекции, интоксикации).

Умеренные когнитивные расстройства представляют собой клинически очерченный синдром моно- или полифункциональных когнитивных нарушений, которые выходят за рамки возрастной нормы, но не достигают выраженности деменции [49, 142]. При этом пациент сохраняет независимость и самостоятельность в повседневной жизни, но может испытывать некоторые затруднения в сложных видах деятельности, приобретении новых навыков и обучении, так как память остается сохранной лишь на хорошо заученную или личную информацию. Типичные проявления умеренных когнитивных расстройств: трудности запоминания новой информации, трудности обучения, приобретения новых знаний, забывчивость на имена и лица, невозможность вспомнить, куда положил тот или иной предмет, трудности подбора слов при разговоре, трудности устного счета и др. [24, 201].

При экспертной оценке лиц с предементными когнитивными расстройствами в одинаковой степени востребованными являются как данные клинико-психопатологического обследования, так и результаты оценки патопсихологических особенностей подэкспертных, выявляемые при экспериментальном исследовании [63, 83, 95, 107]. Были выделены базисные патопсихологические симптомокомплексы, позволяющие дифференцировать совокупность нарушений при нозологически разных состояниях, в том числе у

лиц с органическим психическим расстройством [63]. В последующем содержание и структура патопсихологических симптомокомплексов были описаны при наиболее часто встречающихся формах органического психического расстройства у лиц, проходящих комплексную экспертизу в гражданском процессе: с деменцией, органическим расстройством личности и органическим эмоционально-лабильным расстройством [51, 87]. В исследованиях подчеркивалось, что суть патопсихологического симптомокомплекса этой категории подэкспертных сводится к квалификации снижения интеллектуально-мнестических способностей и нарушений в эмоционально-волевой сфере, а итоговая оценка юридически значимых способностей зависит от выраженности последних [83].

Растущий интерес к внедрению нейропсихологических методов в экспертную практику закономерно вытекает из необходимости более точно и дифференцированно решать экспертные вопросы [40, 63]. Сообщается, что первоначально к таким методам прибегали в отдельных случаях для решения экспертных вопросов относительно вменяемости, когда было необходимо уточнить степень выраженности психических расстройств; наиболее естественным объектом исследования выступали обвиняемые лица с дефицитарными органически обусловленными расстройствами. При освидетельствовании потерпевших или свидетелей нейропсихологическое исследование представлялось перспективным инструментом оценки способности правильно воспринимать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела. Полезным метод показал себя и при решении вопросов уголовно-процессуальной дееспособности.

Последнее десятилетие отмечено ростом научных работ, посвященных возможностям нейропсихологических методов исследования при судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе, где их диагностическая ценность определяется возможностью не только указать степень измененности психических функций, но и дать оценку их сохранности, и выявить

компенсаторные возможности. Ф.С. Сафуанов и Ю.О. Переправина [105] продемонстрировали значимость проведения нейропсихологического обследования в рамках КСППЭ по оценке сделкоспособности. Так, для подэкспертных, которые не могли понимать значение своих действий и руководить ими при совершении сделки, было установлено характерное превалирование нейропсихологических нарушений, связанных со снижением произвольной регуляции деятельности, с расстройствами сознания и памяти, нарушениями пространственных синтезов. При исследовании сравнительно-возрастного аспекта проблемы [106, 132] установлено, что для экспертного решения о неспособности к совершению сделки у лиц пожилого возраста большую роль играет снижение познавательных процессов и динамического компонента психической деятельности, наличие эмоциональной лабильности, в то время как для установления нарушения сделкоспособности у лиц средней взрослости превалируют нарушения программирования и контроля произвольных форм деятельности, трудности саморегуляции в виде снижения целеполагания, расстройств процессов принятия решения и его исполнения. Методически важным представляется положение [107] относительно диагностической информативности патопсихологических данных – при экспертной оценке органических психических расстройств, за исключением деменции, учет одновременно и патопсихологических, и нейропсихологических данных, дополненный личностными особенностями подэкспертных, позволит сократить число неопределенных и ошибочных ответов. Опыт применения нейропсихологического метода в практике посмертной судебно-психиатрической экспертизы, как отмечается, дает редкую возможность объективизировать клиническую картину психических расстройств лиц с органической, в особенности цереброваскулярной, патологией [40, 93].

Ряд исследований в последние годы выполнен по выяснению дифференцированной экспертной оценки когнитивных нарушений, обусловленных эпилепсией [56, 119, 120, 121]. В соответствии с полученными данными отмечаются необходимость проведения нейропсихологического

тестирования для объективизации и количественной оценки структуры когнитивного дефекта, широкие возможности в этом отношении точных психометрических инструментов, анализируется значение умеренных когнитивных нарушений при решении экспертных задач, в том числе – в контексте нормы «ограниченной вменяемости». уточняется роль когнитивных нарушений в диагностике ОРЛ вследствие эпилепсии.

Проблема диагностики и оценки КН разной степени тяжести актуальна при экспертизе разного контингента лиц. Так, для социальной медицины и практики врачебной экспертизы это обусловлено тем, что такого рода нарушения психической деятельности в значительной части случаев приводят к ограничениям той или иной из основных категорий жизнедеятельности, социальной дезадаптации больного, появлению признаков инвалидности [26, 27]. Определение и экспертная оценка имеющихся нарушений проводятся в учреждениях медико-социальной экспертизы при вынесении заключения о видах и степени выраженности стойких расстройств функций организма, при уточнении клинико-функционального диагноза, для оптимизации выбора реабилитационных мероприятий лицам, признанным инвалидами. Больные с данной патологией периодически проходят освидетельствование в экспертном составе смешанного профиля. Как правило, это первичные больные, направленные в порядке консультации в связи с затруднением в оценке нарушений психической деятельности. Задачами экспертизы являются диагностика нарушений когнитивных функций – их стойкости, степени выраженности и определение необходимого комплекса реабилитационных мероприятий при формировании индивидуальной программы реабилитации или программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания [37]. В военной экспертизе наличие легких и умеренных КН может существенно ограничить годность к службе, к обучению в военных учебных заведениях. Особую значимость диагностика КН приобретает в современных условиях для военнослужащих в горячих точках при получении военной травмы, при освидетельствовании призывников, при отборе в военные

учебные заведения, на службу в соответствующие ведомства, при увольнении со службы [102].

Интерес клиницистов, экспертов к практическим возможностям нейроисследований особенно заметен в отношении нейровизуализации [145, 184, 194, 215]. Существующий в этом отношении оптимизм, поскольку добавление этих методов усиливает убедительность экспертной оценки, сосуществует с пониманием потенциальной проблемы поспешных выводов, возникающих в результате «находок» на нейроизображениях, которые затем влияют на экспертные решения. Кроме того, использование в судебно-психиатрической практике ряда высокотехнологичных методик (МРТ, позитронно-эмиссионная томография и др.) крайне затруднительно. Наряду с основным клинко-психопатологическим методом при выявлении когнитивных расстройств в судебно-психиатрической практике несомненную роль играет экспериментально-психологическое исследование, результаты которого позволяют обнаружить у лиц с ОПР особенности, описанные в судебной психологии как органический патопсихологический симптомокомплекс. Очевидной представляется необходимость количественной оценки когнитивных функций, от сохранности которых во многом зависит способность подэкспертного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, а, следовательно, и экспертное заключение.

В дополнение к клинко-психопатологическому методу для диагностики и дифференциации когнитивных расстройств высокопродуктивным остается использование нейропсихологических тестов [46, 48, 62, 66, 123]. Те же потенциальные проблемы интерпретации имеют место и в отношении данных, полученных при нейропсихологическом исследовании. Их следует интерпретировать только с учетом объективной информации о пациенте для предупреждения гипердиагностики КН в силу возможной переоценки таких параметров, как низкий образовательный уровень и социальный статус пациента, его неграмотность, недостаточность общих знаний, длительная изоляция от общества, ситуационная рассеянность и невнимательность, а также высокая

ситуационная тревога в момент проведения нейропсихологического исследования [46].

Перспективы нейропсихологического обследования (НПО) в последние годы широко обсуждаются в дискурсе роли нейронаук в судебном процессе. Исследователи указывают на высокую диагностическую ценность нейропсихологических методов исследования, обосновывают необходимость освещения и определения места нейропсихологии в СПЭ [215].

Первоначальная задача НПО – это возможность дать оценку состоянию таких когнитивных функций, как внимание, память, речь, восприятие и регуляторные функции. Наиболее перспективной нейропсихология исторически считается для диагностики тех расстройств, которые изложены в главах DSM-5 «Расстройства нервного развития» и «Нейрокогнитивные расстройства» [152]. Во-первых, НПО выполняет диагностическую роль – отвечает, каким синдромам соответствуют конкретные когнитивные профили. Во-вторых, оно выполняет описательную цель – поведение больного описывается на уровне функциональных нарушений (вместо традиционно принятого психопатологического или психодинамического уровня). В-третьих, НПО часто необходимо для правильной интерпретации полученных с помощью МРТ, ПЭТ и т.д. нейроизображений. В ряде случаев НПО прогнозирует снижение когнитивных функций точнее, чем нейровизуализация или исследование биомаркеров спинномозговой жидкости, например, на доклинической стадии болезни Альцгеймера.

Результаты нейропсихологического обследования могут быть использованы и для объяснения эмоций и социальных взаимодействий, поскольку нейронные сети связывают когнитивные и эмоциональные системы; это позволяет понимать и прогнозировать чувства, мысли, потребности и намерения других людей. Установлено, что различные варианты расстройств личности специфически взаимосвязаны с когнитивными функциями: при пограничном, антисоциальном и шизотипическом расстройствах личности обнаруживаются проблемы с вниманием, памятью и исполнительными функциями [228], при

антисоциальном расстройстве личности имеются признаки снижения вербального интеллекта [163]. В контексте судебной психиатрии традиционно рассматриваются взаимосвязи между аномальным развитием мозга и формированием преступного поведения [176] – приобретенное повреждение головного мозга может влиять на когнитивные способности с последствиями, которые могут проявляться в форме преступного поведения. Речь идет о так называемых исполнительных или регуляторных функциях, которые участвуют в планировании, реализации и регулировании целенаправленного поведения в новых ситуациях. Важным компонентом преступного поведения является также нарушение социального познания и обработки аффективной информации. Нарушение регуляторных функций может приводить к растормаживанию, потере контроля импульсов, аффективной дизрегуляции [158]. Эти механизмы считают ключевыми в преступном поведении, как и отсутствие эмпатии и неспособность к правильной оценке социальных ситуаций [203]. В судебно-психиатрической практике НПО в основном сосредоточивается на исследовании регуляторных функций, которые в широком смысле понимаются как навыки, которые необходимы для эффективного повседневного функционирования, способности адаптироваться к новым ситуациям. Общей характеристикой исполнительных функций является поведение, основанное на правилах. Регуляторные функции связаны в первую очередь с активацией дорсолатеральной префронтальной коры, однако их функционирование зависит от вентромедиальной коры, которая обеспечивает активацию и мотивацию, а также от медиальной и латеральной орбитофронтальной коры, обеспечивающих регуляцию аффекта и социального поведения соответственно [226]. При интерпретации результатов тестирования важно принимать во внимание преморбидный уровень обследуемого; требуется исходный IQ не менее 80 [216].

В случае нейрокогнитивных расстройств (НКТ) в соответствии с DSM-5 НПО является наиболее предпочтительным методом диагностики [213]. Инструменты когнитивного скрининга, такие как Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), действительны только для более поздних стадий

деменции. Монреальская когнитивная оценка (MoCA) – скрининг, подходящий для более молодого населения, батарея лобной дисфункции (FAB) – скрининг с акцентом на лобные функции, который также больше подходит для более тяжелых состояний. Нейровизуализация необходима для определения типа НКР (сосудистый, лобно-височный).

В уголовном процессе, согласно актуальным данным, обнаруживается устойчивая связь между результатами нейропсихологического синдромного анализа и уровнем экспертного решения. Авторы сообщают, что верифицированная по результатам нейропсихологического синдромного анализа выраженность когнитивного дефицита является предпосылкой к оценке состояния обвиняемого на уровне юридического критерия [21, 22]. Сафуанов Ф.С. и соавт. обращают внимание на тот факт, что в западной практике использование нейропсихологического обследования является распространенным в судебной экспертизе, в связи с чем существует самостоятельная дисциплина — судебная нейропсихология [106].

Суд может придать значение результатам НПО в сочетании с нейровизуализацией и клинической оценкой. Закономерно возникает проблема интеграции результатов в экспертное заключение. Обсуждается, во-первых, как интерпретировать полученные результаты, когда применяемые методы приводят к противоположным выводам; во-вторых, кто может интегрировать данные, которые часто представляют собой узкоспециализированную информацию, – судья или эксперт? [215]. В суде «нейро-доказательства» должны использоваться разумно, без переоценки корреляции между полученными данными и правонарушением. На западе растущий спрос на интеграцию оценки состояния регуляторных функций в экспертном заключении приводит к обсуждению возможности составления протокола, как использовать нейро-доказательства в суде. Сообщается о важности использования проверенных тестовых батарей для выявления когнитивного дефицита и для оценки регуляторных функций, в частности, поскольку слишком часто все еще применяются субтесты шкалы Векслера (WAIS). В литературных источниках указывается на важность

осознания врачами-экспертами возможностей и ограничений применения нейропсихологических исследований и междисциплинарного подхода в формировании экспертных заключений. Кроме того, вопрос участия нейропсихолога в СПЭ остается нерешенным [215, 216].

Таким образом, органически обусловленные когнитивные расстройства в силу ряда объективных предпосылок – принципиальная возможность верификации патоморфологического субстрата патологии, возможность не только качественной но и дименсиональной оценки юридически значимого расстройства, а также необходимость в соответствии с современными правовыми реалиями не декларативного, но доказательного обоснования экспертных выводов и предопределяют актуальность и перспективность комплексной их оценки, совмещения психиатрического, соматоневрологического методов обследования, нейровизуализации, патопсихологической, нейропсихологической оценки.

ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе представлены данные, полученные при обследовании 126 подэкспертных, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» в период с 2019 по 2021 г. Из них личные наблюдения составили 81 (64%) случай, 45 (36%) – были изучены по архивным материалам Центра.

В соответствии с целью диссертационной работы были определены основные критерии включения в группу обследуемых:

- верифицированный по данным экспертизы диагноз органического психического расстройства (F04; F06; F07 по МКБ-10);
- наличие экспертно релевантных когнитивных расстройств в клинической картине болезни;
- когнитивные расстройства соответствуют предементному уровню.

Дополнительные критерии формирования выборки, отражающие специфику контингента Центра, определены как: 1) процессуальное положение обследованных (привлекаемые к уголовной ответственности в качестве обвиняемых); 2) мужской пол обследованных; 3) возраст обследованных старше 18 лет.

Оценка актуального состояния испытуемых осуществлялась по данным комплексного обследования в соответствии с инструктивно-нормативными основами проведения экспертного исследования – Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №3н от 12.01.2017 г. [2]

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический. В работе использовались стандартные для судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) методы диагностики: анамнестический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, неврологическое и соматическое обследования, ЭЭГ, РЭГ, дополнительные инструментальные методы исследования.

В соответствии с одной из задач исследования отдельное внимание было уделено нейропсихологическому обследованию (НПО). Высокая, согласно литературным данным, диагностическая ценность нейропсихологических методов определяет перспективность их применения в качестве объективных методов оценки психического состояния субъекта при судебно-психиатрическом освидетельствовании [106, 143, 154, 176, 179, 209, 215].

Комплексное нейропсихологическое исследование проводилось нейропсихологом (58 набл., мнс отделения экзогенных психических расстройств Пилечев Д.А.). Процедура включала следующие этапы: 1) подбор проб с целью проведения индивидуальной диагностики; 2) сбор объективных данных наблюдений по результатам исследования о сохранных и дефицитарных звеньях высших психических функций (ВПФ); 3) проведение качественной квалификации полученных симптомов с целью выделения первичных и вторичных нарушений; 4) группировка симптомов по факторам; 5) обозначение синдромов; 6) соотнесение выявленных факторов и их групп с обеспечивающими их нормальную работу мозговыми структурами; 7) выделение ведущего синдрома или закономерного сочетания синдромов (метасиндром).

Качественный анализ проводился на основе оценки более 150 параметров (объективные наблюдения выполнения проб, количественная оценка частоты и грубости наблюдаемых симптомов). Оценка включала анализ следующих ВПФ и их параметров: ориентировочная основа деятельности, функции программирования и контроля, серийная организация, переработка слуховой, зрительной, пространственной, кинестетической и речевой информации, объем и прочность запечатления слухоречевой и зрительной информации, динамические характеристики психической деятельности.

Использовались также дополнительные психометрические нейропсихологические тесты. Каждое обследование включало от 25 до 34 проб/тестов. Такой исследовательский размах обеспечил полное перекрестное тестирование каждой функции. В рамках димENSIONАЛЬНОГО подхода был проведен сравнительный анализ актуального функционального статуса

обследованных с целью установления дифференциальных различий нейрокогнитивного дефицита (НКД). НКД определялся по результатам полного нейропсихологического обследования (% от максимально возможной выраженности нарушений).

Психометрическое тестирование в настоящее время стало неотъемлемой частью квалификации психического состояния в практике как научных исследований в области психологии, психиатрии, так и экспертной, в частности, судебно-психиатрической, оценки. Это объясняется специфическими возможностями метода по объективизации критериев индивидуальной оценки, которые используются еще не в полной мере. Выбор конкретных методик определялся двумя обстоятельствами: предметом исследования – органически обусловленные когнитивные расстройства и спецификой обследуемого контингента – лица, привлекаемые к уголовной ответственности. Кроме того, понимая широкий диапазон существующих методик, в определении объема исследования мы исходили из принципа минимальной достаточности, что соотносится и с актуальными условиями обследования.

Применялись следующие скрининговые интегральные шкалы:

1) Краткая шкала оценки психического статуса (англ. Mini-mental State Examination, MMSE) – для дифференциации недементных когнитивных нарушений и деменции (62 набл.) – наиболее распространенный инструмент оценки когнитивных нарушений в клинической практике [153, 165, 172, 225].

2) Монреальская шкала оценки когнитивных функций (англ. Montreal Cognitive Assessment, MoCA) – для дифференциации легких нарушений и нормального когнитивного функционирования (62 набл.) – золотой стандарт скрининга легких когнитивных нарушений [172, 178, 181, 204].

3) Шкала личностного и социального функционирования (Personal and Social Performance scale, PSP) – для количественной оценки повседневного функционирования (126 набл.) – современный вариант шкалы SOFAS, которая, в свою очередь, пришла на смену шкале GAF. Методика имеет высокую

валидность, рекомендуется к применению в клинической и исследовательской практике [160, 175, 211].

4) Краткое международное нейropsихиатрическое интервью (The Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI) – для объективной оценки паттернов криминального поведения подэкспертных в анамнезе был использован модуль антисоциального расстройства личности (126 набл.). Опросник рекомендован к использованию в качестве инструмента скрининга у обвиняемых [148, 166, 183].

Этический аспект работы. Всеми лицами было подписано добровольное информированное согласие на участие в исследовании, одобренное этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, протокол №28/3 от 2 декабря 2019 г.

Полученные результаты фиксировались в компьютерной базе данных (Microsoft Excel), пригодной для статистического анализа (оценка удельного веса, достоверности различий частоты признаков в группах, корреляционной связи). Для создания базы данных была разработана карта обследования (приложение Б), которая включала 141 вопрос и состояла из следующих разделов: 1) социально-демографические показатели; 2) клинический анамнез; 3) криминальный и судебно-психиатрический анамнез; 4) сведения о настоящей экспертизе; 5) сведения об актуальной криминальной ситуации; 6) клинико-динамическая характеристика; 7) результаты общеклинических исследований; 8) результаты параклинических исследований; 9) экспертные аспекты.

Статистическая обработка проведена с использованием стандартных статистических методов, вычисление статистически достоверных различий среди выделенных групп. После оценки репрезентативности выборки проведена описательная статистика при 95% доверительном интервале, оценка достоверности различий сравниваемых показателей и корреляционный анализ. Вычисление среднего значения, стандартного отклонения и ошибки, оценка частотного распределения признаков (абсолютное значение, удельный вес),

оценка достоверности различий, корреляционный анализ производились с помощью статистических пакетов StatPlus, BioStat и Statistica 10.

В соответствии с поставленными задачами настоящее исследование было проведено в несколько этапов: а) анализ общей совокупности данных; б) сопоставление данных в группах с разным экспертным решением; в) сопоставление групп обследованных, различающихся по характеру инкриминируемых им деяний.

В настоящем разделе диссертации изложены результаты анализа общей группы обследованных, соотношения отдельных выборок, сформированных с учетом принципов проведения сравнительного анализа. Порядок их изложения соответствует отмеченной выше последовательности проанализированных кластеров (социально-демографические показатели, анамнез клинический, криминальный и судебно-психиатрический, сведения о настоящей экспертизе и др.).

Основные социально-демографические показатели обследованных представлены следующим образом.

Возраст обследованных от 19 до 79 лет; средний возраст – $43,22 \pm 14,62$ года. Распределение по возрасту соответствует W-критерию Шапиро – Уилка, ($W=0,96$; $p < 0,05$), что подтверждает нормальность распределения данных. Возраст в соответствии с результатами ряда исследований является важным показателем при судебно-психиатрической оценке лиц, страдающих ОПР, в силу ассоциированности этого параметра с определенной психической патологией (когнитивными нарушениями в данном случае) и паттернами противоправного поведения. При возрастном ранжировании принималась во внимание периодизация ВОЗ.

В соответствии с данными, представленными на рис. 1, больше половины обследованных лица молодого возраста – 18-44 лет (69 набл., 54,76%). Остальные наблюдения распределились следующим образом: средний возраст – 45-59 лет (36 набл., 28,57%), пожилой возраст – 60-74 лет (18 набл., 14,28%), старческий возраст – 75-90 лет (3 набл., 2,38%).

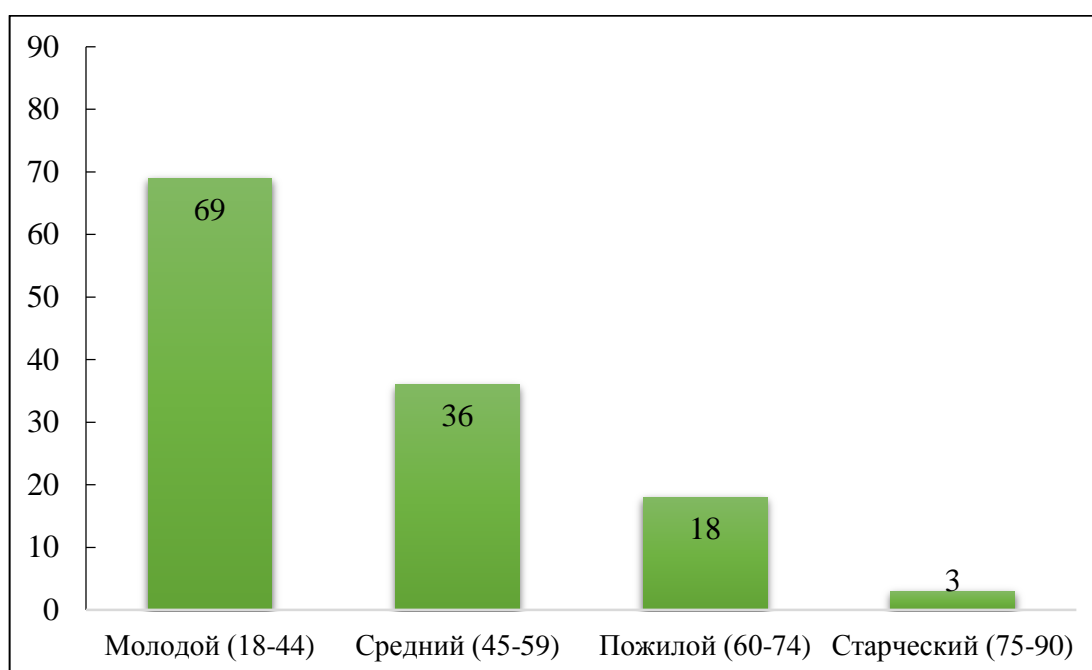


Рисунок 1 – Соотношение обследованных в выделенных возрастных выборках

Для обследованных оказалось характерным массивное влияние патогенных психосоциальных факторов, которые принято расценивать в качестве триггеров потенциальных проблем адаптации – низкий уровень образования, воспитание в неблагополучной среде, неудовлетворительная семейная адаптация, отсутствие постоянной трудовой занятости (таблица 1).

Таблица 1 – Некоторые параметры социального функционирования обследованных

| Оцениваемый параметр | | Число наблюдений | |
|-------------------------------|--|------------------|-------|
| | | абс. | % |
| Медицинская помощь в анамнезе | всего обращалось за помощью | 108 | 85,71 |
| | в т.ч. на этапе до совершеннолетия | 61 | 48,41 |
| | в т.ч. оказывалась стационарная помощь | 91 | 72,22 |
| Уровень образования | ниже среднего | 24 | 19,04 |
| | вспомогательная школа | 21 | 16,66 |
| Трудовая адаптация | удовлетворительная | 46 | 36,50 |
| | неудовлетворительная | 79 | 62,69 |
| Социальная адаптация | удовлетворительная | 46 | 36,50 |
| | неудовлетворительная | 79 | 62,69 |
| | в т.ч. тенденция к дезадаптации | 59 | 46,82 |

Так, треть обследованных имеют уровень образования ниже среднего (45 набл., 35,71%); значительная их часть никогда не имела собственной семьи (54 набл., 42,85%), каждый четвертый (29 набл., 23,01%) – был разведен. Большинство обследованных (89 набл., 70,63%) к моменту совершения ООД не работали (не учились), половина (60 набл., 47,61%) – без каких-либо объективных причин.

Обследованные в равной степени испытывали трудности как социальной (79 набл., 62,69%), так и трудовой (79 набл., 62,69%) адаптации – с тенденцией к дезадаптации в половине случаев (59 набл., 46,82%). Под дезадаптацией понимались [111] возникающие вследствие психического расстройства нарушения личностного функционирования в разных сферах жизнедеятельности – социальной в узком смысле слова (межличностное взаимодействие), семейной, трудовой (у взрослых), школьной (у несовершеннолетних). Учитывая, что средний возраст обследованных составляет 44,22 года (т.е. 83,33% – это лица трудоспособного возраста), данные факторы следует расценивать как однозначно неблагоприятные как с точки зрения социальной адаптации, так и прогноза.

Достаточно показательной представляется выборка и с учетом такого параметра как зарегистрированные случаи обращения за медицинской помощью в анамнезе (108 набл., 85,71%): большинство обследованных (91 набл., 72,22%) получали ее стационарно; в половине случаев (61 набл., 48,41%) – уже на этапе до совершеннолетия. Показания для оказания помощи (психиатрической, наркологической, неврологической) имеют свою возрастную специфику, отражая соответствующие проблемы адаптации: задержка развития, когнитивная недостаточность, гипердинамизм, неврозоподобные расстройства – в детстве, полиморфные поведенческие, в том числе и в связи с наркотизацией, нарушения, личностные расстройства – в подростковом возрасте, у взрослых – органические личностные расстройства, церебрастения, предементные когнитивные расстройства и др. в процессе формирующихся состояний зависимости от психоактивных веществ, цереброваскулярных заболеваний, после перенесенных травм головы.

Основные, значимые на последовательных возрастных этапах, клинико-анамнестические данные приведены в таблицах 2, 3.

Таблица 2 – Органические вредности в анамнезе обследованных

| Оцениваемый параметр | | Число наблюдений | |
|-------------------------|------------------------------------|------------------|-------|
| | | абс. | % |
| в детском возрасте | перинатальная патология | 26 | 20,63 |
| | травмы головы | 12 | 09,52 |
| | цепочка детских инфекций | 2 | 01,58 |
| | сочетанные варианты | 13 | 10,31 |
| в подростковом возрасте | травмы головы | 14 | 11,10 |
| | интоксикации | 15 | 11,90 |
| | сочетанные варианты | 23 | 18,25 |
| в зрелом возрасте | травмы головы | 83 | 65,87 |
| | алкогольная интоксикация | 93 | 73,80 |
| | употребление психоактивных веществ | 13 | 10,31 |
| | соматическая патология | 81 | 64,28 |

Таблица 3 – Психическая патология (ведущее расстройство) в анамнезе

| Оцениваемый параметр | | Число наблюдений | |
|-------------------------|--------------------------------|------------------|-------|
| | | абс. | % |
| в детском возрасте | задержка развития | 17 | 13,49 |
| | когнитивные нарушения | 12 | 09,52 |
| | эмоционально-волевые нарушения | 12 | 09,52 |
| | неврозоподобная симптоматика | 9 | 07,14 |
| в подростковом возрасте | когнитивные нарушения | 23 | 18,25 |
| | эмоционально-волевые нарушения | 31 | 24,60 |
| | церебрастения | 5 | 03,96 |
| в зрелом возрасте | когнитивные нарушения | 19 | 15,07 |
| | расстройства личности | 47 | 37,30 |
| | эмоционально-волевые нарушения | 25 | 19,84 |
| | расстройства влечений | 16 | 12,69 |
| | церебрастения | 10 | 13,49 |

Согласно объективным сведениям, в каждом пятом случае наследственность обследованных была отягощена состояниями зависимости (28 набл., 22,22%). Пьянство и алкоголизм родителей являются значимым неблагоприятным фактором, который является триггером для реализации криминального поведения их детей как по механизмам конституционально-

биологической predisпозиции, так и социально-психологической в силу отсутствия нормальных моделей поведения для подражания, должного родительского контроля, что безусловно, повышает риск появления диссоциальных установок и поведения.

Показательно, что у половины обследованных имел место установленный диагноз психического расстройства с детского и подросткового возраста (68 набл., 53,96%). Влияние патогенных факторов перинатальной патологии (26 набл., 20,63%), черепно-мозговых травм (12 набл., 9,52%) и сочетанных вариантов перинатальных, травматических и интоксикационных воздействий (13 набл., 10,31%) нашло отражение в особенностях развития обследованных в детском возрасте. У них выявлялись задержка развития (17 набл., 13,49%), невротические и неврозоподобные расстройства (тики, энурез, дис- и парасомнии) (9 набл., 7,14%), эмоционально-волевые (12 набл., 9,52%) и когнитивные (12 набл., 9,52%) нарушения разной степени выраженности. Актуальная патология детского возраста препятствовала формированию познавательной мотивации, приводила к школьной дезадаптации (низкая успеваемость, отсутствие интереса к учебе, дублирование классов) с последующим переводом в коррекционные классы (21 набл., 16,66%). В подростковом возрасте ведущие в клинической картине эмоционально-волевые и когнитивные нарушения у обследованных выявлялись чаще – 24,6% (31 набл.) и 18,25% (23 набл.), соответственно, что можно объяснить специфическими тенденциями возрастной динамики – склонностью к манифестации расстройств. с одной стороны и актуализацией проблем адаптации – с другой [7, 8, 13, 35, 69]. Выявлялись и закреплялись эксплозивные формы реагирования, поведенческие нарушения (бродяжничество, праздный образ жизни, неуправляемость), делинквентная и криминальная активность, употребление алкоголя и наркотиков, аутоагрессивное поведение – то есть те паттерны поведения, которые свидетельствуют об эмоциональной неустойчивости и недостаточности волевого контроля. На формирование психопатологии в этом возрастном периоде большое влияние оказывают (помимо собственно психоэндокринного влияния пубертатного периода) экзогенные

факторы в виде черепно-мозговых травм (14 набл., 11,1%), интоксикаций (15 набл., 11,9%); на первый план выходит сочетанный характер воздействий (23 набл., 18,25%).

При анализе перенесенных экзогенных воздействий зрелого возраста обращает внимание, что большое число обследованных перенесли черепно-мозговые травмы разной степени тяжести (83 набл., 65,87%), при этом – в большинстве случаев отмечались выраженные или повторные ЧМТ (51 набл., 40,47%). Однако наиболее актуальной (с учетом частоты экзогенных вредностей) оказалась алкогольная интоксикация (93 набл., 73,8%). Выраженная, с точки зрения влияния на повседневное функционирование, алкогольная интоксикация имела место в 56,34% (71 набл.). Соматическая патология – третий актуальный фактор, влияющий на патогенез ОПР – присутствует в большей части наблюдений (81 набл., 64,28%); значимая, с учетом влияния на адаптацию, встречается у значительной части обследованных (54 набл., 42,85%).

Таким образом, у подавляющего большинства обследованных имели место сочетанные воздействия в виде комбинации ряда экзогенно-органических вредностей, что определило преобладание по результатам экспертизы диагноза «органического расстройства личности в связи со смешанными заболеваниями (F07.08)». Ведущие расстройства зрелого возраста в анамнезе в основном были представлены личностными (47 набл., 37,3%), эмоционально-волевыми (25 набл., 19,84%), когнитивными нарушениями (19 набл., 15,07%), расстройствами в сфере влечения (16 набл., 12,69%) и церебрастенией (10 набл., 7,93%).

Актуальные для обследованных криминологические, судебно-психиатрические характеристики по данным анамнеза приведены в таблице 4.

Таблица 4 – Криминальный и судебно-психиатрический анамнез обследованных

| Оцениваемый параметр | | Число наблюдений | |
|-----------------------------------|--|------------------|-------|
| | | абс. | % |
| Криминальное поведение в анамнезе | всего привлекалось к уголовной ответственности | 77 | 55,50 |
| | в т.ч. с подросткового возраста | 30 | 23,80 |
| Инкриминированные | против личности | 26 | 30,95 |

| Оцениваемый параметр | | Число наблюдений | |
|---|---------------------------------------|------------------|-------|
| | | абс. | % |
| правонарушения (предыдущее привлечение; 84 набл.) | против собственности | 38 | 45,23 |
| | иное | 23 | 23,80 |
| Экспертное решение – диагноз (предыдущее привлечение; 38 набл.) | органическое психическое расстройство | 24 | 63,15 |
| | умственная отсталость | 8 | 21,05 |
| | здоров | 2 | 05,26 |
| | иное | 4 | 10,52 |
| Решение о «вменяемости» (предыдущее привлечение; 38 набл.) | вменяем | 28 | 73,68 |
| | ограничено вменяем | 4 | 10,52 |
| | невменяем | 6 | 15,78 |

Диссоциальный преморбид у значительного числа обследованных зафиксирован уже на этапе до совершеннолетия. Только исходя из имеющихся объективных сведений, как минимум у каждого четвертого подэкспертного отмечалось выраженное девиантное поведение (30 набл., 23,8%), отдельные диссоциальные установки в ряде случаев (21 набл., 16,6%). Криминальное поведение в анамнезе регистрировалось в большинстве наблюдений (77 набл., 61,1%), в трети случаев – начиная с подросткового возраста (35 набл., 27,7%). Больше половины обследованных имели судимости (70 набл., 55,5%), каждый третий – три и более (37 набл., 29,36%). 36,5% (46 набл.) обследованных отбывали наказание, среди них более половины многократно (29 набл., 63,04%); дезадаптация в местах лишения свободы возникала в 41,3% (19 набл.), в том числе – с оказанием психиатрической помощи (9 набл.). При многократном привлечении к уголовной ответственности повторные правонарушения совершались чаще всего в первые три года (37 набл., 67,27%) после освобождения из мест лишения свободы. По предыдущим уголовным делам подэкспертным инкриминировались чаще всего преступления против собственности (38 набл., 45,23%) и преступления против личности (26 набл., 30,95%); в 50,9% (28 набл.) случаев их тяжесть ООД остается без изменений либо смещается в сторону более тяжелых деяний (24 набл., 43,63%).

Каждому третьему из обследованных по предыдущим делам проводилось судебно-психиатрическое освидетельствование, по результатам которого устанавливался преимущественно диагноз ОПР (24 набл., 63,15%); в большинстве

случаев принималось решение о вменяемости (28 набл., 73,68%). При повторных освидетельствованиях экспертное решение относительно вменяемости было идентичным в 21 набл. (55,26%), менялось «от вменяемости к невменяемости» (11 набл., 28,94%) и «от невменяемости к вменяемости» (6 набл., 15,78%).

Таким образом, приведенные сведения из анамнеза достаточно наглядно иллюстрируют проанализированную выборку как актуальную в криминологическом, клиническом и собственно экспертном отношении совокупность; и это при том, что ведущие расстройства носят недементный, непсихотический характер.

Большинство подэкспертных (114 набл., 90,47%) до настоящей стационарной экспертизы проходили судебно-психиатрическое освидетельствование по данному делу: преимущественно только амбулаторное (104 набл., 82,53%), соответственно – только стационарное (5 набл., 3,96%), амбулаторное / стационарное (5 набл., 3,96%). В ряде случаев подэкспертные проходили экспертизу дважды (8 набл., 6,34%), в двух случаях – многократно.

Значимые результаты текущего судебно-психиатрического освидетельствования по всей выборке обследованных приведены на рисунке 2, в таблицах 5, 6.

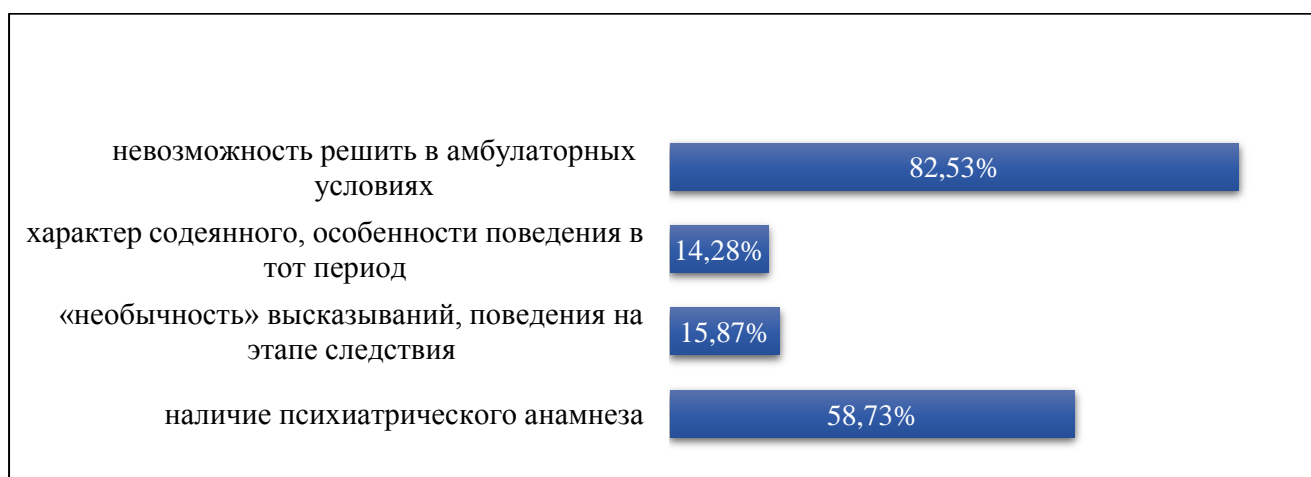


Рисунок 2 – Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы

Приведенные данные можно прокомментировать следующим образом. Во-первых, обращает на себя внимание тот факт, что в отношении проанализированных случаев как правило не представлялось возможным окончательное решение экспертных вопросов на уровне амбулаторной СПЭ; это при том, что речь идет об оценке пограничного (недементного, непсихотического) уровня расстройств. Второе обстоятельство – это разнообразие оснований для назначения экспертизы, которые приводились в качестве аргументов для направления на стационарное судебно-психиатрическое освидетельствование. Более чем в половине наблюдений при этом указывалось на наличие психиатрического анамнеза – обращения за психиатрической помощью, освидетельствования в прошлом и др.

В большинстве наблюдений (111 набл., 88,09%) настоящая экспертиза была первичной, когда экспертные вопросы на предшествующем этапе решены не были (либо не решались), в нескольких случаях – экспертиза была повторной (14 набл., 11,11%), и в одном наблюдении – дополнительной. Большинство обследованных (76 набл., 60,31%) были направлены на комплексную экспертизу – психолого-психиатрическую (58 набл., 46,03%), психолого-сексолого-психиатрическую (14 набл., 11,11%), сексолого-психиатрическую (4 набл., 3,17%).

Из анализа актуальной криминальной ситуации следует, что в большинстве случаев были совершены правонарушения против личности (87 набл., 60%). Допускается, что высокий процент агрессивных правонарушений в исследованной выборке связан с особенностями направляемого на экспертизу в Центр контингента.

Таблица 5 – Характеристика выборки с учетом параметров правонарушения

| Оцениваемый параметр | | Число наблюдений | |
|--|-----------------------|------------------|-------|
| | | абс. | % |
| Инкриминированные правонарушения (n=145) | против личности | 87 | 60,00 |
| | против собственности | 35 | 24,13 |
| | иные | 23 | 15,86 |
| Характеристики правонарушения | совершено в одиночку | 111 | 88,09 |
| | в состоянии опьянения | 65 | 51,58 |
| | ситуация нейтральная | 104 | 82,53 |

| Оцениваемый параметр | | Число наблюдений | |
|-------------------------------------|---------------------------|------------------|-------|
| | | абс. | % |
| Механизмы совершения правонарушения | мотивация реально-бытовая | 85 | 77,20 |
| | аффектогенные | 44 | 34,92 |
| | ситуационно-импульсивные | 11 | 08,73 |
| | анетические | 40 | 31,74 |
| | мотивы-суррогаты | 18 | 14,28 |

Таблица 6 – Характер экспертных решений по результатам настоящего освидетельствования

| Оцениваемый параметр | | Число наблюдений | |
|-----------------------------------|--|------------------|-------|
| | | абс. | % |
| Заключительный диагноз (основной) | Органическое расстройство личности | 102 | 80,95 |
| | Органическое эмоционально-лабильное расстройство | 17 | 13,49 |
| | Легкое когнитивное расстройство | 6 | 04,76 |
| | Органическое непсихотическое расстройство | 1 | 00,79 |
| Сопутствующий диагноз | Синдром зависимости от алкоголя | 23 | 18,25 |
| | Синдром зависимости от ПАВ | 5 | 03,96 |
| | Расстройство сексуального предпочтения | 2 | 01,58 |
| Решение о вменяемости | Вменяем (Вм) | 75 | 59,52 |
| | Невменяем (НВм) | 41 | 32,53 |
| | Ограничено вменяем (ОВм) | 10 | 07,93 |

Среди значимых для оценки криминального поведения показателей можно выделить наиболее характерные для данной выборки особенности. Половина обследованных на момент совершения деликта находились в состоянии алкогольного опьянения (65 набл., 51,58%), что в очередной раз подтверждает значимость алкогольного фактора в формировании криминального поведения. В большинстве случаев правонарушение совершалось единолично подэкспертным (111 набл., 88,09%). Ситуация как правило носила нейтральный характер (104 набл., 82,53%).

В экспертной практике решение вопроса о возможности вменения осуществляется с учетом характера мотивации преступных действий и психологических механизмов, лежащих в их основе [9, 58, 73]. Мотивация содеянного в большинстве случаев (97 набл., 76,98%) могла быть расценена как реально-бытовая, в 19,84% (25 набл.) – как дефицитарная психопатологическая и в четырех случаях – как активная психопатологическая. Преобладали механизмы

нарушения опосредования потребностей (95 набл., 75,39%) – аффектогенные (44 набл., 34,92%), ситуационно-импульсивные (11 набл., 8,73%), а также анэтические (40 набл., 31,74%); реже механизмы нарушения опредмечивания (26 набл., 20,63%) – мотивы-«суррогаты» (18 набл., 14,28%), психопатической самоактуализации (6 набл., 4,76%) и суггестивные (2 набл., 1,58%).

Известная специфика диагностики органических психических расстройств состоит в том, что для этиопатогенетической и клинико-феноменологической их квалификации в соответствии с принятыми стандартами особая роль отводится результатам соматоневрологического обследования, позволяющему верифицировать патоморфологический субстрат (по В.П. Белову) как биологическую основу болезни [11]. Патология по данным неврологического обследования была выявлена почти во всех наблюдениях (96,03%): в половине наблюдений (54,76%) можно говорить о ее умеренной выраженности, в каждом шестом случае (15,87%) – о выраженных нарушениях, и в четверти наблюдений (25,39%) – о легких ее проявлениях. Полученные данные соответствовали результатам электроэнцефалографии, по результатам которой у большинства подэкспертных выявлялись диффузные нарушения биоэлектрической активности головного мозга по органическому типу различной степени выраженности.

В экспертной практике оценка соматической патологии имеет диагностическое значение для квалификации и клинико-динамических закономерностей оцениваемого состояния, что может быть использовано в качестве опосредованного экспертного критерия. В настоящем исследовании соматическая (хроническая) патология была выявлена в половине наблюдений умеренной (25,39%) и выраженной (28,57%) степени тяжести; при этом сердечно-сосудистая (16,66%) и сочетанная (23,8%) патология составляют почти половину всей выборки. Эти данные соотносятся с полиэтиологичностью (79,36%) исследованных состояний [112].

Результаты патопсихологического обследования (осмотрены 85,71% подэкспертных; 70,37% из них – в рамках комплексной экспертизы) свидетельствуют о типичности нозологически характерного органического

симптомокомплекса [63, 107] с такими наиболее актуальными его составляющими как нарушения концентрации и устойчивости внимания (94,87%), быстрая истощаемость (79,24%) и нарушения мыслительных процессов – снижение уровня обобщения (93,6%) и темпа умственной деятельности (86,44%). При исследовании интеллектуальных функций выявлялись нарушения, указывающие прежде всего на инертность мышления. Мнестические расстройства наблюдались у половины подэкспертных (49,96%) и в основном проявлялись нарушениями кратковременной памяти и снижением объема запоминания.

При сопоставлении данных патопсихологического исследования с данными актуального психического состояния в 67% случаев какие-либо несоответствия отсутствовали, в 20,5% можно было говорить, что при психологическом обследовании выявлялись менее тяжелые расстройства, а в 12,5% – более тяжелые. Это условное несоответствие выводов, прежде всего относительно тяжести расстройств, может иметь как субъективную основу, так и объясняться разными возможностями соответствующих методов при качественном и, соответственно, дименсиональном принципах оценки.

С учетом этиологии, как уже было отмечено, в большинстве случаев исследованные расстройства были квалифицированы как расстройства смешанного генеза (79,36%), что считается типичным для судебно-психиатрической практики (контингент обвиняемых; органическое психическое расстройство).

По результатам настоящей экспертизы преобладает диагноз органического расстройства личности (F07) – 80,95% (102 набл.). В нескольких случаях диагностировано органическое эмоционально-лабильное расстройство (F06.6) – 13,49% (17 набл.) и легкое когнитивное расстройство (F06.7) – 4,76% (6 набл.), еще в одном наблюдении – органическое непсихотическое расстройство (F06.82).

Соотношение числа наблюдений с учетом экспертных решений на уровне юридического критерия формулы невменяемости было следующим. В 75 случаях (59,52%) в соответствии с заключением экспертной комиссии подэкспертные при совершении инкриминируемого деяния могли осознавать фактический характер и

общественную опасность своих действий и руководить ими («вменяемость»), в 10 (7,93%) – «не могли в полной мере...» (т.н. «ограниченная вменяемость») и в 41 (32,53%) – не могли осознавать... и руководить... («невменяемость»).

Приведенные данные относительно проанализированных параметров (анамнестических и актуальных; общих социодемографических, криминологических и клинических) свидетельствуют, что в судебно-психиатрической практике лица, страдающие органическим психическим расстройством с актуальными предементными когнитивными расстройствами, представляют собой отдельную совокупность верифицируемых патологических состояний, экспертная оценка которых актуальна в условиях современной правовой практики и специфична с учетом характера ведущего клинического феномена.

Полученные результаты, безусловно, не могут быть экстраполированы на всю популяцию лиц, страдающих органическим психическим расстройством; соответствующие результаты носят выборочный характер (судебно-психиатрический контингент; стационарное освидетельствование; одно экспертное учреждение). Кроме того, выборочность проанализированного контингента обуславливается и особого рода виктимностью лиц с криминальным стилем поведения – подверженностью к действию экзогенных вредностей (травмы головного мозга, острые и хронические формы интоксикации при синдроме зависимости). Тем не менее, они имеют значение для обоснования валидности объекта настоящего исследования – патология может быть не только идентифицирована в рамках определенных диагностических категорий (ОПР, в данном случае), но может быть оценена и как экспертно релевантная с точки зрения ее потенциального влияния на способность субъекта к произвольной регуляции своего поведения, криминального, в том числе.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСЛЕДОВАНИЯ

Полученные в процессе исследования данные приводятся в соответствии с известным алгоритмом судебно-психиатрического освидетельствования в уголовном процессе, этапностью обоснования экспертного заключения на уровне медицинского, затем – юридического критериев формулы невменяемости [101, 116, 138, 139].

3.1 Клинико-психопатологическая характеристика исследованных состояний (применительно к медицинскому критерию формулы невменяемости)

Как показывает анализ, уже начиная с этапа формирования выборки обследованных исходная задача состоит в необходимости квалифицировать выявляемую когнитивную недостаточность с учетом критериев диагностической категории «расстройства» по К. Schneider [214], под которым в МКБ-10 понимают клинически определенную группу симптомов или поведенческих признаков, причиняющих субъекту страдание и препятствующих его личностному функционированию.

Спецификой выбранного объекта исследования является высокая вероятность отождествления когнитивного расстройства как диагностической категории с неболезненным снижением когнитивного функционирования, с так называемым субъективным когнитивным снижением (subjective cognitive decline), в частности, у больных с временными преходящими проблемами когнитивного функционирования при астении, депрессии, у лиц с так называемым возрастным интеллектуальным снижением [45, 96, 140-142, 144]. Обращается внимание на перспективность методов нейропсихологической диагностики, позволяющих в данных случаях объективизировать когнитивное снижение.

На этапе предварительной диагностики объективная информация о состоянии когнитивных функций была получена и по результатам психометрического тестирования (MMSE, MoCA).

В исследовании MMSE применялся с целью отбора в генеральную совокупность случаев с верифицированными недементными нарушениями на этапе до вынесения заключительного диагноза. Полученные данные представлены на рисунке 3.

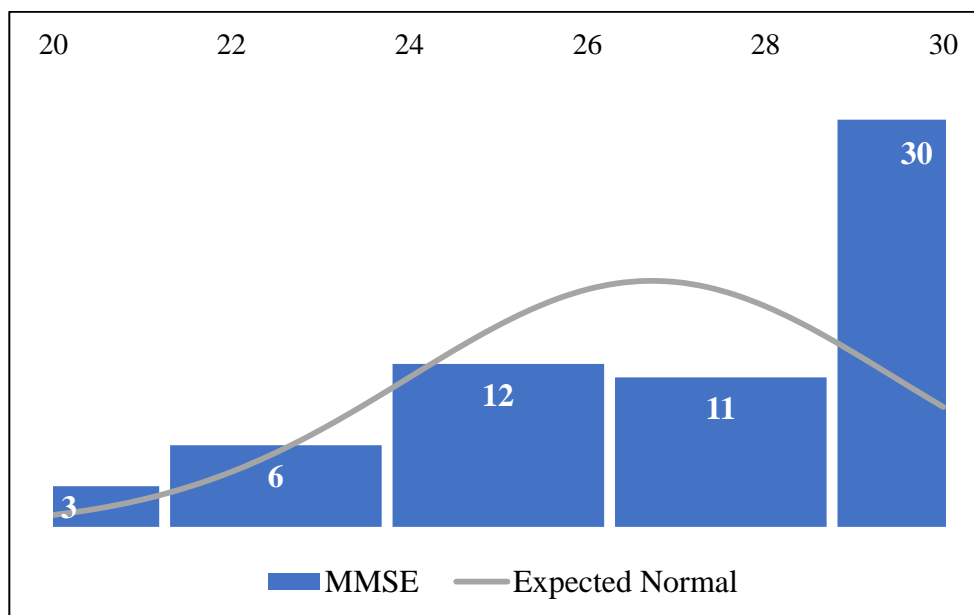


Рисунок 3 – Распределение обследованных с учетом результатов MMSE

При анализе данных нами учитывалось, что выборка достаточно однородная:

$$v_{\sigma} = \frac{\sigma}{\bar{x}} \cdot 100 = \frac{2,73}{26,72} \cdot 100 = 10,22, \quad (1)$$

где v_{σ} – коэффициент вариации;

σ – среднее квадратическое отклонение;

\bar{x} – среднее.

Соответственно, представилось возможным считать, что получаемые статистические показатели дают надежную и качественную характеристику анализируемой совокупности. Размах результатов тестирования, как следует из приведенной гистограммы, составил от 20 до 30 баллов. В соответствии с установленным порядком балльной оценки MMSE исследованная выборка была

представлена в виде четырех сопряженных по степени выраженности когнитивной недостаточности групп (рисунок 4).

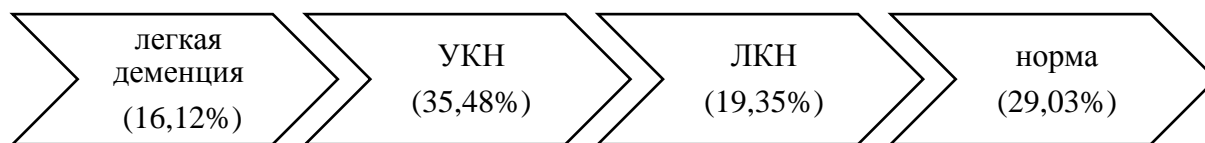


Рисунок 4 – Распределение обследованных с учетом выраженности когнитивного дефицита

Случаи, соответствующие уровню деменции – имеется ввиду тяжелая деменция (> 10 баллов) и умеренная деменция (11-19 баллов) – определенно исключались из выборки, как несоответствующие критериям отбора.

Как видно из приведенных данных, в 16% случаев состояние могло быть оценено как легкая деменция (20-24 балла по шкале). Эта группа обследованных была оставлена в исследовании, поскольку такие показатели, как следует процедуры освидетельствования, могут быть обусловлены немотивированностью подэкспертных, неадекватно низкими для их уровня функционирования оценками. Кроме того, они не повлияли на характер распределения итоговой совокупности ($A = -0,67$; $E = 2,69$).

Диапазон оценок в пределах от 25 до 29 баллов представляет слабо варьирующееся ядро анализируемой совокупности ($Q_1 = 25$; $Q_3 = 29$), которое составили случаи умеренных когнитивных нарушений (УКН; 22 набл., 35,48%) и легких когнитивных нарушений (ЛКН; 12 набл., 19,35%). В среднем по итогам проведенного тестирования когнитивное функционирование обследованных можно охарактеризовать как соответствующее уровню умеренных когнитивных нарушений ($M = 26,72$; $\sigma = 2,73$; 95% ДИ от 26,03 до 27,42).

Оценка 29-30 баллов (18 набл., 29,03%) не всегда означает нормальное когнитивное функционирование – это т.н. эффект «потолка», далее это подтверждается при тестировании с использованием шкалы МоСА и, в особенности, при комплексном нейропсихологическом обследовании.

Поскольку, как уже упоминалось, MMSE имеет эффект «потолка», для более точного отграничения ЛКН от нормы применялся MoCA-тест (рисунок 5).

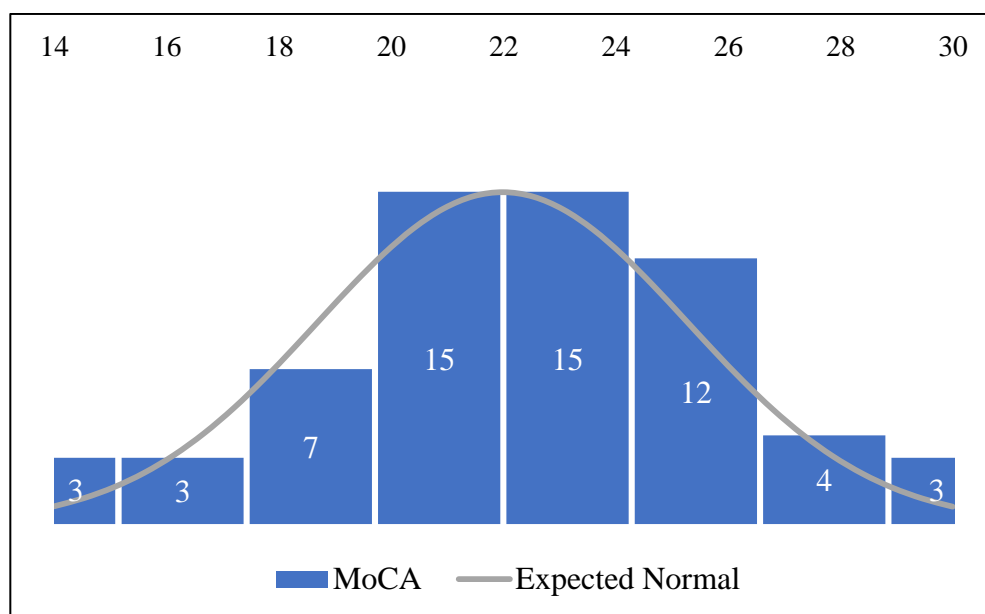


Рисунок 5 – Распределение обследованных с учетом результатов MoCA

Обе шкалы показали сопоставимый результат ($r=0,96$; $p < 0,05$), тем не менее у MoCA среднее значение ниже ($M=21,98$; $\sigma=3,30$; 95% ДИ от 21,14 до 22,82) и диапазон оценок шире (рисунок 6).

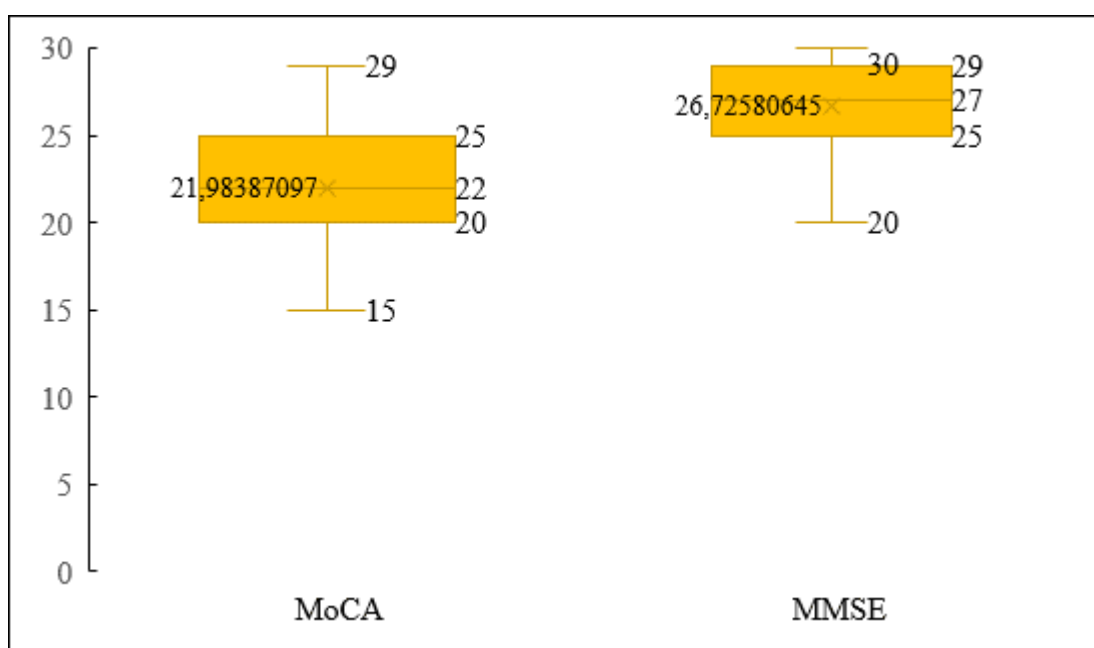


Рисунок 6 – Сопоставление результатов психометрических исследований

Полученные результаты могут быть дополнены данными, полученными при анализе существующих корреляционных связей между оценками психометрических шкал и результатами нейропсихологического обследования (таблица 7).

Таблица 7 – Коэффициенты корреляции оценок MoCA и MMSE с показателями нейропсихологического обследования, при $p < 0,001$

| Нейропсихологический параметр | MoCA | | MMSE | |
|---|-------|--------|-------|--------|
| | r | t | r | t |
| Общее нейрокогнитивное функционирование | -0,94 | -12,55 | -0,92 | -10,97 |
| Программирование, регуляция и контроль | -0,84 | -7,18 | -0,83 | -6,84 |
| Произвольные движения и действия | -0,83 | -6,97 | -0,82 | -6,65 |
| Гностическая сфера | -0,88 | -8,59 | -0,87 | -8,00 |
| Речевые функции | -0,86 | -7,77 | -0,85 | -7,43 |
| Интеллектуальные операции | -0,94 | -12,29 | -0,89 | -9,44 |
| Мнестическая сфера | -0,87 | -8,00 | -0,82 | -6,58 |
| Нейродинамические характеристики | -0,84 | -7,13 | -0,86 | -7,71 |

Нейропсихологическое исследование позволяет уточнить структуру и выраженность когнитивного дефицита (таблица 8, рисунок 7).

Таблица 8 – Средние показатели когнитивной сферы при нейропсихологическом исследовании, Me (Q1-Q3)

| Нейропсихологический параметр | Сырые баллы | Количественная оценка (%) | Качественная оценка (выраженность) |
|---|------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Общее нейрокогнитивное функционирование | 0,91 (0,7-1,35) | 30,49 (23,74-44,91) | легкая-умеренная |
| Программирование, регуляция и контроль | 1,14 (0,80-1,57) | 38,16 (26,66-54,24) | умеренная-выраженная |
| Произвольные движения и действия | 1,16 (0,83-1,47) | 38,66 (27,66-49,67) | умеренная |
| Гностическая сфера | 0,58 (0,50-0,83) | 19,33 (16,66-27,67) | легкая |
| Речевые функции | 0,80 (0,57-1,32) | 26,83 (19,00-44,17) | легкая-умеренная |
| Интеллектуальные операции | 0,82 (0,52-1,38) | 27,50 (17,33-46,08) | легкая-умеренная |

| Нейропсихологический параметр | Сырые баллы | Количественная оценка (%) | Качественная оценка (выраженность) |
|----------------------------------|------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Мнестическая сфера | 1,19 (0,75-1,45) | 39,67 (25,00-48,25) | легкая-умеренная |
| Нейродинамические характеристики | 1,17 (0,73-1,69) | 39,17 (24,33-56,42) | легкая-выраженная |

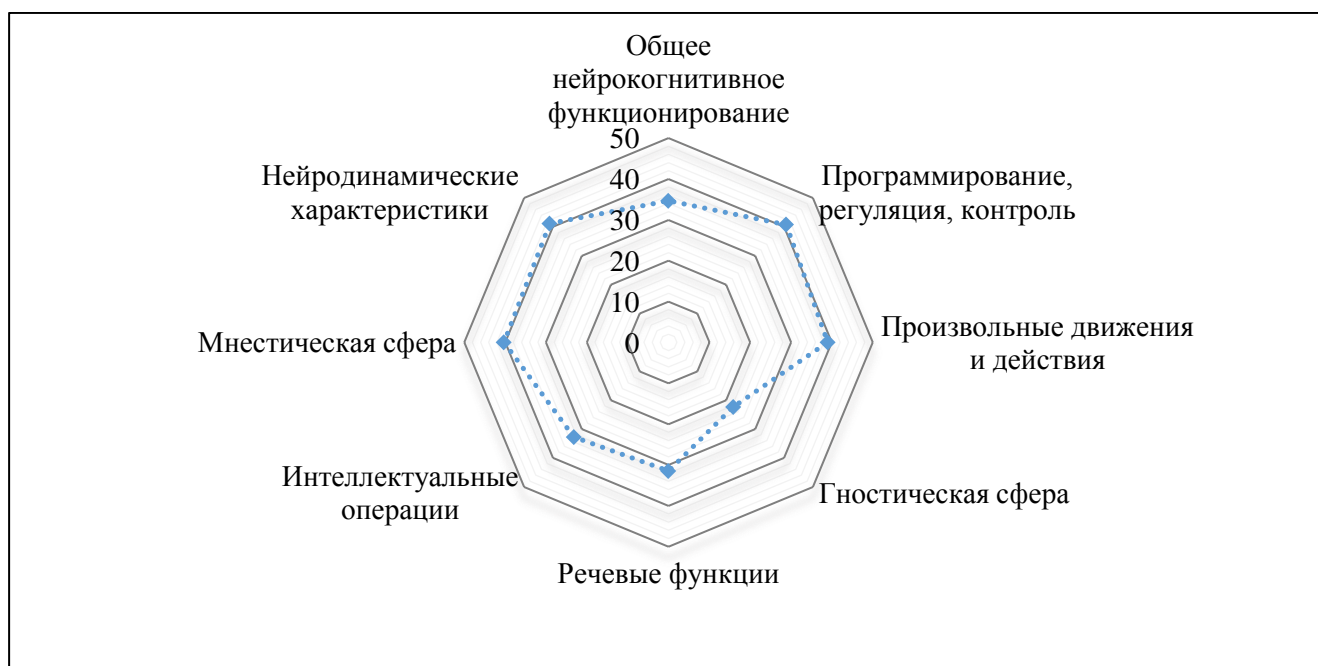


Рисунок 7 – Средние показатели когнитивной сферы при нейропсихологическом исследовании

При анализе характера и выраженности нарушений высших психических функций (ВПФ) были выявлены:

– нарушения программирования и контроля, произвольного внимания, ориентировочной основы деятельности, дефекты регуляции сложных произвольных движений и действий, упрощение двигательной программы, нарушение избирательности следов, фрагментарность анализа, нарушение обобщения по ситуативным признакам, трудности понимания скрытого смысла рассказа и смысла сюжетной картины, замена программы упрощенным стереотипом, соскальзывание на побочные ассоциации, многоречивость; нарушение регуливающей роли речи и речевой инструкции. Эти нарушения можно связать с фактором программирования, регуляции и контроля и с

дисфункцией передне-лобных отделов мозга (в том числе, на уровне базальных структур);

– нарушения плавности, автоматизированности, последовательности двигательных актов (в двигательных, гностических, мнестических процессах и интеллектуальных операциях) связаны с кинетическим фактором и дисфункцией заднелобных отделов мозга;

– утомляемость, снижение темпа психической деятельности и умственной работоспособности, замедление скорости интеллектуальных операций и объема речевой активности; флуктуации внимания, истощаемость мнестической деятельности, тормозимости следов памяти, связанные с модально-неспецифическим фактором активации-инактивации (глубинные структуры мозга, на уровне верхних отделов);

– сужение объема непосредственной слухоречевой памяти, снижение устойчивости следов слухоречевой памяти к интерферирующим воздействиям, трудности сохранения порядка стимулов в слухоречевой памяти. Эти нарушения связаны с фактором объема слухоречевой памяти и дисфункцией височных отделов мозга;

– сужение объема непосредственной зрительной памяти; нарушение пространственных характеристик стимулов и прочности следов в зрительной памяти; снижение устойчивости следов зрительной памяти к интерферирующим воздействиям, параграфии в зрительной памяти, связанные с фактором зрительных и зрительно-пространственных синтезов (затылочные, затылочно-теменные отделы мозга);

– нарушение пространственной организации движений и действий, пространственные ошибки в пробах на наглядно-конструктивное мышление, ошибки восприятия пространственных признаков зрительных стимулов, пространственные ошибки в пробах праксис позы, трудности понимания логико-грамматических отношений, связанные с фактором пространственных и квазипространственных синтезов (теменных отделов левого и теменно-затылочные отделов правого полушария мозга).

Таким образом, в соответствии с усредненным профилем, отражающим наиболее характерные особенности нарушений познавательной деятельности у подэкспертных, на первый план выходит снижение функций программирования, регуляции и контроля на фоне снижения нейродинамического обеспечения психической деятельности, а также снижение пространственных и квазипространственных синтезов. Отмечается диффузная нейропсихологическая симптоматика со стороны всех отделов головного мозга, отражающая полиэтиологическую (полифакторную) природу нарушений; преобладает симптоматика передних отделов и подкорковых структур, а также задних ассоциативных зон головного мозга.

При сопоставлении количественных данных, полученных по результатам комплексного нейропсихологического исследования и тестирования с применением скрининговых шкал MMSE/MoCA (23 набл.) установлено, что чем ниже итоговая оценка по шкале, тем более выражен общий нейрокогнитивный дефицит. При статистическом анализе по Пирсону выявлена связь обратная, сильная и статистически значимая.

Оценка повседневного функционирования проводилась в соответствии с рекомендованными DSM-5 критериями диагностики нейрокогнитивного расстройства. Учитывалось, что Шкала личностного и социального функционирования (Personal and Social Performance Scale, PSP) является более современным вариантом шкалы SOFAS, которая, в свою очередь, пришла на смену шкале GAF [160]. Эта Шкала представляет собой психометрический инструмент, позволяющий объективно оценить уровень социального функционирования и способность к самообслуживанию пациентов с психическими расстройствами.

С помощью этой шкалы оценивалась степень затруднений, которые испытывали обследованные в четырех основных областях социального функционирования: социально полезная деятельность, отношения с близкими и прочие социальные отношения, самообслуживание, беспокоящее (т.е. нарушающее спокойствие окружающих) и агрессивное поведение. По каждому из

пунктов выставлялись баллы от 1 (отсутствие нарушений) до 6 (очень сильно выраженные нарушения). В зависимости от степени выявленных болезненных проявлений выставлялся общий балл по шкале от 1 до 100, разделенной на 10 равных интервалов, где каждый интервал соответствовал определенной степени затруднений в социальном функционировании. Шкала имеет высокую валидность, переведена на русский язык, рекомендуется к применению в клинической и исследовательской практике [34].

Полученные результаты соответствуют разным степеням ограниченного функционирования (рисунки 8, 9).

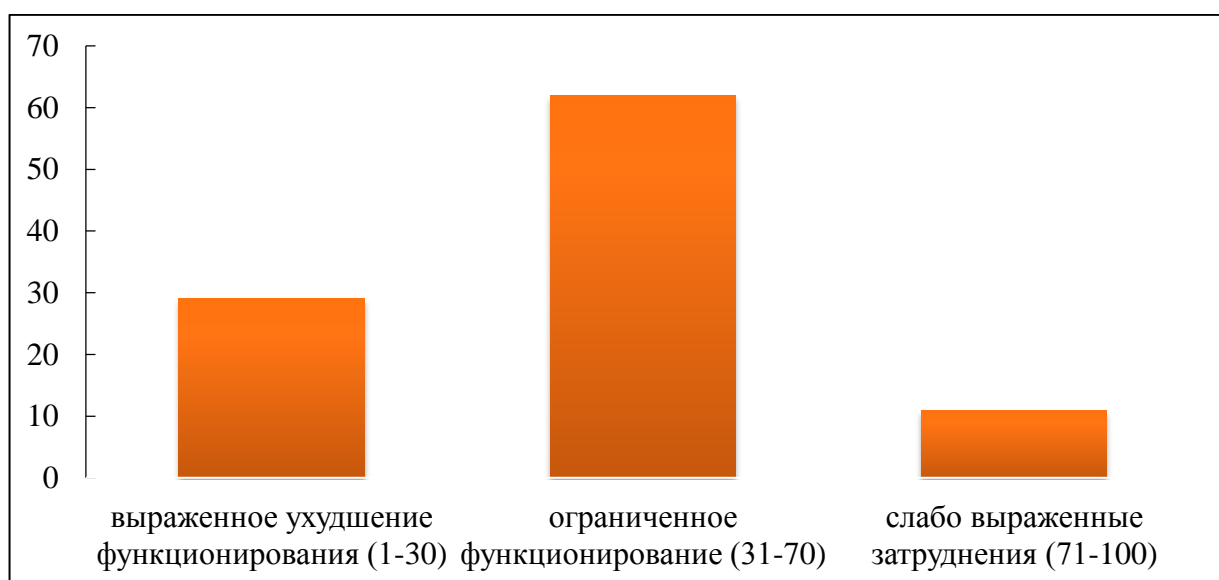


Рисунок 8 – Распределение обследованных с учетом итоговой оценки PSP

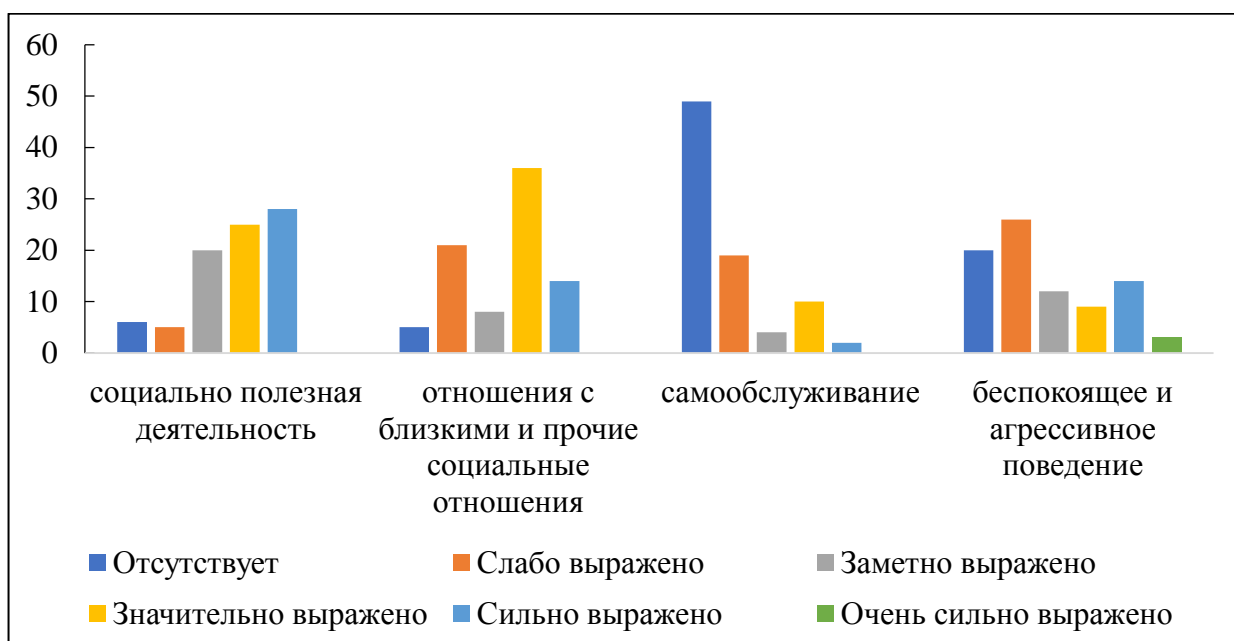


Рисунок 9 – Распределение результатов PSP по областям

Результаты анализа линейной корреляции представлены в таблице 9. При оценке силы связи коэффициентов корреляции использовалась шкала Чеддока.

Таблица 9 – Коэффициенты корреляции показателей функционирования и нейропсихологических параметров

| Нейропсихологический параметр | Социально полезная деятельность | Социальные отношения | Самообслуживание | Беспокоящее и агрессивное поведение |
|---|---------------------------------|----------------------|------------------|-------------------------------------|
| Общее нейрокognитивное функционирование | 0,625* | 0,525* | 0,335 | 0,275 |
| Программирование, регуляция и контроль | 0,572* | 0,520* | 0,350 | 0,313 |
| Произвольные движения и действия | 0,577* | 0,480 | 0,244 | 0,234 |
| Гностическая сфера | 0,523* | 0,400 | 0,312 | 0,242 |
| Речевые функции | 0,637* | 0,555* | 0,248 | 0,301 |
| Интеллектуальные операции | 0,571* | 0,493 | 0,367 | 0,275 |
| Мнестическая сфера | 0,491 | 0,395 | 0,313 | 0,207 |
| Нейродинамические характеристики | 0,565* | 0,493 | 0,322 | 0,251 |
| *0,5-0,7 – связь средней силы | | | | |

Результаты сравнительного анализа в группах, сформированных с учетом уровня функционирования: I группа (9 набл.) – слабо выраженные затруднения (71-100 баллов); II группа (32 набл.) – ограниченное функционирование (31-70 баллов); III группа (17 набл.) – выраженное ухудшение функционирования (0-30 баллов) свидетельствуют о наличии статистически значимых различий ($p < 0,05$) показателей групп II и III (таблица 10, рисунок 10).

Таблица 10 – Результаты сравнительного анализа в зависимости от уровня функционирования обследованных

| | Количественная оценка (%) | | | Достоверность различий | |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|-----------|
| | I группа 71-100 баллов | II группа 31-70 баллов | III группа 0-30 баллов | P_{1-2} | P_{2-3} |
| Общее нейрокognитивное функционирование | 32,66 | 33,00 | 43,04 | 0,80 | 0,17 |
| Программирование, регуляция и контроль | 42,47 | 38,00 | 54,02 | 0,35 | 0,04 |
| Произвольные движения и действия | 34,95 | 38,58 | 44,17 | 0,77 | 0,02 |
| Гностическая сфера | 19,52 | 20,80 | 28,24 | 0,39 | 0,07 |
| Речевые функции | 27,62 | 29,60 | 39,29 | 0,59 | 0,07 |
| Интеллектуальные операции | 30,09 | 30,57 | 44,37 | 0,85 | 0,12 |
| Мнестическая сфера | 45,81 | 36,86 | 51,17 | 0,16 | 0,04 |
| Нейродинамические характеристики | 37,52 | 40,63 | 51,15 | 0,40 | 0,25 |

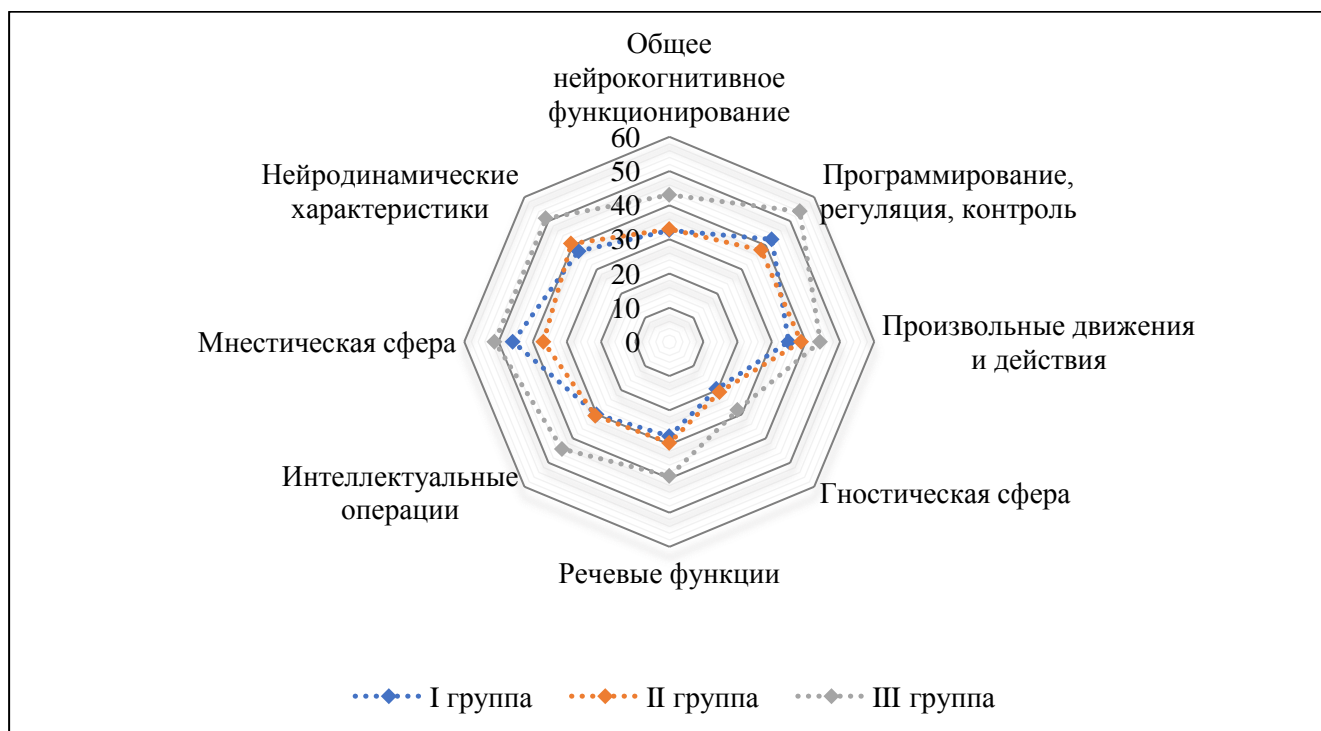


Рисунок 10 – Сравнение трех групп в зависимости от уровня функционирования

Различия между группами проявляются, прежде всего, снижением в сфере программирования, регуляции и контроля за протеканием произвольной психической деятельности, что отражается в сфере произвольных движений и действий (праксис), в гностической и мнестической сферах и в опосредствовании психической деятельности речевой саморегуляцией.

Таким образом, отобранная для дальнейшего анализа совокупность представляет собой континуум различных по степени выраженности когнитивных нарушений; континуум, тем не менее, дискретный с возможностью объективизации состояний, различающихся выраженностью когнитивной недостаточности.

Приведенные данные свидетельствуют, прежде всего, о валидности объекта исследования, кроме того – выявляемые параметры оценки когнитивного функционирования уже на начальном этапе диагностики могут ориентировать специалиста на выбор адекватной модели экспертной оценки с учетом релевантного клинического феномена. Как показывает практика, феноменологические особенности предметных когнитивных расстройств

состоят также в том, что они могут быть не только имитированы отмеченными состояниями субъективного когнитивного снижения, но и, наоборот, маскированы фасадными личностными, даже собственно поведенческими нарушениями, что может препятствовать адекватной их экспертной оценке на нозологическом, синдромальном уровне; этот аспект будет проанализирован в соответствующем разделе текста.

После квалификации выявленного состояния когнитивной недостаточности как клинического феномена («расстройства») следующая диагностическая задача состоит в оценке выраженности верифицированного когнитивного расстройства, прежде всего, как не отвечающего критериям деменции (те же частные задачи – обоснование валидности выборки, выбор перспективной экспертной модели – деменция / предеменция). Для эффективного решения этой задачи помимо клиничко-психопатологических критериев диагностики деменции (МКБ-10) должны учитываться и параметры когнитивного функционирования по результатам нейропсихологического обследования, результаты психометрического тестирования.

Понятно, что комплексное обследование – психометрия, полноценное нейропсихологическое обследование – процедура трудоемкая, затратная; она требует осознания ее преимуществ у экспертов, корректной трактовки его результатов при формулировании окончательного экспертного суждения, разумного использования «нейро-доказательств» в суде [215, 216]. Тем не менее, при экспертной оценке предементных когнитивных расстройств, где возможности категориального диагностического подхода ограничены, роль этих методов существенно повышается.

Как известно, приоритетной оценочной категорией при формулировании функционального судебно-психиатрического диагноза является синдром [125]. Именно на синдромальном уровне осуществляется оценка влияния имеющегося психического расстройства на способность субъекта к произвольной регуляции своего поведения.

По результатам исследования структуры психопатологического расстройства проанализированную выборку можно охарактеризовать как совокупность ведущих и сопутствующих синдромов, которые оценены по степени выраженности с учетом их значимости при вынесении экспертного решения на уровне медицинского критерия и на уровне юридического критерия. К ведущим были отнесены синдромы, оценка которых позволяет судить о способности «...осознавать фактический характер...» и/или «...руководить своими действиями...», и имеет приоритетное значение при вынесении экспертного решения: когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, а также расстройства влечений.

Нарушения когнитивных функций имели место во всех наблюдениях (синдромальный критерий включения) – рисунок 11. С учетом выраженности их клинических проявлений отмечается сдвиг в сторону легких нарушений: легкие – 57 набл. (45,23%), умеренные – 42 набл. (33,3%), выраженные – 27 набл. (21,42%).

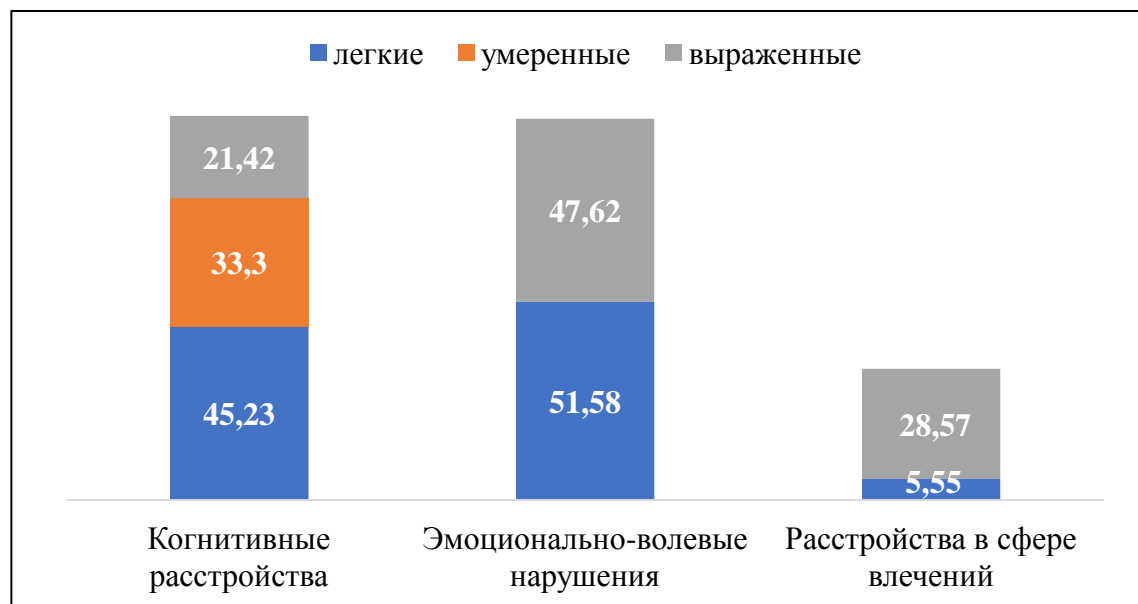


Рисунок 11 – Клинико-психопатологическая структура: ведущий синдром (%)

В отношении эмоционально-волевых расстройств и расстройств в сфере влечений был использован дихотомический принцип оценки, позволяющий реально в системе качественного диагностического подхода квалифицировать по

общим критериям выраженность расстройства (легкое/выраженное). Нарушения эмоционально-волевой сферы были выявлены почти во всех наблюдениях (99,2%) – легкой (65 набл., 51,58%) и выраженной (60 набл., 47,62%). Нарушения в сфере влечений имели место в трети наблюдений (43 набл., 34,12%), расцениваемые как легкие (7 набл.; 5,55%) и выраженные (36 набл.; 28,57%) – преимущественно в рамках сформированного синдрома зависимости.

К сопутствующим были отнесены синдромы, которые дают исчерпывающее представление о клинической картине, но имеют опосредованное экспертное значение – преимущественно на уровне медицинского критерия для квалификации состояния в рамках определенной нозологии; в настоящей выборке – это синдромы церебрастенический, пароксизмальный и психогенные расстройства (рисунок 12).

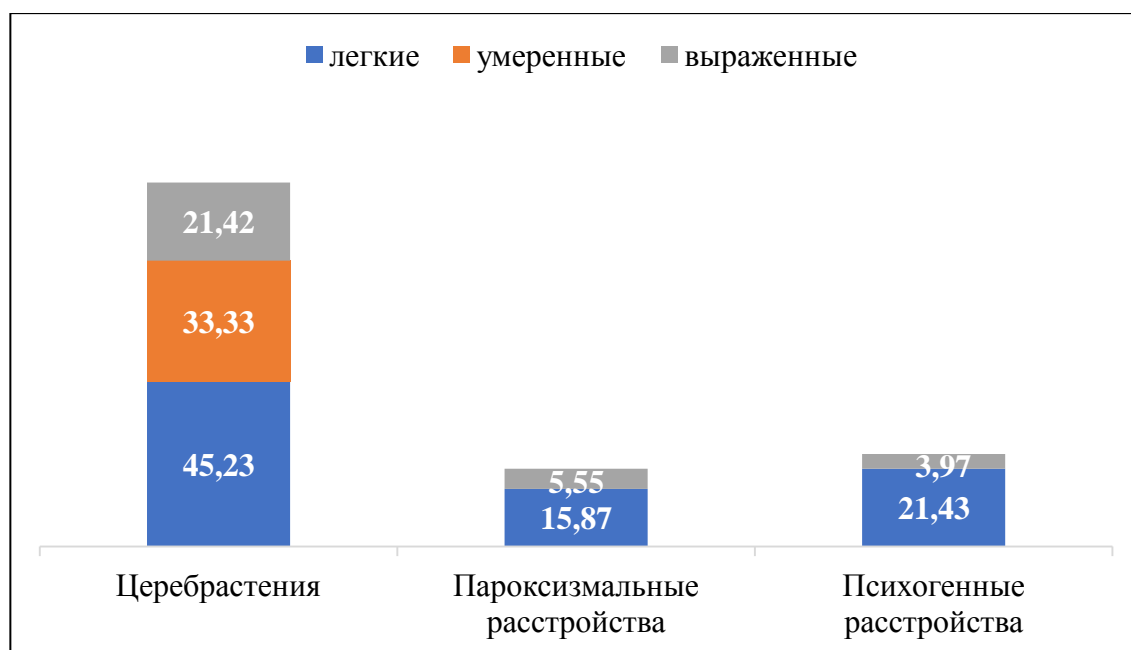


Рисунок 12 – Клинико-психопатологическая структура: сопутствующий синдром (%)

Учитывая, что церебрастения, так же, как и когнитивные нарушения, составляет патогенетическую суть исследованных состояний, при оценке ее выраженности принималось во внимание, что эти расстройства коррелируют между собой. Пароксизмальные расстройства в соответствии с объективными

сведениями отмечались в каждом пятом случае (21,42%); с учетом их значимости в структуре исследованных состояний они расценивались как легкие – 20 набл. (15,87%) и выраженные – 7 набл. (5,55%).

Самостоятельное экспертное значение имеют выявленные в каждом четвертом случае (25,39%) в клинической картине на момент обследования актуальные психогенные расстройства (как реакция на ситуацию привлечения к уголовной ответственности): легкие – 27 набл. (21,43%), выраженные – 5 набл. (3,97%). Эти расстройства, коморбидные ОПР, являются своего рода маркером специфической клинической динамики на этапе после привлечения к уголовной ответственности, нуждаются в отдельной экспертной оценке с учетом как их выраженности, так и прогнозируемого исхода.

В исследовании оценивались как общие клинико-динамические параметры изученных состояний, так и характер клинической динамики на этапе после привлечения к уголовной ответственности, когда вероятность психогенно обусловленного изменения психического состояния у обследованных высока. Полученные в этом отношении данные подтверждают принятую точку зрения о роли ситуации привлечения к уголовной ответственности как фактора predisпозиции к изменению клинико-динамических параметров органического психического расстройства [19, 32, 63, 88, 134]; по результатам исследования (стационарная СПЭ в уголовном процессе) подэкспертных с установленным диагнозом ОПР и манифестировавшими после привлечения к уголовной ответственности психогенными расстройствами последние в большинстве случаев (68,7%) проявляются психогенно обусловленными состояниями декомпенсации ОПР [19].

Проведенный анализ динамических характеристик оцениваемого психического расстройства показал, что в соответствии с его патогенетическими закономерностями ожидаемо в 90,47 % (114 набл.) речь шла о состояниях по типу резидуальных последствий перенесенных органических вредностей («pathos»), в отличие от прогрессивных органических психических расстройств, которым свойственна поступательная клиническая динамика [134] с нарастающими

дефицитарными изменениями психики в 9,53% случаев (12 набл.). Это соотношение патогенетически различающихся вариантов органического психического расстройства действительно представляется обстоятельством нейтральным с точки зрения вероятного экспертного вывода при индивидуальной оценке. Вместе с тем, такая информация как исходная имеет значение для обоснования экспертной тактики. Характер клинической динамики в судебно-следственной ситуации имеет в этом отношении непосредственное значение при сопоставлении параметров актуального состояния с оцениваемым ретроспективно (на момент совершения правонарушения) и проспективно (оценка прогноза).

В соответствии с полученными результатами стабильными, не претерпевающими каких-либо существенных изменений в клинической картине на этапе актуальной судебно-следственной ситуации эти состояния могли быть квалифицированы в 63,49 % наблюдений (рисунок 13).

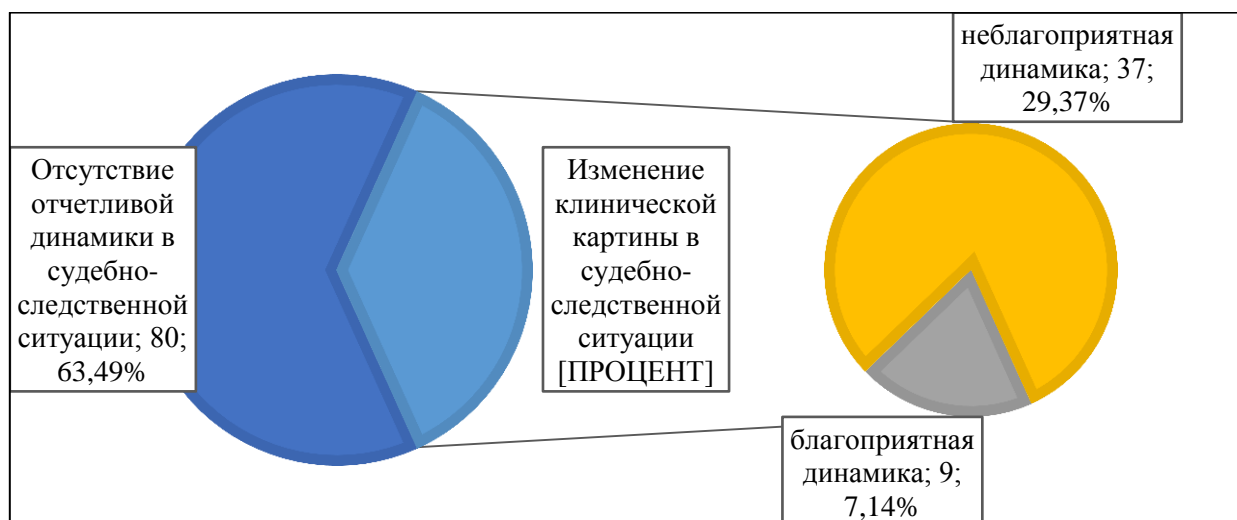


Рисунок 13 – Клинико-динамические параметры исследованных состояний

Соответственно, у 36,51% обследованных (46 набл.) на этом этапе с учетом субъективной информации, предъявляемых жалоб, а также информации объективной относительно характера социального функционирования, качества жизни обследованных до привлечения к уголовной ответственности можно было говорить об отчетливом изменении их психического состояния. Таким образом, в

каждом третьем случае оценка состояния подэкспертных на момент совершения инкриминируемого деяния была сопряжена с необходимостью учета имевших место изменений в клинической картине ко времени судебно-психиатрического освидетельствования, что обуславливало дополнительные экспертные проблемы. Это касалось как ретроспективной оценки состояния (на момент правонарушения), так и собственно актуального психического состояния (на момент экспертизы) применительно, прежде всего, к оценке уголовно-процессуальной дееспособности подэкспертных.

Проведенный сравнительный клинико-статистический анализ показал, что группа наблюдений с отчетливой клинической динамикой (36,51%) достоверно характеризуется такими признаками как: возраст 45 лет и старше, соматическое неблагополучие (хронические соматические болезни), полярность по критерию «проблемы адаптации» (либо их отсутствие, либо отчетливая дезадаптация) в анамнезе, ведущая роль органических личностных расстройств в клинической картине болезни со склонностью к их декомпенсации.

Понятно, что в большинстве случаев – 37 набл. (29,37%) речь шла о неблагоприятной клинической динамике, суть которой состояла в усугублении патогномичной церебральной симптоматики (истощаемость, повышенная утомляемость, усиление головных болей и др.), ведущего экспертно релевантного расстройства, прежде всего личностного с актуализацией дисфорических расстройств, эмоциональной неустойчивости, выявлением психогенных субъективно значимых переживаний, малообоснованных трудно корригируемых личностных реакций оппозиции и отказа с соответствующим малорациональным поведением.

Прогнозируемая (с учетом ведущего расстройства) специфика выборки состоит в том, что практически во всех проанализированных наблюдениях с неблагоприятной динамикой имела место и декомпенсация когнитивных функций с отчетливыми проблемами осмысления, способности к целенаправленной деятельности, памяти, других когнитивных функций. Речь идет о так называемом субъективном когнитивном снижении [96, 140-142], «ложном» слабоумии» в виде

функционально-динамических нарушений интеллектуально-мнестической сферы, когда актуальные возможности когнитивного функционирования подэкспертных существенно ниже потенциальных. Это обстоятельство должно учитываться при сопоставлении параметров актуального психического состояния (на момент экспертизы) и на этапе совершения правонарушения, то есть, по результатам оценки клинической динамики на этом этапе.

Применительно к оценке базисных клинико-психопатологических параметров исследованных состояний как предпосылки окончательных экспертных выводов о способности лица к произвольной регуляции своего поведения – отметим ту их специфику, что приоритетные экспертные проблемы в анализируемых случаях состоят в решении нескольких частных, взаимосвязанных задач:

- сравнительной оценки параметров когнитивного функционирования субъекта (актуальное состояние / состояние на момент совершения правонарушения);
- выяснения характера когнитивного снижения, в частности, за счет сопоставления актуальных и потенциальных возможностей;
- объективизации выраженности актуального когнитивного дефицита при принятии экспертного решения об уголовно-процессуальной дееспособности, необходимости мер медицинского характера, возможности окончательного решения экспертных вопросов.

В 7,14% случаев (9 набл.) в судебно-следственной ситуации можно было говорить о благоприятной динамике у обследованных – объективном улучшении состояния в анализируемый период с дезактуализацией неспецифических жалоб (головные боли, утомляемость, аффективная неустойчивость, раздражительность, проблемы контроля и др.), проявлений хронической соматической патологии. Речь шла, по существу, о тех случаях, где имела место компенсация состояния – редуцирование протрагированных динамических сдвигов (по типу декомпенсации), имевшихся до поступления на экспертизу. Показательно, что общая тенденция к улучшению состояния могла быть прослежена и за счет своего

рода санации контингента обследованных – снижения подверженности воздействию экзогенных вредностей (алкоголизации, в первую очередь), оказания необходимой медицинской помощи в связи с процессуальным положением – изоляцией из привычной потенциально опасной ситуации.

Полученные данные свидетельствуют о клиническом полиморфизме исследованных расстройств, характерном для этих расстройств клиническом диапазоне синдромов, в том числе патогномоничных для ОПР, специфической их динамике на этапе судебно-психиатрического освидетельствования, о патокинетической роли психогенного фактора.

Отдельного внимания заслуживает сложившаяся в судебной психиатрии практика нозологической (отдельные диагностические категории в пределах ОПР) оценки исследованных состояний.

По результатам настоящей экспертизы преобладает диагноз органического расстройства личности (F07) – 80,95% (102 набл.). В нескольких случаях диагностировано органическое эмоционально-лабильное расстройство (F06.6) – 13,49% (17 набл.) и легкое когнитивное расстройство (F06.7) – 4,76% (6 набл.), еще в одном наблюдении – органическое непсихотическое расстройство (F06.82).

В таблице 11 приведены наиболее значимые параметры, характеризующие каждую из выделенных групп.

Таблица 11 – Результаты сравнительного анализа в зависимости от характера нозологии

| Оцениваемый параметр | ОРЛ | ОЭЛР | ЛКР |
|---------------------------------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| Характер настоящего правонарушения | агрессивное | агрессивное | имущественное |
| Возраст на момент обследования (лет) | 43,89±14,38 | 46,53±15,71 | 29,67±5,68 |
| Социальный статус обследованного | без определенных занятий | работающий | работающий |
| Семейное положение обследованного | холост | состоит в браке | холост |
| Удовлетворительная трудовая адаптация | нет | да | да |

| Оцениваемый параметр | ОРЛ | ОЭЛР | ЛКР |
|--|--------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Удовлетворительная социальная адаптация | нет | да | да |
| Динамика социальной адаптации | тенденция к дезадаптации | стабильная | стабильная |
| Медицинская помощь в анамнезе | стационарная | соматическая | амбулаторная |
| В анамнезе выраженная алкоголизация | да | нет | нет |
| Начало заболевания в детском возрасте | да/нет | нет | да |
| Ведущее расстройство в подростковом возрасте | эмоционально-волевые нарушения | церебрастения | когнитивные расстройства |
| Криминальное поведение на этапе до 18 лет | да | нет | нет |
| Ведущее расстройство в зрелом возрасте | расстройство личности | церебрастения | когнитивные расстройства |
| Оценка PSP (затруднения функционирования) | 41,25 баллов (значительные) | 62,14 баллов (заметные) | 76,67 баллов (слабые) |
| Актуальные когнитивные расстройства | выраженные | легкие | легкие |
| Актуальные эмоционально-волевые расстройства | выраженные | легкие | легкие |
| Актуальные психогенные расстройства | нет | да | нет |

В соответствии с полученными результатами, выборка лиц с установленным диагнозом ОРЛ представляется в большей степени патологичной с учетом социодемографических и клинических параметров. Отмечается определенное сходство двух последних выборок, в частности, как более благополучных. Ниже будут приведены статистически значимые различия при попарном сравнении выборок.

Обращает на себя внимание тот факт, что в практике судебно-психиатрической диагностики оказался невостребованным такой диагноз как легкое когнитивное расстройство (F06.7) – вероятный с учетом, прежде всего, выбранного объекта исследования (когнитивные нарушения, не достигающие уровня деменции).

Сказанное соотносится с текущей диагностической практикой Центра – 2,26% в 2019 году, 0,67% – в 2020 году (проанализирована вся совокупность лиц

старше 18 лет; обвиняемые; с установленным по итогам стационарной экспертизы диагнозом ОПР, за исключением деменции). Неопределенность диагностических установок в отношении предементных когнитивных расстройств может быть проиллюстрирована и данными относительно распространенности диагноза ЛКР в популяции – от 3% [188]; их медиана по результатам 35 популяционных исследований составляет 26,4%. Считается, что такие существенные различия связаны с разными критериями формирования выборок пациентов с когнитивными нарушениями, не соответствующими критериям деменции; кроме того – с отсутствием стандартизированных инструментов оценки, что дает исследователям право выбирать их самостоятельно; наконец, с разным возрастным диапазоном исследуемых популяций.

Практика показывает, что предлагаемые критерии диагностики легкого когнитивного расстройства (F06.7) – ограниченный спектр слабовыраженных симптомов, непродолжительное течение заболевания [76] могут быть предпосылкой к тому, что этот диагноз воспринимается как этапный у лиц с задержкой развития, неактуальный после достижения совершеннолетия. Соответственно, указанный диагноз (F06.7) встречался у обследованных в анамнезе как диагноз переходящий (на этапе незавершенного онтогенеза). Кроме того, на этом возрастном этапе в силу специфических объективных обстоятельств (проблемы школьной несостоятельности) в 17% наблюдений был установлен диагноз умственной отсталости, не подтвердившийся катамнестически.

Преобладающая практика использования диагностической рубрики органическое расстройство личности (F07) также может иметь свое объяснение – та же специфика криминального контингента и предусмотренная МКБ-10 вероятность когнитивных, не достигающих степени деменции, нарушений в структуре диагноза. По всей вероятности, в этом отношении имеют значение и сложившиеся определенные диагностические предпочтения, когда органическое расстройство личности представляется по-своему диагнозом универсальным для экспертной оценки непсихотических / недементных вариантов органического психического расстройства.

В 14% наблюдений, как было указано, исследованные состояния были квалифицированы как органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6). Можно предположить, что этот диагноз в экспертной практике также представляется своего рода диагнозом, альтернативным состояниям деменции, органического психоза при том, что когнитивные нарушения как таковые здесь также по существу являются патогномоничными с учетом органического генеза расстройства.

Понятно, что диагностическое предпочтение в данном случае при единой нозологии (ОПР), при сопоставимом в принципе регистре расстройств (недементный, непсихотический уровень) напрямую не влияет на окончательное решение относительно вменяемости. Тем не менее, за счет максимально реализованных возможностей квалификации расстройства на первом этапе создаются предпосылки для валидных окончательных экспертных выводов; в этом контексте речь может идти об определении диапазона экспертно релевантных синдромов, их иерархии по значимости, о выборе адекватной экспертной модели оценки и др.

В силу клинико-патогенетических различий обсуждаемых категорий (легкое когнитивное расстройство, органическое личностное расстройство, органическое эмоционально-лабильное расстройство) диагностическая, экспертная тактика может различаться, поэтому представилось целесообразным проанализировать актуальную практику диагностических предпочтений, возможные альтернативные в этом отношении варианты. Понятно, что речь не идет о какой-либо попытке поиска так называемых «экспертных ошибок», объяснения их обусловленности и т.п.

Суть этого анализа состояла в следующем: его цель – выявление эмпирическим образом (преимущественно), в процессе клинико-статистического анализа тех феноменов, которые могут восприниматься диагностически неоднозначно; процедура – последовательное сопоставление пар выборок: А) органическое расстройство личности – органическое эмоционально-лабильное расстройство; Б) органическое расстройство личности – легкое когнитивное

расстройство; В) органическое эмоционально-лабильное расстройство – легкое когнитивное расстройство.

Ниже приведена совокупность адаптированных критериев диагностики (таблица 12), составленная с учетом существующих рекомендаций [12, 76, 86, 122, 147], которые принимались во внимание при анализе.

Таблица 12 – Критерии диагностики исследуемых расстройств (ОРЛ, ОЭЛР, ЛКР)

| | Клинические критерии | Нейропсихологические критерии |
|------|--|--|
| ОРЛ | <ol style="list-style-type: none"> 1. Аффективная лабильность, 2. Слабый контроль импульсов, 3. Агрессивное поведение, 4. Апатия и равнодушие, 5. Подозрительность или параноидальные мысли. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Легкий дефицит нейродинамики; 2. Умеренный или выраженный дефицит функций программирования, регуляции и контроля. |
| ОЭЛР | <ol style="list-style-type: none"> 1. Аффективные нарушения в виде лабильности эмоциональных реакций и склонности к аффективному недержанию; 2. Сохранность высшего личностного уровня и критики; 3. Физические ощущения – головные боли, головокружения, вегетативные расстройства; 4. Церебростенический радикал в форме физической и психической слабости, истощаемости, гиперестезии, раздражительности. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Недостаток эмоциональной регуляции: <ul style="list-style-type: none"> – нарушения на уровне базальных эмоций (страх, гнев, печаль), – тонкие эмоциональные проявления и «социальные» эмоции остаются сохранными; 2. Легкий дефицит нейродинамики; 3. Легкий дефицит функций программирования, регуляции и контроля. |

| | Клинические критерии | Нейропсихологические критерии |
|-----|--|--|
| ЛКР | 1. Легкие когнитивные нарушения по сравнению с предыдущим уровнем функционирования: – нарушения подтверждаются объективными методами; – ни один из симптомов не достигает степени деменции; – расстройство не оказывает существенного влияния на повседневное функционирование. | Легкий или умеренный дефицит в одной или нескольких областях: – мнестическая сфера; – речь; – произвольные движения и действия (праксис); – гностическая сфера; – функции программирования, регуляции и контроля; – интеллектуальные операции. |

На рисунке 14 представлены результаты итоговой фактической диагностики (А) по результатам проведенного судебно-психиатрического освидетельствования (без учета одного клинического наблюдения, диагностированного как органическое непсихотическое расстройство (F06.82); соотношение числа тех же диагностических категорий, но как итоговая, своего рода альтернативная, диагностика по результатам оценки предположительно неоднозначных клинических наблюдений (В). Важно еще раз обратить внимание, что в этих случаях учитывались: возможность иной клинической квалификации на уровне медицинского критерия; отсутствие принципиальных диагностических расхождений относительно генеза и тяжести оцениваемой патологии; вероятностный характер оценки.

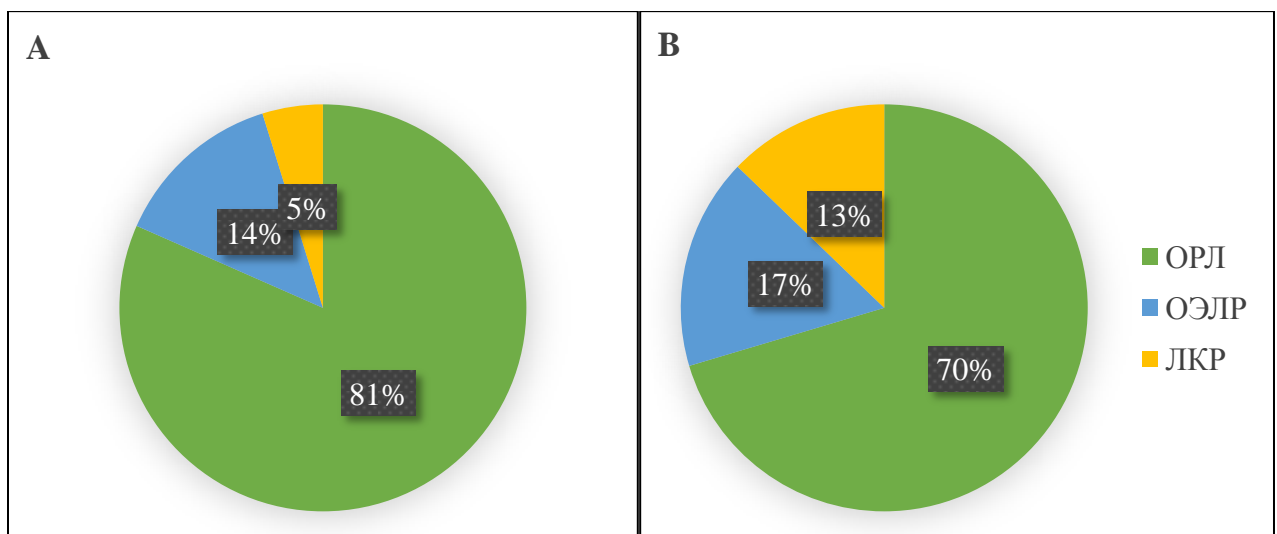


Рисунок 14 – Распределение выборки с учетом заключительного диагноза по результатам фактической (А) и альтернативной диагностики (В)

Как следует из представленных данных, итоговое соотношение анализируемых диагностических категорий могло быть изменено за счет сокращения числа случаев, диагностированных как органическое личностное расстройство (от 80,95% до 69,04%), расширения выборки легкого когнитивного расстройства (от 4,76% до 19,04%); в меньшей степени – коррекции числа случаев в выборке органического эмоционально лабильного расстройства (соответственно – 13,49% и 16,66 %).

Результаты обозначенного попарного сравнения выборок (А, Б, В) позволили получить дополнительную информацию относительно выявленных в этом отношении тенденций и возможной их обусловленности.

А. При сопоставлении выборок органического расстройства личности (I группа) и органического эмоционально-лабильного расстройства (II группа) по результатам проведенного анализа в пяти случаях диагнозом, альтернативным ОРЛ, мог быть диагноз ОЭЛР. Наоборот, ни в одном из наблюдений, диагностированных как ОЭЛР, не имелось достаточных оснований для диагностики ОРЛ. Проведенный анализ (таблица 11) выявил ряд статистически значимых для диагностики параметров ($p < 0,05$).

Социально-демографические характеристики. Анализ семейного положения обследованных I группы показал, что большинство из них не имели своей семьи (70 набл., 71,42%), из них большая часть никогда не состояли в браке (45 набл., 64,28%); только каждый четвертый был женат (26 набл., 26,53%). Наоборот, во II группе большинство имели благополучный семейный статус (10 набл., 66,67%), лишь треть не имели своей семьи (5 набл., 33,33%), из которых двое никогда не состояли в браке (13,33%).

При сопоставлении рода занятий и социального положения было установлено, что только каждый шестой обследованный I группы имел постоянную работу (17 набл., 17,35%), соответственно трудовая адаптация в

большинстве случаев расценивалась как неудовлетворительная (70 набл., 71,42%), социальная адаптация так же – как неудовлетворительная (71 набл., 72,45%). Во II группе работающие составляли половину обследованных (8 набл., 53,33%), преобладала удовлетворительная трудовая (10 набл., 66,67%) и социальная адаптация (10 набл., 66,67%). Применение шкалы PSP подтвердило значимость выявленных различий в уровне социального и личностного функционирования. Средние оценки по шкале составили 41,25 баллов (значительные затруднения) в I группе и 62,14 баллов (заметные, но не достигающие значительных, затруднения) во II группе обследованных.

Клинические характеристики. При сопоставлении анамнестических параметров было установлено, что на этапе пубертата часть обследованных II группы получали медицинскую помощь в связи с церебрастенией – преобладающей на момент обращения в клинической картине (3 набл., 20,00%). Для обследованных I группы ведущие в подростковом возрасте церебрастенические проявления были менее характерны (2 набл., 2,04%) за счет выступающих на передний план эмоционально-волевых и когнитивных расстройств. В зрелом возрасте церебрастения в качестве ведущего синдрома определялась уже у каждого третьего обследованного II группы (6 набл., 40,00%), тогда как среди обследованных I группы ее удельный вес остался на прежнем уровне (4 набл., 5,40%).

При сопоставлении значимых органических факторов зрелого возраста обращает на себя внимание, что выраженная алкоголизация фиксировалась в большинстве случаев в I группе (63 набл., 64,28%), во II группе – в трети наблюдений (5 набл., 33,33%).

При сравнении данных об оказываемой медицинской помощи в анамнезе, обращает на себя внимание, что в I группе достоверно чаще пациентам оказывалась комплексная, психиатрическая и соматическая помощь (41 набл., 41,84%). Типичная ситуация – первичная помощь после черепно-мозговой травмы с последующим наблюдением у врача-психиатра (**приложение А.2**). Тем не менее, в каждом пятом случае обследованные получали помощь специалистов

соматического профиля и не оказывались в поле зрения психиатров (18 набл., 18,37%). Напротив, обследованные II группы получали преимущественно исключительно соматическую помощь (10 набл., 66,67%), комплексная – была оказана в двух наблюдениях (13,33%).

Изучение криминального анамнеза в двух группах также обнаружило значимые различия. Так, криминальное поведение начиная с подросткового возраста отмечалось у трети обследованных I группы (34 набл., 34,69%), из этого следует и высокий удельный вес случаев привлечения к уголовной ответственности на этапе до совершеннолетия (29 набл., 29,59%). Во II группе по данным параметрам не было зафиксировано ни одного случая.

Сравнение актуального психического состояния на момент освидетельствования показало различия между группами не столько в самой структуре расстройств, сколько в их выраженности. При анализе ведущих синдромов было выявлено:

– в когнитивной сфере нарушения, расцениваемые как легкие, в I группе отмечались в трети наблюдений (34 набл., 34,69%) и практически во всех случаях во II группе (13 набл., 86,67%); расцениваемые как выраженные, по большому счету граничащие с деменцией, встречались исключительно в I группе (25 набл., 25,51%);

– в эмоционально-волевой сфере выраженные нарушения в I группе отмечались у значительного числа обследованных (60 набл., 57,84%), во II группе выраженных эмоционально-волевых расстройств не отмечалось.

Данные наблюдения подтверждались психометрическими тестами: выборочные средние по шкалам MoCA и MMSE были выше во II группе.

Следует отметить, что во II группе в половине случаев регистрировались психогенные реакции в виде субдепрессивных и депрессивных расстройств непсихотического уровня (7 набл., 46,67%), при оценке которых учитывался весь период пребывания под стражей; для обследованных I группы психогенные реакции были менее характерны (20 набл., 19,61%).

Клинико-статистический анализ выявил еще одно закономерное различие при оценке этиологической характеристики. Так, для большинства обследованных I группы характерна этиология смешанного генеза (84 набл., 85,71%), только в нескольких случаях указывалась конкретная причина заболевания, травма или эпилепсия (14 набл., 14,28%). Во II группе соотношение этиополи- (9 набл., 60,00%) и моногенеза (6 набл., 40,00%) составляло 2:1, что подтвердило значимость повторных и многократных органических вредностей в генезе ОРЛ.

По результатам проведенного исследования, в пяти наблюдениях, где альтернативным диагнозу ОРЛ возможен диагноз ОЭЛР, основным диагностически неоднозначным признаком оказался такой феномен как расстройство поведения. С учетом существующих установок, реализуемых в современной диагностической концепции, паттерны поведения наравне с другими критериями рассматриваются как равноположенные диагностические признаки психического расстройства. Этот подход соответствует традиционным представлениям в психиатрии о сути расстройств поведения либо как «маски» психического расстройства, его эквивалента либо как производного от других психопатологических феноменов – бреда, расстройств восприятия, аффекта и др. В данном же случае речь не идет о тех вариантах расстройств поведения, которые интегрированы в систему критериев диагностики психического расстройства (МКБ-10), либо рассматриваются как его эквивалент – так называемые патологические варианты девиантного поведения у несовершеннолетних [35], но о проявлениях диссоциального поведения как такового, криминального в том числе, характерного в целом для проанализированной выборки. Такое поведение в силу его наглядности может имитировать личностное расстройство, в данном случае органическое.

Дополнительная, значимая для дифференциальной диагностики информация была получена по результатам проведенного нейропсихологического исследования; результаты представлены в таблице 13 и на рисунке 15.

– I группа (44 набл.) – органическое расстройство личности;

– II группа (14 набл.) – органическое эмоционально лабильное расстройство.

Таблица 13 – Результаты сравнительного анализа в зависимости от характера нозологии (ОРЛ/ОЭЛР)

| | Количественная оценка (%) | | Достоверность различий (p) |
|---|---------------------------|----------------|----------------------------|
| | I группа ОРЛ | II группа ОЭЛР | |
| Общее нейрокognитивное функционирование | 38,20 | 26,67 | 0,014 |
| Программирование, регуляция и контроль | 46,27 | 31,12 | 0,024 |
| Произвольные движения и действия | 40,89 | 35,09 | 0,177 |
| Гностическая сфера | 24,00 | 17,91 | 0,060 |
| Речевые функции | 34,77 | 21,78 | 0,004 |
| Интеллектуальные операции | 37,27 | 23,51 | 0,040 |
| Мнестическая сфера | 44,31 | 33,63 | 0,114 |
| Нейродинамические характеристики | 47,54 | 26,67 | 0,012 |

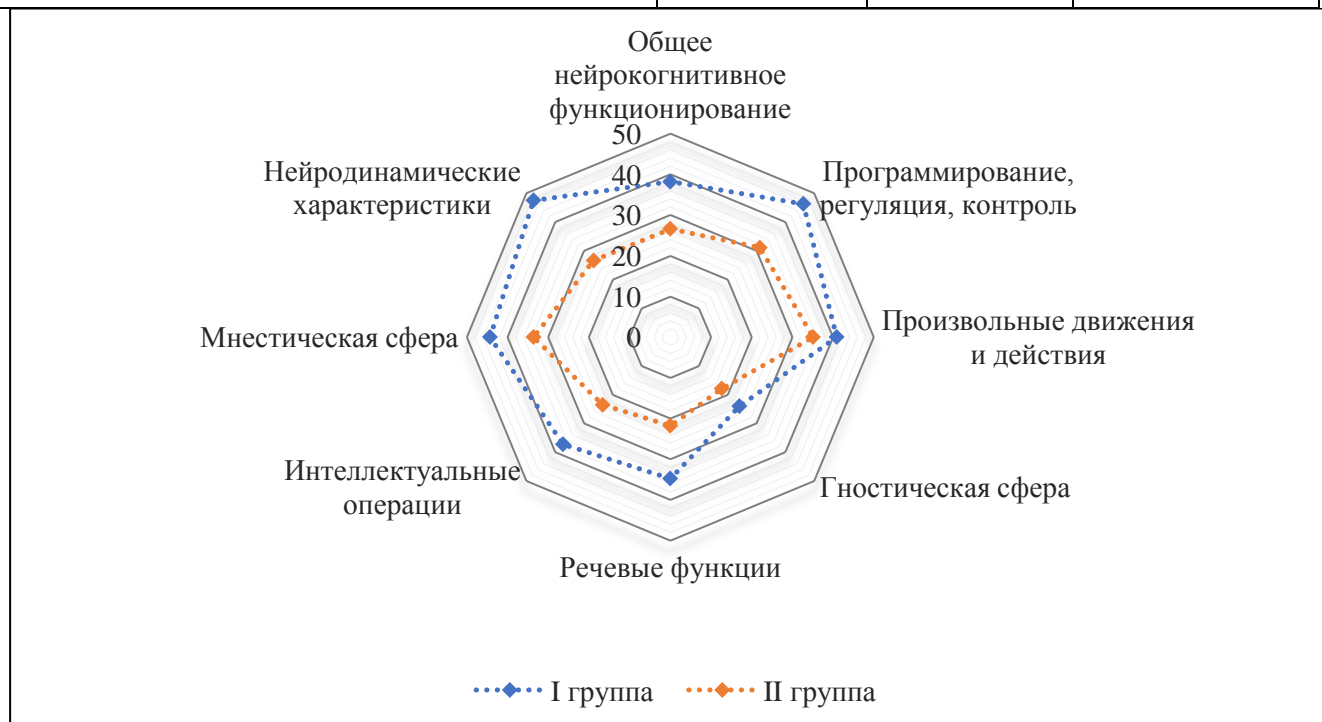


Рисунок 15 – Сравнение двух групп в зависимости от характера нозологии (ОРЛ/ОЭЛР)

Приведенные на графике данные отражают возможности нейропсихологического обследования, как метода дифференциальной диагностики на нозологическом уровне. Для лиц с ОЭЛР характерны легкие – умеренные снижения ВПФ, в тоже время для лиц с ОРЛ характерны выраженные значения когнитивных нарушений. В целом график отражает общую для группы ОПР тенденцию снижений регуляторных функций, нейродинамического обеспечения, а также анализа и синтеза поступающей информации.

Б. При сравнительном анализе (таблица 11) выборок органического расстройства личности (I группа) и легкого когнитивного расстройства (II группа) выявлены те же тенденции альтернативной диагностики – возможная трансформация в 9 случаях диагноза ОРЛ в ЛКР. Кроме того, представляется, что и в этих наблюдениях существуют те же предпосылки альтернативной диагностики фасадных расстройств поведения – как проявлений соответствующих мировоззренческих, диссоциальных установок, но не как клинического феномена, критерия диагностики ОРЛ. Выявлены следующие статистически значимые различия между группами ($p < 0,05$).

Социально-демографические характеристики. Поскольку II группа представлена, по существу, лицами молодого возраста – все обследованные моложе 45 лет, по этому параметру были установлены различия между выборочными средними: средний возраст обследованных I группы составил $43,89 \pm 14,38$, II группы – $29,67 \pm 5,68$.

При сравнении рода занятий и социального положения было обнаружено, что половину обследованных I группы составили лица без определенных занятий (51 набл., 52,04%), во II группе такие отсутствовали – абсолютное большинство обследованных составили работающие (6 набл., 100%). Как было уже сказано, лишь небольшая часть обследованных I группы имели постоянную работу (17 набл., 17,35%); из этого вытекают различия в уровне трудовой и социальной адаптации – удовлетворительная и стабильная с учетом ее динамики во всех наблюдениях во II группе, и, как правило, неудовлетворительная, с тенденцией в половине случаев к социальной дезадаптации в I группе (52 набл., 53,06%).

Сказанное подтверждается данными психометрического исследования, а именно - установленными различиями выборочных средних между группами по шкале PSP: 41,25 баллов (значительные затруднения) в I группе и 76,67 баллов (слабые затруднения) во II группе.

Клинические характеристики. Несмотря на то, что перинатальная патология встречалась часто среди обследованных I группы (19 набл., 19,39%), во II группе ее присутствие отмечалось как более значимое (4 набл., 66,67%). Для обследованных II группы проблемы когнитивного функционирования являлись главным поводом для обращения за медицинской помощью в подростковом возрасте (5 набл., 83,33%), среди ведущих расстройств на этапе пубертата в I группе когнитивные нарушения стояли на втором месте (17 набл., 17,35%) после эмоционально-волевых.

При сопоставлении значимых органических факторов зрелого возраста, обращает на себя внимание меньший удельный вес выраженной алкоголизации во II группе, установки обследованных на трезвость (4 набл., 66,67%), что особенно контрастирует с I группой, где, как было ранее отмечено, выраженная алкогольная интоксикация фиксировалась в большинстве наблюдений (63 набл., 64,28%) при сравнительно небольшом удельном весе разумного употребления алкоголя обследованными (21 набл., 21,43%).

Что касается медицинской помощи в анамнезе, то различия между группами выявлены в характере оказываемой помощи. Обследованные I группы в большинстве случаев получали стационарную (75 набл., 76,53%), в нескольких случаях амбулаторную помощь (10 набл., 10,20%); поводы для стационарирования – наркологическая и нейрохирургическая помощь. Во II группе обследованные чаще получали амбулаторную помощь (3 набл., 50,00%), реже – стационарную (2 набл., 33,33%).

Различия в актуальном психическом статусе на момент освидетельствования в Центре определялись при сопоставлении ведущих синдромов и оказались аналогичными таковым в выборках ОРЛ/ОЭЛР. В когнитивной сфере нарушения, расцениваемые как легкие, в I группе отмечались

в трети наблюдений (34 набл., 34,69%) и практически во всех случаях во II группе (5 набл., 83,33%); расцениваемые как выраженные встречались исключительно в I группе (25 набл., 25,51%). В эмоционально-волевой сфере нарушения, расцениваемые как выраженные в I группе имели место у значительного числа обследованных (60 набл., 57,84%), во II группе выраженных эмоционально-волевых расстройств не отмечалось.

Ряд достоверных различий был выявлен при изучении актуальной криминальной ситуации. Агрессивные правонарушения инкриминировались в половине случаев обследованным I группы (54 набл., 55,10%), тогда как среди обследованных II группы обвиняемых в совершении преступлений против жизни и здоровья не было. Обследованные II группы обвинялись как правило в преступлениях против собственности (5 набл., 83,33%), в I группе имущественные правонарушения стояли на втором месте (25 набл., 25,51%).

В. При сопоставлении выборок органического эмоционально-лабильного расстройства и легкого когнитивного расстройства по результатам проведенного анализа в одном случае диагнозом, альтернативным ОЭЛР мог быть диагноз ЛКР.

3.2 Сравнительная характеристика исследованных состояний с учетом экспертного решения

Устоявшаяся экспертная тактика судебно-психиатрической оценки когнитивных нарушений при ОПР (в уголовном процессе, обвиняемые), как было отмечено, состоит в последовательной квалификации выявленной когнитивной недостаточности как психопатологического феномена в соответствии с установленными критериями диагностики, затем – в оценке выраженности уже верифицированного расстройства. На первом этапе этой оценки решается принципиальный вопрос соответствия этого расстройства критериям слабоумия (медицинский критерий ст. 21 УК РФ), как предпосылки невменяемости. Экспертная оценка в таких случаях осуществляется в соответствии с качественным принципом диагностики, носит альтернативный характер

(«...деменция / не деменция...», «...степень выраженности дефицитарных расстройств столь значительна.../ не столь значительна...»).

При судебно-психиатрической же оценке когнитивных расстройств, не достигающих уровня деменции, существует вариабельность экспертных выводов применительно к юридическому критерию формулы невменяемости. Предементное когнитивное расстройство не может расцениваться как однозначная предпосылка «вменяемости», но может быть предпосылкой иных экспертных решений, прежде всего, соответствующих статье 22 УК РФ. В некоторых случаях ОПР с актуальными предементными когнитивными расстройствами могут приниматься решения и о невменяемости, когда речь идет о когнитивном расстройстве, ассоциированном с иными экспертно значимыми клиническими феноменами – патологическими идеями, аффективными расстройствами и др. Последние, по существу, становятся определяющими при формулировании вывода о вменяемости. Таким образом, наличие в картине болезни, помимо когнитивных, иных экспертно релевантных сопутствующих расстройств является вторым значимым для судебно-психиатрической оценки обстоятельством.

В отличие от диагностической модели деменции, где принципы экспертной квалификации носят альтернативный характер («слабоумие / не слабоумие») и исключительно качественный характер, при экспертизе предементных когнитивных нарушений существенно повышается значение дименсиональной оценки, которая определяет необходимость использования не только качественных, но и количественных методов анализа [182]. Так как органически обусловленные когнитивные расстройства представляют собой континуум различных по тяжести состояний, они могут считаться своего рода оптимальной моделью для использования такого подхода при квалификации на уровне как медицинского критерия, так и юридического.

На рисунке 15 приведены фактические данные относительно экспертных решений на уровне уже юридического критерия формулы невменяемости.

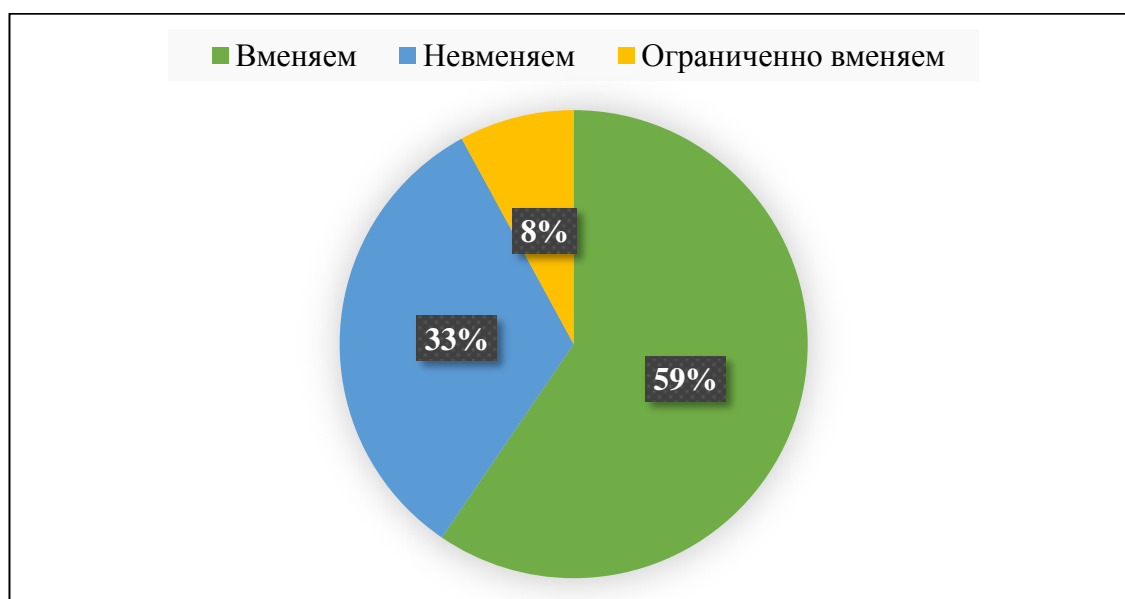


Рисунок 15 – Фактическая диагностика на уровне юридического критерия формулы невменяемости

Более чем в половине наблюдений (59,52%) экспертная комиссия пришла к заключению, что в период, относящийся к совершению правонарушения подэкспертные могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, что понятно, принимая во внимание характер ведущего, экспертно релевантного синдрома. В 10 случаях (7,93%) они в соответствии с решением комиссии «не могли в полной мере...», то есть подпадали под действие статьи 22 УК РФ (т.н. «ограниченная вменяемость») и в 41 – (32,53%) при совершении инкриминируемых деяний «не могли осознавать...» и «руководить...».

Приведенные данные в определенной мере отличаются от предполагаемого соотношения выборок с разным экспертным решением, того, которое можно было бы спрогнозировать с учетом ведущего синдрома – когнитивные расстройства, экспертно значимые, тем не менее, не достигающие уровня деменции. Соответственно можно было бы предположить более высокий удельный вес лиц, признаваемых «ограниченно вменяемыми», а с другой стороны – меньшее число «невменяемых».

Для выявления значимых для экспертной оценки параметров был проведен сравнительный анализ выборок, сформированных с учетом экспертного решения на уровне юридического критерия. Анализировались параметры, идентифицирующие каждую из выборок, соответственно, значимые для обоснования экспертных выводов применительно к юридическому критерию формулы невменяемости.

Следует отдельно остановиться на некоторых методических предпосылках процедуры проведенного сравнительного анализа. Понятно, что в зависимости от экспертного решения могут быть реализованы два возможных подхода при формировании групп сравнения с выделением: а) двух по-своему альтернативных выборок: «вменяемые + ограниченно вменяемые» (с учетом законодательной трактовки последних) / «невменяемые» и б) трех самостоятельных выборок: «вменяемые» / «ограниченно вменяемые» / «невменяемые». В такой последовательности и представляются полученные результаты. Сопоставлялись клиничко-психопатологические, социодемографические показатели (в объеме всей выборки), результаты нейропсихологического обследования (выборочные, с учетом числа обследованных).

Выявленные статистически значимые ($p < 0,05$) различия между группами с различным экспертным решением относительно вменяемости (I группа – «вменяемые», в т.ч., 22 ст., II группа – «невменяемые») ожидаемо характеризуют II группу как достоверно более неблагоприятную по основным проанализированным параметрам.

В этой связи обращают на себя внимание два таких общих обстоятельства как базисное структурно-феноменологическое содержание анализируемых расстройств и возраст обследованных сравниваемых групп.

Так, во II группе абсолютное большинство (97,56%), составляют лица с установленным по результатам освидетельствования в Центре диагнозом ОРЛ; в I группе соответствующий показатель составил 69,41%. Этот факт в определенной мере подтверждает известную точку зрения [16, 17], что при экспертной оценке когнитивных расстройств учитываются не только их выраженность, но и

сопряженность с иными экспертно релевантными синдромами (личностными, аффективными расстройствами, расстройствами в сфере влечений, патологическими идеями отношения и др.). В ряде случаев перечисленные синдромы, по существу, определяют экспертные выводы о вменяемости. Потенциальная тяжесть психического расстройства, в первую очередь, когнитивного дефицита увеличивается с возрастом; кроме того, имеет значение и феномен накопления с возрастом этиологически значимых органических вредностей, что по-своему типично для судебно-психиатрического контингента [28, 88, 91]. Больше половины обследованных I группы оказались моложе 45 лет (61,18%), во II группе доля лиц молодого возраста достоверно меньше (41,46%).

При сопоставлении сведений о наследственности, патологии детского и подросткового возраста, а также перенесенных до совершеннолетия органических вредностей статистически значимых различий выявлено не было. При сравнении актуальных расстройств зрелого возраста, исходя из объективных анамнестических сведений, было установлено, что ведущие когнитивные нарушения встречались во II группе достоверно чаще (29,27%), чем у обследованных I группы (8,23%). Кроме того, II группа отличалась большим удельным весом выраженной алкоголизации в анамнезе (73,17%).

Обследованные же I группы отличались более высоким уровнем образования – не ниже среднего (70,59%), соответственно во II группе обследованных этот показатель 48,78%. Треть обследованных II группы имеют статус разведенных (34,15%), тогда как в I группе этот показатель – 17,65%. В I группе на момент привлечения к уголовной ответственности каждый третий из обследованных работал или учился (36,47%), во II группе – только каждый восьмой (12,19%).

Эти различия прослеживаются и по обобщенным показателям адаптации на период совершения инкриминируемого деяния. Обследованные I группы демонстрировали в среднем более высокий уровень социально-трудовой адаптации: удовлетворительная трудовая (36 набл., 42,35%) и социальная адаптация (39 набл., 45,88%) отмечалась достоверно чаще. Динамика социальной

адаптации характеризовалась большей стабильностью (55 набл., 64,70%) по сравнению с обследованными II группы. По шкале оценки функционирования PSP средний балл был значимо ($p < 0,05$) выше – $46,09 \pm 14,06$ и соответствовал значительной степени затруднения функционирования. Во II группе, в большинстве случаев имели место явления неудовлетворительной трудовой (34 набл., 82,93%) и социальной адаптации (34 набл., 82,93%). Тенденция к социальной дезадаптации определялась у большей части обследованных лиц (30 набл., 73,17%), что подтверждалось и при психометрическом исследовании: средняя оценка составила $35,62 \pm 10,55$ по шкале PSP, что соответствует сильно выраженным затруднениям личностного и социального функционирования.

Статистически значимые различия выявлены и при сравнительной оценке состояния обследованных на момент текущего освидетельствования.

При сопоставлении ведущих психопатологических синдромов были установлены следующие статистически значимые различия: 1) нарушения когнитивной сферы в I группе расценивались в большинстве случаев как легкие (65,88%), во II группе – преобладали выраженные нарушения (63,41%); 2) нарушения эмоционально-волевой сферы в I группе характеризовались достоверно чаще как легкие (76,47%), в то время как во II группе регистрировались исключительно расстройства выраженной степени.

Те же тенденции соотношения разных по выраженности синдромов были выявлены при оценке сопутствующих расстройств, в частности, церебрастении как патогномоничного для ОПР клинического феномена.

Психогенные расстройства определялись в каждом третьем наблюдении в I группе (32,94%), во II группе встречались достоверно реже (13,88%). Речь идет о психогенно обусловленных (в связи с привлечением к уголовной ответственности) депрессивных переживаниях, актуальность которых у обследованных I группы может быть увязана с их сравнительной сохранностью, потенциальными возможностями личностного реагирования. Данный аспект был проанализирован в соответствующем разделе диссертации – оценка актуального состояния применительно к медицинскому критерию. Что же касается

выявленных различий в случаях с разным экспертным решением на уровне юридического критерия, то у обследованных II группы неблагоприятная динамика в судебно-следственной проявлялась достоверно чаще усугублением органически обусловленных личностных расстройств с оппозиционным нерациональным поведением. Показательно, что у лиц, признанных невменяемыми, подобные преходящие состояния ухудшения имели место и в анамнезе, то есть речь шла о склонности к декомпенсациям как об одном из критериев тяжести оцениваемого расстройства. Утяжеление церебральной в первую очередь симптоматики (функционально-динамических нарушений интеллектуально-мнестической сферы) определяло и усугубление проблем когнитивного функционирования. Это создавало дополнительные трудности экспертной оценки при сопоставлении актуальных и потенциальных возможностей когнитивного функционирования на этапе текущего освидетельствования и состояния при совершении правонарушения (ретроспективно).

Изучение результатов параклинических исследований также позволило выявить определенные различия между группами. Легкие по данным электроэнцефалографии изменения биоэлектрической активности головного мозга регистрировались чаще в I группе (14,12%), тогда как умеренная по данным ЭЭГ патология – в II (55,29%).

Приведенные данные о принципиально иной (по тяжести) клинической картине, подтверждаются и результатами психометрического тестирования когнитивных функций (рисунок 16).

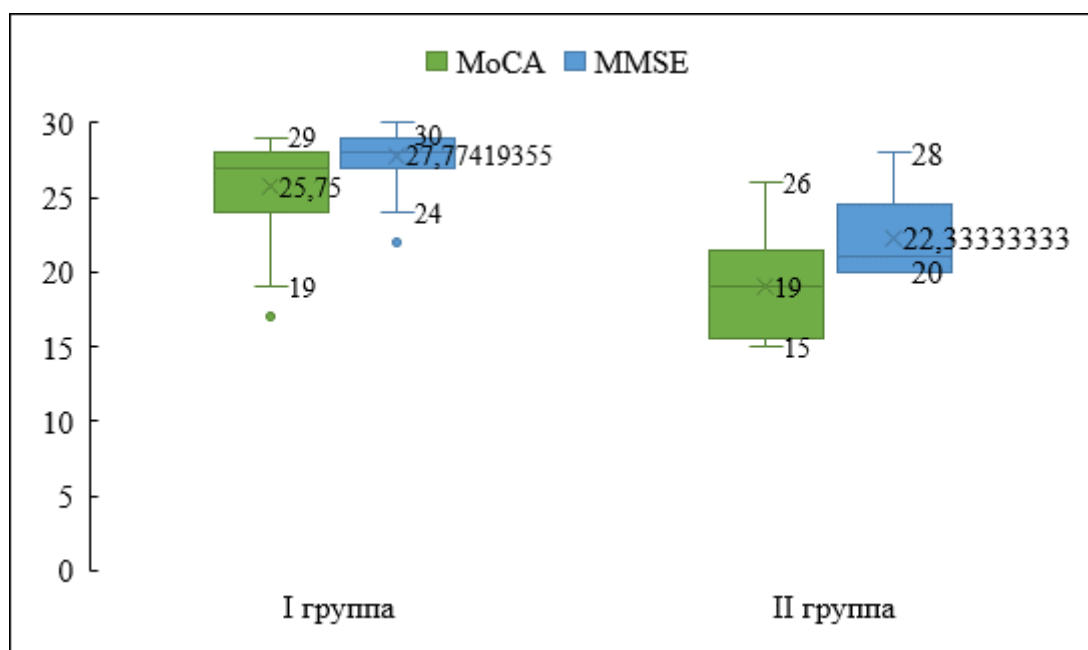


Рисунок 16 – Сопоставление результатов психометрического тестирования в группах с разным экспертным решением

Как было указано, усредненный профиль наиболее характерных нарушений познавательной деятельности у обследованных по результатам проведенного НПО, отражает такие приоритетные проблемы как снижение функций программирования, регуляции и контроля на фоне снижения нейродинамического обеспечения психической деятельности, снижение пространственных и квазипространственных синтезов. В соответствии с полифакторной природой нарушений выявлена диффузная нейропсихологическая симптоматика со стороны всех отделов головного мозга с преобладающей симптоматикой передних отделов и подкорковых структур, задних ассоциативных зон головного мозга, что имеет значение для обоснования органической природы расстройства, топической диагностики. Определенные, но уже применительно к требованиям юридического критерия формулы невменяемости, результаты были получены при сопоставлении данных НПО в выборках с разным экспертным решением. Проанализированы результаты 58 наблюдений; принцип формирования групп сравнения как было сказано: А) «вменяемые + ограниченно вменяемые» / «невменяемые» и Б) «вменяемые» / «ограниченно вменяемые» / «невменяемые».

Далее приводятся полученные результаты сравнительного анализа соответствующих выборок: I группа – «вменяемые + ограниченно вменяемые» (40 набл.), II группа – «невменяемые» (18 набл.); результаты сравнения нейропсихологических данных представлены в таблице 13 и на рисунке 17.

Таблица 13 – Результаты сравнительного анализа в зависимости от экспертного решения (Вм+ОВм / НВм)

| | Количественная оценка (%) | | Достоверность различий (p) |
|---|---------------------------|------------------|----------------------------|
| | I группа Вм+ОВм | II группа НВм | |
| Общее нейрокognитивное функционирование | 32,33 | 55,00 | <0,001 |
| Программирование, регуляция, контроль | 39,33 | 64,67 | <0,001 |
| Произвольные движения и действия | 37,33 | 54,33 | <0,001 |
| Гностическая сфера | 20,33 | 37,00 | <0,001 |
| Речевые функции | 29,33 | 49,33 | <0,001 |
| Интеллектуальные операции | 30,67 | 54,33 | 0,002 |
| Мнестическая сфера | 37,00 | 67,33 | <0,001 |
| Нейродинамические характеристики | 39,00 | 66,33 | 0,001 |



Рисунок 17 – Сравнение двух групп в зависимости от экспертного решения
(В_м+ОВ_м / НВ_м)

Проведенный анализ выявил достоверные различия ($p < 0,05$) в профилях когнитивного функционирования двух групп. В I группе показатели ВПФ не переходят границ умеренного дефицита. Схожий профиль получен при исследовании II группы, но здесь средние значения находятся в диапазоне от умеренных до выраженных – преобладает выраженное снижение. Наиболее заметные различия обнаружены со стороны регуляторных функций и нейродинамического обеспечения психической деятельности. Также актуальны и проблемы функций приема, переработки и хранения информации, что отражается в общем мнестико-интеллектуальном снижении.

Из полученных данных следует, что для I группы лиц (В_м+ОВ_м) характерны трудности со стороны планирования, регуляции и контроля за произвольной деятельностью на фоне ее недостаточного нейродинамического обеспечения. Соответственно, для II группы (НВ_м), помимо большей выраженности указанных нарушений, также свойственно снижение возможности адекватного восприятия, оценки и переработки поступающей информации.

В таблице 14 и на рисунке 18 приведены результаты НПО при попарном сравнительном анализе выборок с разным экспертным решением на уровне юридического критерия формулы невменяемости: I группа – «вменяемые» (19 набл.), II группа – «ограниченно вменяемые» (6 набл.), III группа – «невменяемые» (18 набл.).

Таблица 14 – Результаты сравнительного анализа в зависимости от экспертного решения (В_м / ОВ_м / НВ_м)

| | Количественная оценка (%) | | | Достоверность различий | |
|---|----------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------|
| | I группа В _м | II группа ОВ _м | III группа НВ _м | P ₁₋₂ | P ₂₋₃ |
| Общее нейрокогнитивное функционирование | 33,33 | 39,00 | 55,00 | 0,61 | 0,10 |
| Программирование, регуляция | 39,00 | 50,33 | 64,67 | 0,37 | 0,23 |

| | | | | | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|------|-------|
| и контроль | | | | | |
| Произвольные движения и действия | 39,67 | 41,00 | 54,33 | 0,72 | 0,09 |
| Гностическая сфера | 21,00 | 21,67 | 37,00 | 0,42 | <0,05 |
| Речевые функции | 27,67 | 36,67 | 49,33 | 0,09 | 0,23 |
| Интеллектуальные операции | 31,33 | 44,33 | 54,33 | 0,23 | 0,78 |
| Мнестическая сфера | 39,67 | 41,67 | 67,33 | 0,65 | 0,01 |
| Нейродинамические характеристики | 40,33 | 47,67 | 66,33 | 0,61 | 0,16 |

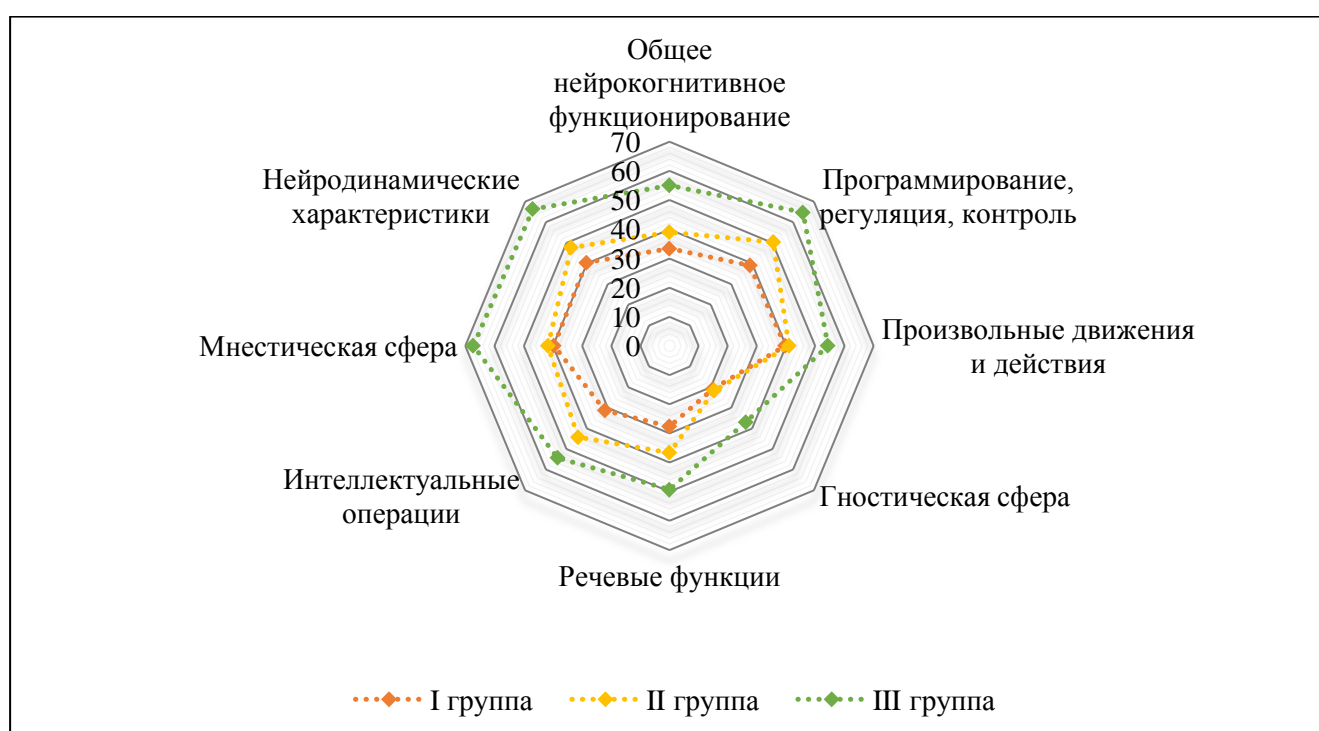


Рисунок 18 – Сравнение трех групп в зависимости от экспертного решения (Vm / OVm / HVm)

Приведенные данные могут быть проинтерпретированы следующим образом:

– общее снижение познавательных функций у обследованных группы Vm и OVm не превышает умеренных значений, тогда как для обследованных III группы (HVm) общее снижение чаще соответствует выраженным нарушениям;

– для групп I и II (Вм и ОВм) общими тенденциями являются снижение регуляторных функций и нейродинамического обеспечения психической деятельности;

– для группы II (ОВм) характерны значительно более выраженные нарушения регуляторных функций, которые являются существенным фактором, обуславливающим снижение познавательной деятельности, возможности произвольной саморегуляции;

– для группы III (НВм) характерно снижение в первую очередь функций программирования, регуляции и контроля за произвольной деятельностью, нарушение нейродинамического обеспечения психической деятельности и функций приема, переработки и хранения информации, что соотносится с общим мнестико-интеллектуальным снижением на фоне нарушений функций произвольной саморегуляции.

Таким образом, представляется, что наиболее информативным с точки зрения вклада в экспертную оценку может быть установление степени выраженности общего НКД для некоторых категорий органических психических расстройств. Полученные данные согласуются с выводами, обозначенные в свое время В.Н. Красновым [59] о возможностях нейропсихологической диагностики в сфере общей психиатрии: решение дифференциально-диагностических и прогностических задач; построение нейропсихологической шкалы для точной количественной оценки актуального состояния психических функций, степени выраженности нарушений, относящихся к патологии функциональных блоков мозга; качественная оценка психических функций с выделением первичных и вторичных механизмов, определяющих структуру наблюдаемых нарушений и др.

Обращает на себя внимание безусловно тот факт, что число лиц, признанных в соответствии с экспертным решением неспособными в полной мере «...осознавать фактический характер своих действий и руководить ими...» (7,93%) не отличается от такового при применении ст. 22 УК РФ в группе подэкспертных с органическим психическим расстройством в целом [5] и ниже возможного прогнозируемого с учетом характера ведущего экспертно

релевантного расстройства – когнитивная недостаточность предементного уровня. Такая практика может быть увязана с отмеченными ранее диагностическими предпочтениями на уровне медицинского критерия формулы невменяемости – невостребованностью диагноза легкого когнитивного расстройства как вероятной предпосылки экспертного решения в соответствии со ст. 22 УК РФ. Кроме того, считается, что эта проблема – и организационно-методическая, специфическая в практике правоприменения ст. 22 УК РФ из-за существующих экспертно-диагностических стереотипов при дихотомической оценке [15, 104], речь может также идти и о недостаточной мотивации при выборе решения по типу «ограниченной вменяемости».

«Ограниченная вменяемость» это безусловно реальная возможность адекватно оценить актуальную, но не соответствующую критериям деменции, психическую патологию (приложение А.3). Однако обоснование такого решения, в частности, при разграничении категорий «вменяемость» / «ограниченная вменяемость» с учетом возможностей категориального принципа затруднительно, методически сложно, так как требует комплексной оценки значимых факторов – психопатологического, ситуационного, личностного. Кроме того, такое разграничение предполагает необходимость валидных критериев оценки выраженности юридически значимого расстройства. Это еще раз свидетельствует о необходимости дополнения при экспертной оценке категориального подхода дифференциальным. Эти специфические проблемы обоснования экспертного заключения при вероятности применения ст. 22 УК РФ в ряде случаев и определяют практику игнорирования этой нормы, ее отождествление с «вменяемостью».

Снижению мотивации помимо отмеченных специфических методических трудностей может способствовать и правовая, по существу, неопределенность последствий принятия такого решения. Действительно, в ст. 22 УК РФ постулируется, что «психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания...», однако в отличие от мировой практики суть этого учета (смягчающее вину обстоятельство) – не оговаривается.

Этим может и объясняться «прагматическое» соображение специалиста о «бесперспективности» инициирования сложной процедуры обоснования выводов об ограниченной вменяемости.

С учетом всей совокупности проанализированных параметров выборка лиц с экспертно релевантными органически обусловленными когнитивными расстройствами предементного уровня, соответствующая критериям «ограниченной вменяемости», может быть идентифицирована ($p < 0,05$) следующим образом:

– средняя по тяжести клинических проявлений. В актуальном статусе преобладают умеренные когнитивные (80,00%) в сочетании с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами (100%). В 40% случаев обнаруживались психогенные расстройства. Ведущие когнитивные расстройства в зрелом возрасте по данным анамнеза (30,00%). Результаты психометрических исследований указывают на наличие умеренных когнитивных нарушений: MoCA – $22,00 \pm 2,7$; MMSE – $25,75 \pm 2,20$.

– социальное функционирование значительно нарушено. Многие обследованные имеют инвалидность по общему заболеванию (40,00%). Средняя оценка PSP ($47,20 \pm 14,46$) свидетельствует о значительных затруднениях функционирования.

Другое, как уже было отмечено, обращающее на себя внимание, обстоятельство (с учетом той же специфики объекта исследования – недементные когнитивные нарушения) – это высокий удельный вес лиц, признанных невменяемыми – 1/3 наблюдений (32,53%). Общей отличительной особенностью этой совокупности обследованных является сочетание в картине их болезни умеренных и выраженных когнитивных нарушений с эмоционально-волевыми расстройствами, когда возникает известная в судебно-психиатрической практике ситуация выбора «степень такова/не такова...», необходимость разграничения в пределах ОПР органического личностного расстройства и деменции (приложение А.1).

Соответственно, группа лиц с той же экспертно релевантной патологией, признаваемых «невменяемыми», по данным проведенного анализа характеризуется ($p < 0,05$) как:

– выраженная по тяжести клинических проявлений. В актуальном статусе: когнитивные (63,41%), эмоционально-волевые расстройства (100%), расстройства влечений (36,58%) и церебрастения (63,41%) – выраженной степени. Тяжелая соматическая патология в анамнезе (48,78%). Умеренная неврологическая патология по данным ЭЭГ-исследования (75,61%). Результаты психометрических исследований указывают на наличие выраженных когнитивных нарушений: MoCA – $19,63 \pm 4,5$; MMSE – $23,21 \pm 3,19$.

– социальное функционирование сильно нарушено. У каждого третьего уровень образования ниже среднего (31,71%), работающие составляют малую долю выборки (12,19%), большой процент разведенных (34,15%). Трудовая адаптация у 3/4 – неудовлетворительная (75,61%), социальная – неудовлетворительная в большинстве случаев (82,93%). Отмечается тенденция к социальной дезадаптации (73,17%) и выраженная алкоголизация в анамнезе (73,17%). Средняя оценка PSP ($32,45 \pm 14,05$) свидетельствует о сильно выраженных затруднениях функционирования.

В процессе формирования выборки, анализа клинико-психопатологических критериев отбора, характера экспертных решений в каждом отдельном случае представляется возможным определить суть потенциальных проблем экспертной оценки, их актуальность. Такая, базирующаяся на эмпирическом опыте, оценка представляется корректной, не предполагает каких-либо попыток пересмотра экспертных решений. Потенциальные проблемы экспертной оценки, как показывает анализ, представляются наглядными, по-своему типовыми и их учет может способствовать повышению эффективности экспертизы.

Так, по результатам проведенного анализа каких-либо очевидных проблем экспертной оценки не было в 38 наблюдениях (30,15%). При оценке состояния применительно к медицинскому критерию формулы преобладали, естественно, проблемы квалификации тяжести расстройства на синдромальном уровне, прежде

всего когнитивной недостаточности (42,85% от числа всех проанализированных случаев). В каждом пятом случае (20,63%) возникали трудности выделения ведущего экспертно релевантного синдрома на момент совершения правонарушения, в 6,34% наблюдений – проблемы оценки нозологии (органической природы расстройства, верификации этиологически значимых факторов). Соответственно, каких-либо существенных проблем при оценке исследованных состояний на уровне юридического критерия не было в 40,47% случаев, когда 29,36% подэкспертных признавались «однозначно вменяемыми», а 11,11% – «однозначно невменяемыми». Приведенные данные свидетельствуют, что в тех случаях, когда проблемы экспертной оценки имели место, они носили комплексный характер – как на уровне медицинского, так и юридического критериев.

В трети от всего числа проанализированных случаев (31,74%) экспертное решение выносилось в результате выбора между «вменяемостью» и «ограниченной вменяемостью». Можно предположить, что определенная часть из этих наблюдений могла бы быть отнесена к категории «ограниченно вменяемых», однако еще раз отметим, что это суждение оценочное, основанное на анализе альтернативной диагностики на уровне медицинского критерия. В каждом пятом случае (20, 63%) такой выбор осуществлялся между «ограниченной вменяемостью» и «невменяемостью». Наконец, в 7,14% случаев экспертное решение принималось по результатам альтернативной оценки («вменяем» / «невменяем») при обосновании (либо исключении) временного психического расстройства на момент совершения правонарушения.

Практика свидетельствует, что в рамках континуума органически обусловленных дефицитарных психических расстройств существует определенная специфика судебно-психиатрической оценки «пограничной» в экспертном отношении психической патологии. Ее суть состоит в необходимости определения с учетом экспертно-релевантного психического расстройства приоритетной проблемы оценки применительно к юридическому критерию формулы невменяемости. Так, уже на начальном ее этапе представляется

очевидным, что в одних случаях окончательное экспертное решение предполагает выбор между «ограниченной вменяемостью» и «невменяемостью», в других – между «вменяемостью» и «ограниченной вменяемостью» [113].

Сказанное может быть дополнено результатами статистического анализа – приводятся полученные статистически значимые различия при оценке проанализированных признаков в группах, сформированных с учетом приоритетных проблем в процессе и по результатам судебно-психиатрической экспертизы: А) преимущественно однозначный характер оценки на уровне юридического критерия либо необходимость выбора между сопряженными вариантами экспертного решения; Б) при неоднозначной оценке – вариант выбора Вм / ОВм либо ОВм / НВм.

А) I группа: однозначные экспертные решения – Вм и НВм (28 набл.); II группа: неоднозначные – Вм-ОВм и ОВм-Нв (59 набл.). В таблицах 15.1, 15.2 представлены статистически значимые различия ($p < 0,05$) выборочных средних.

Таблица 15.1 – Сравнение групп с учетом приоритетных экспертных проблем (А).
Актуальное состояние

| Оцениваемый параметр | | I группа Вм, Нв | | II группа Вм-ОВм, ОВм-Нв | |
|--------------------------------|------------|--------------------|-------|-----------------------------|-------|
| | | абс. | % | абс. | % |
| Когнитивные расстройства | легкие | 18 | 64,28 | 17 | 28,81 |
| | умеренные | 3 | 10,71 | 29 | 49,15 |
| Эмоционально-волевые нарушения | легкие | 20 | 71,42 | 22 | 37,28 |
| | выраженные | 8 | 28,57 | 37 | 62,71 |

Таблица 15.2 – Сравнение групп с учетом приоритетных экспертных проблем (А).
Клинико-анамнестические данные

| Оцениваемый параметр | I группа Вм, Нв | | II группа Вм-ОВм, ОВм-Нв | |
|---|--------------------|-------|-----------------------------|-------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Задержка развития в детском возрасте | 0 | 0,00 | 11 | 18,64 |
| Диссоциальные установки на этапе до совершеннолетия | 7 | 25,00 | 30 | 50,85 |
| Криминальное поведение начиная с | 3 | 10,71 | 24 | 40,68 |

| Оцениваемый параметр | I группа Вм, Нв | | II группа Вм-ОВм, ОВм-Нв | |
|---|--------------------|-------|-----------------------------|-------|
| | абс. | % | абс. | % |
| подросткового возраста | | | | |
| В зрелом возрасте ведущие личностные расстройства | 4 | 14,28 | 28 | 47,46 |

В актуальном состоянии на момент освидетельствования было выявлено следующее. Для обследованных I группы характерны легкие когнитивные (64,28%) и эмоционально-волевые (71,42%) расстройства; во II группе чаще отмечались умеренные когнитивные (28,81%) и выраженные эмоционально-волевые (62,71%) расстройства. По результатам клинко-анамнестического исследования I группа представляется более благополучной. Во II группе достоверно чаще встречались задержки развития в детском возрасте, раннее девиантное и криминальное поведение; в зрелом возрасте на передний план выступали расстройства личности.

Б) I группа: Вм либо ОВм (35 набл.); II группа: ОВм либо НВм (24 набл.). Выявленные статистически значимые различия выборочных средних представлены в таблицах 16.1, 16.2.

Таблица 16.1 – Сравнение групп с учетом приоритетных экспертных проблем (Б). Актуальное состояние

| Оцениваемый параметр | | I группа Вм-ОВм | | II группа ОВм-НВм | |
|--------------------------------|------------|--------------------|-------|----------------------|-------|
| | | абс. | % | абс. | % |
| Когнитивные расстройства | легкие | 16 | 45,71 | 1 | 4,17 |
| | выраженные | 0 | 0,00 | 13 | 54,17 |
| Эмоционально-волевые нарушения | легкие | 22 | 62,86 | 0 | 0 |
| | выраженные | 13 | 37,14 | 24 | 100 |

Таблица 16.2 – Сравнение групп с учетом приоритетных экспертных проблем (Б). Клинко-анамнестические данные

| Оцениваемый параметр | I группа Вм-ОВм | | II группа ОВм-НВм | |
|----------------------|--------------------|---|----------------------|---|
| | абс. | % | абс. | % |

| Оцениваемый параметр | I группа Вм-ОВм | | II группа ОВм-НВм | |
|---|--------------------|-------|----------------------|-------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Перенесенные органические вредности в детском возрасте | 15 | 42,86 | 16 | 66,67 |
| Перенесенная черепно-мозговая травма в зрелом возрасте (легкая) | 13 | 37,14 | 3 | 12,50 |
| Выраженная алкоголизация в анамнезе | 2 | 5,71 | 17 | 70,83 |
| В зрелом возрасте ведущие личностные расстройства | 22 | 62,86 | 6 | 25,00 |
| Тенденция к социальной дезадаптации | 14 | 40,00 | 18 | 75,00 |
| Кратность повторных общественно опасных деяний в течение года | 11 | 31,43 | 1 | 4,17 |

Согласно данным клинико-психопатологического исследования для обследованных I группы характерны легкие когнитивные (45,71%) и эмоционально-волевые (62,86%) расстройства. Выраженные когнитивные (54,17%) и эмоционально-волевые (100%) расстройства достоверно чаще встречались во II группе.

В I группе достоверно чаще встречались следующие клинико-анамнестические параметры: легкая черепно-мозговая травма, перенесенная в зрелом возрасте; ведущие расстройства личности в зрелом возрасте; при многократном привлечении к уголовной ответственности повторные правонарушения совершались в течение года. Обследованные II группы чаще переносили органические вредности в детском возрасте; в зрелом возрасте отмечалась выраженная алкоголизация; динамика социальной адаптации характеризовалась тенденцией к дезадаптации.

Приведенные данные в совокупности имеют значение для судебно-психиатрической оценки, поскольку способствуют идентификации проблемных экспертных ситуаций, выбору оптимальной экспертной тактики.

Уголовно-процессуальная дееспособность была сохранена в 64,28% наблюдений, процессуально недееспособными были признаны 30,95% обследованных; в 4,76% наблюдений – было рекомендовано участие защитника в судебном заседании (у лиц из числа признанных «ограниченно вменяемыми»). В

65,87% наблюдений оценка уголовно-процессуальной дееспособности не вызывала каких-либо существенных проблем, в 31,74% – была затруднительной при оценке выраженности стойких ее нарушений. Лицам, признанным невменяемыми, чаще назначалось принудительное лечение в стационаре специализированного типа (85,36%); при выборе мер медицинского характера каких-либо существенных проблем не наблюдалось.

В процессе выполнения настоящего исследования представилось целесообразным проведение сравнительного анализа групп подэкспертных, сформированных в зависимости *от характера инкриминируемого правонарушения*. С учетом социальной значимости феномена и частоты встречаемости группы были дифференцированы по признаку «агрессивный характер инкриминируемого деяния». Соответственно, I группу (66 чел., 52,38%) составили подэкспертные, которым инкриминируются агрессивные деликты (против жизни и здоровья), вторую (60 чел., 47,62%) – обвиняемые, соответственно, в совершении неагрессивных правонарушений.

Такой высокий удельный вес лиц, совершивших агрессивные правонарушения, обусловлен выборочным характером данных – специфика контингента лиц, направляемых на экспертизу в Центр, в известной мере – меняющуюся структуру правонарушений. Однако эта реальная судебно-психиатрическая практика нуждается в анализе – выделении значимых для экспертной оценки параметров агрессивного поведения лиц с органически обусловленными предементными когнитивными расстройствами.

Методика такого анализа по данным специального исследования [3] весьма непростая и должна исходить из положения, что принципиальная задача судебного психиатра с учетом его компетенции состоит в выяснении не собственно причины совершенного агрессивного деяния, но характера отношений между паттернами агрессивного деликта и психическим расстройством, в данном случае органически обусловленным. Специфическая проблема анализа в данном случае состоит в необходимости такой оценки применительно к феноменологически однородному состоянию (когнитивная недостаточность).

Однако его вариабельность за счет разной степени выраженности, сочетанности с расстройствами иного регистра (прежде всего личностного) дают принципиальную возможность сравнительного анализа.

Достаточно показательными по результатам исследования выявленные различия основных социодемографических и криминологических характеристик в группах (несмотря на отмеченный выборочный характер исследования).

При сравнении возраста обследованных были выявлены различия: $48,12 \pm 13,98$ лет (средний возраст) в I группе; $37,83 \pm 13,47$ (молодой возраст) во II группе.

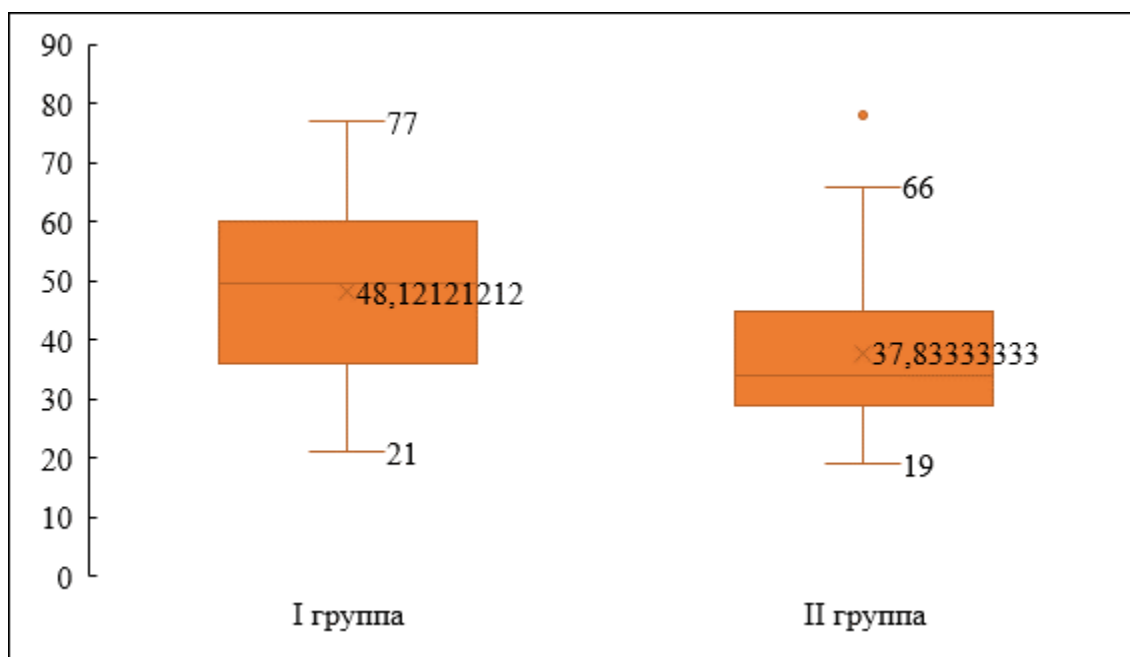


Рисунок 19 – Сравнение возраста в группах, сформированных по характеру правонарушения

Анализ социально-демографических данных показал, что обследованные I группы в основном имеют образование не ниже среднего: среднее/среднее специальное (53,03 %) и высшее, в т.ч., неполное (16,66%). Многие из них состоят в браке (37,87%). Тем не менее, значительная часть выборки – лица без определенных занятий (49,93%) с неудовлетворительной трудовой (60,60%) и

социальной (57,57%) адаптацией и тенденцией к дезадаптации в большинстве наблюдений (54,54%). Обследованные II группы существенно не отличаются по уровню образования, но истории с переводом в коррекционные школы в их анамнезе встречаются чаще (21,66%). Помимо этого, большинство обследованных II группы никогда не состояли в браке (51,66%). Доля безработных так же больше, чем в I группе (51,66%). Неудовлетворительная социальная адаптация встречается чаще (68,33%), ее динамика характеризуется большей стабильностью (61,66%).

Полученные в этой части результаты могут быть интерпретированы следующим образом. Существующий разрыв между фактическим уровнем образования и уровнем их реальных достижений, качеством социального функционирования определяется характером их личностных установок, деформацией системы морально-этических ценностей.

Изучение клинико-анамнестических данных обследованных I группы показало, что наследственность в большинстве случаев психопатологически была не отягощена (66,66%). Развитие в детском возрасте, как правило, протекало без патологии; в нескольких наблюдениях – отмечались задержки развития (12,12%). Патология подросткового возраста отмечалась менее чем в половине наблюдений (40,90%). Во II группе наследственность в ряде случаев отягчалась состояниями зависимости (21,66%). Согласно объективным сведениям, развитие в детском возрасте достоверно чаще протекало с патологией. У обследованных отмечались задержки развития (15,00%), когнитивные (13,33%), неврозоподобные (11,66%) и эмоционально-волевые расстройства (16,66%). Подростковый период также характеризовался большим удельным весом выявленной психопатологии.

У обследованных I группы среди значимых органических вредностей в детском возрасте в нескольких наблюдениях отмечалась перинатальная патология (18,18%), в подростковом возрасте – черепно-мозговые травмы, изолировано (15,15%) или в сочетании с интоксикациями (13,63%). Во II группе органические вредности детского возраста, такие как перинатальная патология, регистрировались несколько чаще.

Таким образом, совокупность проанализированных факторов, которые могли быть отнесены к разряду условно-причинных для реализации потенциальных агрессивных установок (наследственность, особенности онтогенеза и др.), не может быть однозначно оценена как специфическая предпосылка агрессивности; более того – с общепатологической точки зрения вторая группа наблюдений предстает более неблагоприятной.

В зрелом возрасте значимый, с точки зрения влияния на ЦНС, фактор алкогольной интоксикации у обследованных I группы имел, как правило, выраженный характер (69,69%). Черепно-мозговые травмы наблюдались у них в большинстве случаев (68,18%); преобладали повторные и выраженные травмы (2/3 набл.). Обращает на себя внимание меньший удельный вес алкогольной интоксикации у обследованных II группы в зрелом возрасте. Так, выраженная алкоголизация встречалась почти в два раза реже (41,66%), чем в I группе. В трети случаев (36,66%) обследованные сообщали о негативном отношении к спиртному, в том числе, в связи с непереносимостью алкоголя. Однако интоксикация ПАВ (35,00%) заметно преобладала у обследованных этой группы.

В зрелом возрасте у обследованных в I группы ведущими расстройствами часто выступали личностные (34,84%) и эмоционально-волевые (39,39%) с преобладанием аффективной возбудимости или патологии влечений (сформированный синдром зависимости). Во II группе ведущие личностные расстройства (40,00%) встречались незначительно чаще, а когнитивные (23,33%) – достоверно чаще, чем в I группе.

Согласно объективным сведениям, обследованные I группы часто оказывались в поле зрения врачей соматического (неврология/нейрохирургия) и наркологического профилей. Также, они получали медицинскую помощь преимущественно только в зрелом возрасте (49,93%); как правило – на уровне стационарного звена. Обследованные II группы наблюдались преимущественно непосредственно у специалистов психиатрического профиля, преимущественно начиная уже с детского возраста.

Изучение криминального анамнеза показало, что в ряде наблюдений обследованные I группы имели выраженные диссоциальные установки на этапе до совершеннолетия (16,66%). Некоторые из них привлекались к уголовной ответственности с подросткового возраста (21,21%). Половина имели судимости (59,09%), четверть – три и более. По предшествующим делам инкриминировались в равной степени агрессивные и имущественные правонарушения. Кратность повторных ООД при многократном привлечении к уголовной ответственности составляет в основном больше пяти лет. Что касается динамики криминального поведения, в I группе очевидна тенденция к утяжелению характера криминала.

Во II группе у обследованных достоверно чаще отмечалось выраженное девиантное поведение в пубертатном периоде с эпизодами привлечения к уголовной ответственности. В зрелом возрасте их криминальное поведение характеризовалось в основном мелкими имущественными правонарушениями. Преступления против личности совершались значительно реже, чем у обследованных I группы. Также во II группе чаще отмечалась дезадаптация в местах лишения свободы, как правило, без оказания психиатрической помощи. Повторные правонарушения совершались в большинстве случаев в течение года. Динамика криминального поведения характеризуется большей стабильностью чем в I группе.

Таким образом, обследованных II группы можно охарактеризовать как лиц с более выраженной психической дисгармонией. На этапе до совершеннолетия недоразвитие высших форм волевой деятельности вследствие раннего органического поражения ЦНС препятствовало адекватному приспособлению к требованиям социальной среды. Для них были характерны отсутствие сложной мотивации поступков, недостаточная способность тормозить свои влечения, удержаться от реализации внезапно возникающих желаний. Отсутствие способности к длительному волевому усилию и преодолению трудностей в учебной деятельности, слабость собственной инициативы и интеллектуальной активности, а также слабая познавательная мотивация усиливали выраженность когнитивного дефицита. В дальнейшем неспособность выработать устойчивый

социально одобряемый жизненный стереотип (отсутствие систематической трудовой деятельности, стойких привязанностей) приводила к нарастанию дезорганизованности и склонности к выбору «пути наименьшего сопротивления», что усугубляло недостаточность морально-этических установок. Отсутствие благоприятной социальной среды и жизненных условий, в которых характерологические особенности могли компенсироваться, способствовало выработке криминальной модели поведения.

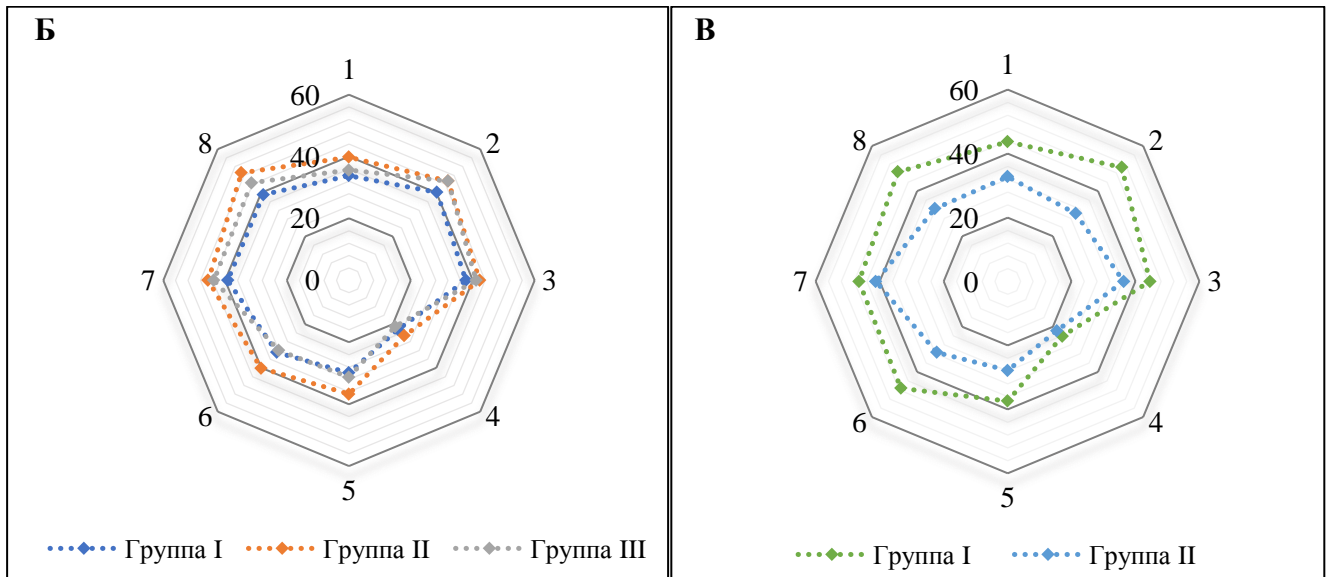
Если выборка лиц, совершивших неагрессивные правонарушения может быть охарактеризована как совокупность лиц с актуальными когнитивными нарушениями и фасадными поведенческими расстройствами, то лица, совершившие агрессивные нарушения, как более тяжелая в общепатологическом отношении выборка с актуальными личностными расстройствами, коморбидной патологией в виде синдрома зависимости от алкоголя, коморбидной соматической патологией. Так, по данным соматического обследования у них выявлено преобладание сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, а также полиморбидной патологии. Сравнение результатов электроэнцефалографического исследования показало преобладание умеренной и выраженной патологии у обследованных I группы.

Показательно, что в I группе (лица с актуальными личностными расстройствами) правонарушения совершались в основном по аффектогенным мотивам (63,3%). Аффективные реакции часто являлись психогенно спровоцированными в ситуациях, субъективно ощущаемых как несущие угрозу (27,27%), но в большинстве случаев были обусловлены особенностями эмоционально-личностных реакций у лиц с повышенной возбудимостью, застреваемостью аффективных переживаний. Значимым фактором, способствующим облегчению возникновения аффективной реакции, являлось состояние опьянения (60,60%).

В группе подэкспертных, обвиняемых в совершении неагрессивных правонарушений, механизмы мотивообразования противоправных действий в одних случаях были обусловлены нарушением опредмечивания потребностей –

т.н. мотивы-«суррогаты» (26,26%). К ним были отнесены правонарушения, связанные с сексуальным влечением к несовершеннолетним, а также правонарушения, в основе которых лежит патологическое влечение к алкоголю и ПАВ. В других случаях механизмы ООД складывались из ситуационно-импульсивных и анэтических мотивов (55,00%). Имеются в виде правонарушения, для которых характерно отсутствие этапа предварительного планирования, а также выбора адекватных объектов, целей, способов и программы действия (ситуационно-импульсивный компонент), совершаемые лицами, для которых игнорирование существующих морально-этических и правовых норм является своего рода стилем жизни (анэтический компонент). Большинство правонарушений во II группе были совершены вне опьянения (60,00%).

При сравнении выборок, отличающихся *возрастом становления диссоциальности и устойчивости этого феномена*, на предварительном этапе анализа каких-либо статистически значимых различий установлено не было. Проведенное сравнительное исследование с учетом нейропсихологических параметров выявило общую тенденцию к снижению функций программирования, регуляции и контроля, нейродинамического обеспечения, а также анализа и синтеза поступающей информации (интеллектуальные операции) при сходстве нейрокогнитивного профиля в целом.



1 – общее нейрокognитивное функционирование; 2 – программирование, регуляция и контроль; 3 – произвольные движения и действия; 4 – гностическая сфера; 5 – речевые функции; 6 – интеллектуальные операции; 7 – мнестическая сфера; 8 – нейродинамические характеристики

Рисунок 20 – Сравнение нейрокognитивного профиля в группах в зависимости Б) от возраста начала криминальной активности; В) с учетом диссоциальности

Отсутствие достоверных различий в группах с разным возрастом становления криминальной активности и ее выраженности свидетельствуют, что этот феномен (диссоциальное поведение) не коррелирует с базисной психопатологической симптоматикой; другими словами, отношения между экспертно релевантным синдромом (предметные когнитивные нарушения) и параметром «диссоциальность» могут быть обозначены как нейтральные. Соответственно, паттерны криминального поведения имеют значение при индивидуальной экспертной оценке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование было проведено с целью уточнения специфики судебно-психиатрической оценки органически обусловленных когнитивных расстройств, не достигающих уровня деменции у лиц, привлекаемых к уголовной ответственности (126 подэкспертных, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» в период с 2019 по 2021 г.).

Тема исследования была определена с учетом данных научной литературы [5, 52, 83, 89, 94, 100, 102, 104-107, 127, 137] и эмпирически сформированных предпосылок о специфике экспертной оценки психических расстройств пограничного уровня (непсихотических, недементных), суть которой не исчерпывается альтернативным подходом (вменяем/невменяем в частности), самодостаточностью качественного метода диагностики. Ее актуальность определяется также необходимостью коррекции текущей практики освидетельствования с учетом современного тренда дименсиональной диагностики, что при пограничных психических расстройствах особенно перспективно (77,82, 126), отдельного внимания современного отечественного права к исчерпывающей оценке возможного влияния психических расстройств на осознанную произвольную регуляцию своего поведения субъектом права [53-55, 61, 101, 116, 117, 133].

В соответствии с целью исследования были определены его задачи:

- представить в современной судебно-психиатрической практике (экспертиза в уголовном процессе) клинические варианты органически обусловленных когнитивных нарушений, не достигающих степени деменции, актуальных при судебно-психиатрической экспертизе обвиняемых;

- систематизировать принципы и критерии судебно-психиатрической оценки предементных когнитивных расстройств в соответствии с требованиями ст.ст. 22, 21 УК РФ в зависимости от: а) их структурно-феноменологических характеристик (выраженность, сочетанность с расстройствами иного регистра); б) значимых

параметров экспертной оценки (общих, частных; психопатологических, нейропсихологических);

- определить дифференцированную диагностическую значимость результатов нейропсихологического исследования для объективизации оценки предементных когнитивных нарушений у обвиняемых с ОНР;

- уточнить значимые для экспертной оценки паттерны противоправного поведения лиц, страдающих органическим психическим расстройством с ведущими в клинической картине когнитивными нарушениями, не достигающими уровня деменции.

Помимо стандартной в экспертной практике процедуры обследования, в частности лиц, страдающих органическим психическим расстройством (клинико-психопатологическое, соматоневрологическое, параклиническое, патопсихологическое) применялись дополнительные психометрические методики: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) – для дифференциации недементных когнитивных нарушений и деменции (62 набл.); Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) – для дифференциации легких нарушений и нормального когнитивного функционирования (62 набл.); шкала личностного и социального функционирования (PSP) – для количественной оценки повседневного функционирования (126 набл.); краткое международное нейропсихиатрическое интервью (MINI) – для объективной оценки паттернов криминального поведения подэкспертных в анамнезе; использован модуль антисоциального расстройства личности (126 набл.).

Высокая, согласно литературным данным, диагностическая ценность нейропсихологических методов (77, 78), определяет перспективность их применения в качестве объективных методов экспертной оценки [106, 143, 154, 176, 179, 209, 215]. Оценивались (58 набл., нейропсихолог младший научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств Пилечев Д.А.) следующие ВПФ и их параметры: ориентировочная основа деятельности, функции программирования и контроля, серийная организация, переработка

слуховой, зрительной, пространственной, кинестетической и речевой информации, объем и прочность запечатления слухоречевой и зрительной информации, динамические характеристики психической деятельности. Полученные результаты фиксировались в компьютерной базе данных (Microsoft Excel), для создания которой была разработана карта обследования (приложение Б). Статистическая обработка проведена с использованием параметрических и непараметрических методов (StatPlus, BioStat и Statistica 10).

В соответствии с поставленными задачами исследование проведено в несколько этапов: а) анализ общей совокупности данных; б) сопоставление данных в выборках, различающихся базовыми клиническими параметрами, экспертным решением на уровне юридического критерия формулы невменяемости, паттернами диссоциального поведения.

Проанализированная совокупность наблюдений представляет собой клиническую реальность в судебно-психиатрической практике с учетом, прежде всего, зарегистрированных этиологически значимых экзогений, актуальной психической патологии, верифицированной в рамках диагноза ОПР, совокупность - специфическую с учетом контингента (лица, привлекаемые к уголовной ответственности): массивное влияние неблагоприятных факторов - отрицательные микросредовые воздействия на этапе до совершеннолетия (65,87%), отсутствие постоянной трудовой занятости (70,63%), низкий уровень образования (35,71%); сочетанный характер перенесенных экзогенно-органических вредностей (79,36%); актуальность в анамнезе личностных (37,3%), когнитивных расстройств (15,07%), расстройств в сфере влечений (12,69%); криминальное поведение в анамнезе (61,1%), в том числе начиная с подросткового возраста (27,7%). В трети случаев по предыдущим делам проводилось судебно-психиатрическое освидетельствование, по результатам которого устанавливался диагноз преимущественно ОПР, в большинстве случаев (73,68%) принималось решение о вменяемости. Сказанное подтверждается и с учетом обращающих на себя внимание параметров настоящей экспертной ситуации: невозможность окончательного решения экспертных вопросов на амбулаторной СПЭ (82,53%

набл.), частота назначаемых комплексных СПЭ (60,31%); характер оснований для назначения судебно-психиатрической экспертизы - наличие психиатрического анамнеза (58,73%), особенности поведения и высказываний обвиняемого на этапе следствия (15,87%), характер содеянного (14,28%), в том числе – агрессивный, против личности (60%).

Алгоритм принятия экспертного решения при судебно-психиатрической оценке органически обусловленных когнитивных расстройств предементного уровня предполагает последовательное решение ряда задач: а) квалификации выявляемого актуального когнитивного дефицита как самостоятельного клинического феномена, соответствующего критериям диагностической категории «расстройства» (МКБ-10); б) оценка выраженности верифицированного синдрома когнитивного дефицита с разграничением: а) деменции и предементных когнитивных нарушений; б) разных по степени выраженности предементных состояний.

Специфика клинической оценки предементных когнитивных расстройств состоит, во-первых, в вероятности отождествления неболезненного, субъективного снижения когнитивного функционирования [39,40,96] с клинически сформированным синдромом (диагностической категорией «расстройство» по МКБ-10), а во-вторых – в необходимости совмещения категориального и дименсионального принципов их оценки [87,98]. Объективизация когнитивного снижения, в том числе, его выраженности возможна при психометрическом тестировании, нейропсихологической диагностике (при понятных ограничениях в силу, в частности, трудоемкости процедуры). Вместе с тем, на начальных этапах диагностики эти методы позволяют верифицировать потенциальный объект, оптимальный алгоритм экспертной оценки; могут рассматриваться по-своему приоритетными.

По итогам проведенного тестирования (MMSE) когнитивное функционирование обследованных в целом можно охарактеризовать как соответствующее уровню умеренных нарушений ($M=26,72$; $\sigma=2,73$; 95% ДИ от 26,03 до 27,42). Случаи, соответствующие уровню деменции – имеется ввиду

тяжелая деменция (> 10 баллов) и умеренная деменция (11-19 баллов) – определенно исключались из выборки, как несоответствующие критериям отбора. В соответствии с принятым порядком балльной оценки MMSE исследованная выборка была представлена в виде четырех сопряженных по степени выраженности когнитивной недостаточности групп – легкая деменция (16,12%); УКН (35,48%); ЛКН (19,35%); норма (29,03%). В 16% случаев, как указано, состояние могло быть оценено как легкая деменция (20-24 балла по шкале). Совокупность обследованных, которые в соответствии с результатами тестирования были отнесены к категории «легкая деменция» (16%) не была исключена из исследования, поскольку такие результаты тестирования, как следует из процедуры освидетельствования, могут быть обусловлены недостаточной мотивированностью подэкспертных, кроме того – они оказались и неадекватно низкими с учетом оценки их уровня функционирования. Эти показатели не повлияли и на характер распределения итоговой совокупности ($A=-0,67$; $E=2,69$). Результаты, полученные при тестировании с помощью шкалы MoCA, оказались сопоставимыми с MMSE результатами ($r=0,96$; $p < 0,05$), тем не менее у MoCA среднее значение ниже ($M=21,98$; $\sigma=3,30$; 95% ДИ от 21,14 до 22,82) и диапазон оценок шире; отсутствует характерный для MMSE «эффект потолка».

Таким образом, в соответствии с существующими рекомендациями – показания к применению шкал – оказалось возможным дифференцировать когнитивные нарушения предементного уровня от деменции (шкала MMSE), получить представление о степени выраженности когнитивных нарушений предементного уровня (шкала MoCA). Понятно, что результаты психометрического тестирования имеют ограниченную диагностическую значимость; кроме того – не определен формальный статус этого исследования при судебно-психиатрическом освидетельствовании. Тем не менее, с учетом специфики объекта исследования (предементные когнитивные расстройства) использование этих методов представляется однозначно перспективным.

После квалификации выявленного состояния когнитивной недостаточности как клинического феномена («расстройства») следующая диагностическая задача состоит в оценке выраженности верифицированного когнитивного расстройства, прежде всего, как не отвечающего критериям деменции (те же частные задачи – обоснование валидности выборки, выбор перспективной экспертной модели – деменция/предеменция). Для эффективного решения этой задачи помимо клинико-психопатологических критериев диагностики деменции (МКБ-10) должны также учитываться параметры когнитивного функционирования по результатам нейропсихологического обследования, результаты психометрического тестирования.

Структура и выраженность когнитивного дефицита в соответствии с усредненным профилем, отражающим наиболее характерные особенности нарушений познавательной деятельности у обследованных, представлена таким образом, что на первый план у них выходит снижение функций программирования, регуляции и контроля на фоне снижения нейродинамического обеспечения психической деятельности, а также снижение пространственных и квазипространственных синтезов. Кроме того, возможности топической диагностики нейропсихологического метода были использованы для обоснования органической природы расстройства – у обследованных определяется диффузная нейропсихологическая симптоматика со стороны всех отделов головного мозга, отражающая полиэтиологическую (полифакторную) природу нарушений; преобладает симптоматика передних отделов и подкорковых структур, а также задних ассоциативных зон головного мозга.

Таким образом, результаты нейропсихологического исследования способствуют формированию представлений относительно генеза расстройства, характера нарушений познавательной деятельности, объективизации критериев оценки, в том числе, количественной. Эта информация способствует обоснованию экспертного решения применительно к медицинскому критерию невменяемости, создает валидные предпосылки окончательных экспертных выводов.

Объективизации общепатологических критериев оценки состояния способствует и применение шкалы личностного и социального функционирования (PSP) за счет возможности оценки выраженности затруднений функционирования, уточнения соответствующих сфер; анализ линейной корреляции позволяет определить, как связаны между собой домены социального/личностного и когнитивного функционирования. Полученные в этом отношении данные свидетельствуют, что а) социально полезная деятельность наиболее связана с когнитивным функционированием и является уязвимой сферой при пограничном уровне расстройств; б) способность к поддержанию социальных, в том числе близких, отношений в большей степени связана с состоянием речевых и управляющих функций; в) когнитивное снижение предметного уровня напрямую не связано со способностью к самообслуживанию; д) предметный уровень расстройств маловероятно связан с беспокоящим и агрессивным поведением.

Понятно, что комплексное обследование – психометрия, полноценное нейропсихологическое обследование – процедура трудоемкая, затратная; она требует осознания ее преимуществ у экспертов, корректной трактовки его результатов при формулировании окончательного экспертного суждения, разумного использования «нейро-доказательств» в суде [215, 216]. Тем не менее, при экспертной оценке предметных когнитивных расстройств, где возможности категориального диагностического подхода ограничены, роль этих методов существенно повышается.

Анализ текущей экспертной практики свидетельствует, что квалификация предметных расстройств в структуре ОПР как такового характеризуется определенной спецификой. Она может быть проиллюстрирована при сопоставлении результатов а) итоговой фактической диагностики (данные проведенного судебно-психиатрического освидетельствования) с соотношением числа тех же диагностических категорий, но по результатам оценки б) предположительно неоднозначных клинических наблюдений (своего рода альтернативная диагностика). Понятно, что речь не идет о какой-либо попытке

пересмотра диагноза, но о вероятности иной клинической квалификации. Подобный анализ представляется и допустимым в силу таких методически важных обстоятельств как отсутствие принципиальных диагностических расхождений относительно генеза и тяжести оцениваемой патологии, вероятностного характера оценки. Попарное сравнение анализируемых диагностических групп позволило получить дополнительную информацию о существующих в этом отношении тенденциях и возможной их обусловленности.

Прежде всего, обращает на себя внимание тот факт, что в практике судебно-психиатрической диагностики оказался невостребованным (5%) такой диагноз как F06.7 легкое когнитивное расстройство (ЛКР) – вероятный с учетом, прежде всего, выбранного объекта исследования (когнитивные нарушения, не достигающие уровня деменции). Принятые критерии диагностики этого расстройства – ограниченный спектр слабовыраженных симптомов, непродолжительное течение заболевания (МКБ-10) могут быть предпосылкой к тому, что диагноз воспринимается как этапный у лиц с задержкой развития, неактуальный по достижению совершеннолетия; показательно, что в 17% наблюдений до совершеннолетия по причине школьной несостоятельности устанавливался диагноз умственной отсталости, не подтвердившийся катамнестически. Преобладающая (81%) практика использования диагностической рубрики F07 органическое расстройство личности (ОРЛ) также имеет свое объяснение – та же специфика криминального контингента (актуальность личностных расстройств, диссоциальных установок) и предусмотренная МКБ-10 вероятность когнитивных, не достигающих степени деменции, нарушений в структуре диагноза ОРЛ. В 14% наблюдений исследованные состояния были квалифицированы как органическое F06.6 органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (ОЭЛР). Можно предположить, что этот диагноз в экспертной практике также представляется своего рода альтернативным состоянием деменции, органического психоза при том, что когнитивные нарушения как таковые с учетом органического генеза расстройства здесь также по существу являются патогномоничными.

В соответствии с результатами отдельного анализа итоговое соотношение обсуждаемых диагностических категорий могло быть изменено за счет а) сокращения числа случаев, диагностированных как ОРЛ (от 80,95% до 69,04%), б) расширения выборки ЛКР (от 4,76% до 19,04%); в меньшей степени – в) коррекции числа случаев в выборке ОЭЛР (соответственно – 13,49% и 16,66 %). Обсуждаемая альтернативная диагностика наиболее актуальна в группе ОРЛ. При этом, основным диагностически неоднозначным признаком оказался такой феномен как расстройство поведения. Речь не идет о вариантах расстройств поведения, интегрированных в систему критериев диагностики психического расстройства (МКБ-10), либо о так называемых «поведенческих масках» пубертатной психопатологии [35,84], но о проявлениях диссоциального поведения как такового, характерного в целом для проанализированной выборки, которое в силу наглядности может имитировать личностное расстройство, в данном случае органическое.

Таким образом, квалификация предементных когнитивных расстройств с позиций *судебно-психиатрического функционального диагноза* [125,126] предполагает их разграничение: как исчерпывающего клинического феномена, либо ассоциированного с другими органически обусловленными синдромами – ОРЛ, ОЭЛР; в зависимости от степени выраженности когнитивного дефицита: легкая (45,23%); умеренная (33,3%), выраженная (21,42%); с учетом актуальности диссоциальных расстройств (39,68%).

Для квалификации *на нозологическом уровне* имеет значение также дифференциация вариантов предементных когнитивных расстройств: в структуре ОПР только (42,85%); либо ассоциированных с коморбидной патологией: состояниями зависимости (34,12%), хроническими соматическими заболеваниями (42,85%), психогенными, обусловленными преимущественно ситуацией привлечения к уголовной ответственности, расстройствами (25,39%).

Психогенные расстройства, коморбидные ОПР, имеют самостоятельное экспертное значение - являются своего рода маркером специфической клинической динамики на этапе после привлечения к уголовной ответственности,

нуждаются в отдельной экспертной оценке с учетом как их выраженности, так и прогнозируемого исхода [19, 20, 74, 75, 128].

У 36,51% обследованных на этом этапе с учетом субъективной информации, предъявляемых жалоб, а также объективной информации относительно характера социального функционирования, качества жизни обследованных до привлечения к уголовной ответственности, можно было говорить об отчетливом изменении их психического состояния. Проведенный сравнительный клинико-статистический анализ показал, что группа наблюдений с отчетливой клинической динамикой (36,51%) достоверно характеризуется такими признаками как: возраст 45 лет и старше, соматическое неблагополучие (хронические соматические болезни), полярность по критерию «проблемы адаптации» (либо их отсутствие, либо отчетливая дезадаптация) в анамнезе, ведущая роль органических личностных расстройств в клинической картине болезни со склонностью к их декомпенсации.

Понятно, что в большинстве случаев – 37 набл. (29,37%) речь шла о неблагоприятной клинической динамике, суть которой состояла в усугублении патогномичной церебральной симптоматики, личностных нарушений с актуализацией дисфорических расстройств, эмоциональной неустойчивости, выявлением психогенных субъективно значимых переживаний, малообоснованных трудно корригируемых личностных реакций оппозиции и отказа с соответствующим малорациональным поведением.

Специфика (с учетом ведущего расстройства) обследованной выборки состоит в том, что практически во всех проанализированных наблюдениях с неблагоприятной динамикой имела место и декомпенсация когнитивных функций с отчетливыми проблемами осмысления, способности к целенаправленной деятельности, памяти, других когнитивных функций. Речь идет о так называемом субъективном когнитивном снижении [38, 96, 140-142], «ложном» слабоумии» в виде функционально-динамических нарушений интеллектуально-мнестической сферы, когда актуальные возможности когнитивного функционирования подэкспертных существенно ниже потенциальных. Это обстоятельство должно учитываться при сопоставлении параметров актуального психического состояния

(на момент экспертизы) и такового - на этапе совершения правонарушения, то есть, при ретроспективной оценке.

Для выявления значимых для экспертной оценки параметров проводилось попарное сравнение выборок, сформированных с учетом экспертного решения *на уровне юридического критерия* (Вм / ОВм / НВм).

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что реальная экспертная практика в отношении ОНР с актуальными когнитивными нарушениями предементного уровня характеризуется низким удельным весом лиц, признаваемых «ограниченно вменяемыми» (ОВм; 7,93%) при значительном числе «невменяемых» (НВм; 32,53%), что может отражать сложившиеся своего рода ее стереотипы: отождествление состояний ОВм и Вм как альтернативы НВм; псевдопрагматические соображения о «нецелесообразности» нормы ОВм из-за определенной правовой неопределенности последствий принятия такого решения; объективно более трудоемкой и методически сложная процедура обоснования «неполной меры» осознания своих действий и руководства ими.

Выборка лиц с экспертно релевантными органически обусловленными когнитивными расстройствами предементного уровня, соответствующая критериям «ограниченной вменяемости». с учетом всей совокупности проанализированных параметров может быть идентифицирована следующими признаками: средняя тяжесть клинических проявлений, на момент освидетельствования - преобладание умеренных когнитивных (80,00%) в сочетании с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами (60,00%), актуальность психогенных расстройств (40%); по данным анамнеза - ведущие когнитивные расстройства в зрелом возрасте (30,00%). По результатам психометрических исследований - наличие умеренных когнитивных нарушений: МоСА – $22,00 \pm 2,7$; MMSE – $25,75 \pm 2,20$; значительное нарушение социального функционирования - средняя оценка PSP ($47,20 \pm 14,46$).

Группа лиц с той же экспертно релевантной патологией, признаваемых «невменяемыми», по данным проведенного анализа характеризуется в свою очередь такими параметрами как: выраженная по тяжести клинических

проявлений; по данным актуального состояния – выраженная степень когнитивных (63,41%), эмоционально-волевых расстройств (92,68%), расстройств влечений (36,58%), церебрастении (56,09%); тяжелая соматическая патология в анамнезе (48,78%); умеренная неврологическая патология по данным ЭЭГ-исследования (75,61%). Результаты психометрических исследований указывают на наличие выраженных когнитивных нарушений: MoCA – $19,63 \pm 4,5$; MMSE – $23,21 \pm 3,19$; средняя оценка PSP ($32,45 \pm 14,05$) свидетельствует о сильно выраженных затруднениях функционирования.

Перечисленную совокупность паттернов можно дополнить по результатам сравнительного нейропсихологического анализа, которые могут быть проинтерпретированы следующим образом: а) общее снижение нейрокогнитивного функционирования у «вменяемых» и «ограниченно вменяемых» не превышает умеренных значений, тогда как у «невменяемых» чаще соответствует выраженной степени; б) в группах «вменяемых» и «ограниченно вменяемых» общими тенденциями являются снижение функций программирования, регуляции и контроля, и нейродинамического обеспечения психической деятельности; в) для «ограниченно вменяемых» характерны значительно более выраженный дефицит функций программирования, регуляции и контроля, что является предпосылкой к снижению познавательной деятельности и способности к произвольной саморегуляции; г) для «невменяемых» характерно снижение в первую очередь функций программирования, регуляции и контроля за произвольной деятельностью, нарушение нейродинамического обеспечения психической деятельности и функций приема, переработки и хранения информации, что соотносится с общим мнестико-интеллектуальным снижением на фоне нарушений функций произвольной саморегуляции. Полученные результаты свидетельствуют, что данные нейропсихологического обследования могут быть использованы в качестве релевантных показателей экспертной оценки на уровне как медицинского, так и юридического критериев формулы невменяемости.

С целью определения характера возможных взаимоотношений между актуальным психическим расстройством (предементные когнитивные нарушения)

и паттернами криминального поведения проводилось сравнение выборок обследованных в зависимости от (А) характера актуального криминального деяния группа I – агрессивные (31 набл.), группа II – неагрессивные (19 набл.); (Б) возраста становления криминальной активности - группа I – лица без криминальной активности (19 набл.), группа II – с криминальным поведением с подросткового возраста (15 набл.), группа III – с криминальным поведением в зрелом возрасте (18 набл.); (В) выраженностью диссоциальных личностных установок - группа I – диссоциальные личности (24 набл.), группа II – без такового склада (16 набл.).

Сравнение выборок лиц, совершивших агрессивные / неагрессивные правонарушения (А), выявило ряд достоверных различий, которые могут иметь значение как для понимания характера отношений в системе «актуальное психическое расстройство – криминальное поведение», так и для учета при индивидуальной экспертной оценке: возраст на момент обследования, потребность в медицинской помощи в анамнезе, характер ведущих расстройств на сопряженных этапах развития, характер алкоголизации, употребления психоактивных веществ, диссоциальные установки на этапе до совершеннолетия; кроме того - актуальная коморбидная (синдром зависимости) патология. При сравнении нейропсихологических характеристик обследованных в выборках установлены различия в сфере регуляторных функций, нейродинамических характеристик и интеллектуальных операций. Сравнительное исследование с учетом нейропсихологических параметров выборок Б и В выявило общую тенденцию к снижению функций программирования, регуляции и контроля, нейродинамического обеспечения, а также анализа и синтеза поступающей информации (интеллектуальные операции) при сходстве нейрокогнитивного профиля в целом. Отсутствие достоверных различий в группах с разным возрастом становления криминальной активности и ее выраженности свидетельствуют, что этот феномен (диссоциальное поведение) не коррелирует с базисной психопатологической симптоматикой; другими словами, отношения между экспертно релевантным синдромом (предементные

когнитивные нарушения) и параметром «диссоциальность» могут быть обозначены как нейтральные. Соответственно, паттерны криминального поведения имеют значение при индивидуальной экспертной оценке.

ВЫВОДЫ

1. Системная оценка органически обусловленных предементных когнитивных расстройств в контексте судебно-психиатрического функционального диагноза предполагает их квалификацию: 1) как самостоятельного (исчерпывающего) клинического феномена либо ассоциированного с другими органически обусловленными синдромами – органическим личностным расстройством, органическим эмоционально лабильным расстройством; в) в зависимости от степени выраженности когнитивного дефицита (легкая, умеренная, выраженная), актуальности диссоциальных расстройств;

2. Для квалификации на нозологическом уровне имеет значение дифференциация вариантов предементных когнитивных расстройств: а) в структуре органического психического расстройства только либо б) ассоциированных с коморбидной патологией: состояниями зависимости, хроническими соматическими заболеваниями, психогенными, обусловленными преимущественно ситуацией привлечения к уголовной ответственности, расстройствами;

3. Алгоритм экспертной оценки актуального феномена когнитивной недостаточности на уровне медицинского критерия формулы невменяемости состоит в поэтапном решении задач: 1) установление его соответствия критериям психического расстройства как такового с учетом рекомендаций действующей номенклатуры (обоснование объекта экспертной оценки); 2) разграничение качественно разных по выраженности патологических состояний – предементных когнитивных расстройств / деменции (разные модели экспертной оценки); 3) верификация клинического варианта собственно предементного когнитивного расстройства с учетом выраженности когнитивного дефицита (легкие, умеренные, выраженные);

4. С учетом клинической специфики (пограничный уровень расстройств, разная их выраженность) предементных когнитивных расстройств валидная их

оценка возможна при дополнении качественного принципа оценки многомерным, при совмещении патопсихологического, параклинического, патопсихологического, нейропсихологического методов обследования. Результаты нейропсихологического исследования (58 набл.), проведенного по комплексу методик А.Р. Лурия с применением факторного (синдромного) анализа, имеют значение для верификации органической природы расстройств;

5. Данные относительно структуры (симптомокомплекса) и выраженности нарушений психических функций, нейропсихологических синдромов и их закономерного сочетания (метасиндром), вероятностной заинтересованности мозговых структур способствуют объективизации общеклинических параметров оценки (на уровне медицинского критерия формулы невменяемости). Для объективизации параметров оценки предметных когнитивных расстройств на уровне юридического критерия (обоснование выводов о способности к произвольной регуляции своего поведения) в качестве релевантных показателей экспертной оценки имеют значение наличие и выраженность тех или иных нейропсихологических синдромов, а также уровень общего нейрокогнитивного функционирования;

6. Статистически значимые признаки ($p < 0,05$), идентифицирующие выборку лиц с экспертно релевантными предметными когнитивными расстройствами, как «неспособных в полной мере осознавать...»; «ОВм») представлены в актуальном психическом состоянии умеренными когнитивными, выраженными эмоционально-волевыми расстройствами, коморбидными психогенными расстройствами; по результатам НПО – легким дефицитом гностических функций, умеренным дефицитом функций мнестической сферы, сферы произвольных движений и действий (праксиса); по данным психометрического исследования – (умеренными когнитивными нарушениями; значительными затруднениями социального функционирования - по результатам PSP;

7. Для лиц с экспертно релевантными предметными когнитивными расстройствами, по заключению экспертной комиссии «неспособных

осознавать....; «НВм») статистически значимыми ($p < 0,05$), признаками являются: выраженные на момент обследования когнитивные, эмоционально-волевые расстройства, расстройства в сфере влечений; по результатам НПО – умеренный дефицит гностических функций; выраженный дефицит функций мнестической сферы; умеренно-выраженный дефицит функций сферы произвольных движений и действий (праксиса); выраженные когнитивные нарушения по данным психометрии; сильно выраженные нарушения социального функционирования - по результатам PSP;

8. Сравнение выборок, дифференцированных по признакам: диссоциальность как устойчивый личностный паттерн, возраст выявления криминальной активности, характер (агрессивный/неагрессивный) актуального правонарушения показало, что отношения между параметром «диссоциальность» и экспертно релевантным синдромом (предементные когнитивные нарушения) носят нейтральный характер.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

| | |
|--------|---|
| DSM-5 | Diagnosical and Statistical Manual, fifth edition |
| MINI | The Mini International Neuropsychiatric Interview |
| MoCa | Montreal Cognitive Assessment |
| PSP | Personal and Social Performance scale |
| Вм | «Вменяемость» |
| ВПФ | Высшие психические функции |
| КН | Когнитивные нарушения |
| ЛКН | Легкие когнитивные нарушения |
| МКБ-10 | Международная классификация болезней 10-го пересмотра |
| MMSE | Mini-Mental State Examination |
| мНКР | Малое нейрокогнитивное расстройство |
| MPT | Магнитно-резонансная томография |
| НВм | «Невменяемость» |
| НКД | Нейрокогнитивный дефицит |
| НКР | Нейрокогнитивное расстройство |
| НПО | Нейропсихологическое обследование |
| ОВм | «Ограниченная вменяемость» |
| ООД | Общественно опасные деяния |
| ОПР | Органическое психическое расстройство |
| ОРЛ | Органическое расстройство личности |
| ОЭЛР | Органическое эмоционально лабильное расстройство |
| ПАВ | Психоактивные вещества |
| СПЭ | Судебно-психиатрическая экспертиза |
| УК РФ | Уголовный кодекс Российской Федерации |
| УКН | Умеренные когнитивные нарушения |
| ЦНС | Центральная нервная система |
| ЧМТ | Черепно-мозговая травма |
| ЭЭГ | Электроэнцефалография |

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 30.12.2020) // Собрание законодательства РФ. - 17.06.1996. - №. 25. – 2954 с.
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №3н от 12.01.2017 г. «Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы» [Электронный источник] / <https://base.garant.ru/71622294/> (дата обращения 03.12.2021)
3. Агрессия и психическое здоровье / Под ред. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой и профессора Б.В. Шостаковича. – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2002. – 464 с.
4. Актуальные диагностические и судебно-психиатрические аспекты сосудистой деменции / Г.Т. Красильников, В.Г. Костенко, М.И. Агеев [и др.]. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. - Т. 30. - №. 4. – С. 97-107.
5. Андреева, Е.С. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства в соответствии со ст. 22 УК РФ: автореф. дисс. ... канд. мед. наук.: 14.00.18 / Андреева Елена Станиславовна. - М., 2000. - 28 с.
6. Андросова, Л.В. Риск болезни Альцгеймера у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения амнестического типа (кластерный анализ) / Л.В. Андросова, А.Н. Симонов, Н.М. Михайлова [и др.]. // Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению: материалы под общей редакцией Н.Г. Незнанова – СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. – С. 102.
7. Бадмаева, В.Д. Роль биологических и социальных факторов в формировании противоправного поведения несовершеннолетних с

психическими расстройствами / В.Д. Бадмаева // Психическое здоровье. – 2015. - №4 (107). – С. 23-28.

8. Бадмаева, В.Д. Уголовно-релевантные психические расстройства у подростков с противоправным поведением: автореф. дисс. ... докт. мед. наук.: 14.01.06 / Бадмаева Валентина Дорджиевна. - М., 2016. - 51 с.

9. Балабанова, Л.М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений) / Л.М. Балабанова. - Д.: Сталкер, 1998. - 432 с.

10. Балашова, Е.Ю. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы / Е.Ю. Балашова, М.С. Ковязина – М.: Генезис, 2016. – 72 с.

11. Белов, В.П. Социальные и трудовые последствия тяжелой черепно-мозговой травмы / В.П. Белов // Актуальные вопросы профилактики и лечения основных психических болезней: сб. науч. трудов. - М., 1986. - С. 5-10.

12. Бойко, Ю.П. Первичное выявление врачами-терапевтами пограничных психических расстройств органического (включая симптоматические) происхождения, особенности психотерапевтической тактики и направление на специализированное лечение в г. Москве (N 38): метод. рек. / Ю.П. Бойко, А.И. Аппенянский, В.Л. Трегуб, Э.Л. Гончарова. – М, 2000. – 21 с.

13. Булатова, М.В. Клиническое и судебно-психиатрическое значение органического расстройства личности в подростковом возрасте: автореф. дисс. ... канд. мед. наук.: 14.01.06 / Булатова Мария Владимировна. - М., 2012. - 20 с.

14. Вандыш-Бубко, В.В. Органическое психическое расстройство: судебно-психиатрический функциональный диагноз // Функциональный диагноз в судебной психиатрии: монография / В.В. Вандыш-Бубко / Под

ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2001. - С. 76-98 с.

15. Вандыш, В.В. Некоторые актуальные проблемы освоения ограниченной вменяемости в судебной психиатрии / В.В. Вандыш // Судебная психиатрия. Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004. – С. 17-29.

16. Вандыш-Бубко, В.В. Дефицитарные органические психические расстройства (систематика, принципы экспертной оценки) / В.В. Вандыш-Бубко, А.А. Григоров // Аналитический обзор. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2008. - 36 с.

17. Вандыш-Бубко, В.В. Принципы судебно-психиатрической оценки органически обусловленных когнитивных нарушений / В.В. Вандыш-Бубко, А.А. Григоров // Пособие для врачей. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2009. - 32 с.

18. Вандыш-Бубко, В.В. Когнитивные расстройства в судебно-психиатрической практике / В.В. Вандыш-Бубко, М.В. Гиленко // Доктор. Ру. - 2013. - №5(83). – С.92-98.

19. Вандыш-Бубко, В.В. Психогенные расстройства при органическом психическом расстройстве у лиц, страдающих сердечно-сосудистой патологией / В.В. Вандыш-Бубко, Г.В. Тарасова, М.И. Топилина // Психическое здоровье. – 2016. – Т. 14. – №. 12. – С. 35-40.

20. Вандыш-Бубко, В.В. Клиническая динамика органического психического расстройства у лиц с коморбидной сердечно-сосудистой патологией (судебно-психиатрический аспект) / В.В. Вандыш-Бубко, Г.В. Тарасова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2018. – Т. 9. – №. 4. – С. 487-495.

21. Вандыш-Бубко, В.В. Некоторые нейропсихологические паттерны экспертной оценки органического психического расстройства / В.В. Вандыш-Бубко, Д.А. Пилечев, Д.В. Велисевич // Судебная психиатрия.

Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. – 2020. – Вып. 17. – С. 16-29.

22. Вандыш-Бубко, В.В. Клинико-нейропсихологические корреляции в системе критериев судебно-психиатрической оценки органического психического расстройства / В.В. Вандыш-Бубко, Д.А. Пилечев // Психическое здоровье. – 2020. – №. 10. – С. 9-13.

23. Васенина, Е.Е. Современные тенденции в эпидемиологии деменции и ведении пациентов с когнитивными нарушениями / Е.Е. Васенина // Журнал неврологии и психиатрии. - 2017. - №6. - С.87-95.

24. Визило, Т.Л. Недементные когнитивные расстройства: клинические аспекты / Т.Л. Визило, А.Д. Визило // Лечащий врач. - 2019. - №. 5. - С.10-12.

25. Возможности нейропсихологической диагностики психических расстройств в практике судебной психиатрии / В.В. Вандыш-Бубко, Ю.В. Микадзе, Д.А. Пилечев, Д.В. Велисевич // Доктор. Ру. – 2021. – Т. 20. – №. 9. – С. 60-65.

26. Войтенко, Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитации / Р.М. Войтенко // Руководство для врачей и психологов. – СПб: Фолиант, 2002. – 256 с.

27. Войтенко, Р.М. Социальная психиатрия и экспертная психология / Р.М. Войтенко // Научная монография. – Екатеринбург, 2006. - 368с.

28. Гаврилова, С.И. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клинико-эпидемиологическое исследование) / С.И. Гаврилова, Я.Б. Калын // Вестник РАМН. - 2002. - №. 9. - С. 15–20.

29. Гаврилова, С.И. Концепция мягкого когнитивного снижения / С.И. Гаврилова // Психиатрия. – 2003. - №4(4) – С. 10-16.

30. Гаврилова, С.И. Додементные нейрокогнитивные расстройства: диагностические и терапевтические аспекты / С.И. Гаврилова // Обозрение

психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2018. - №. 1. - С. 89-98.

31. Гордова, Т.Н. Травмы головного мозга / Т.Н. Гордова // Руководство по судебной психиатрии. – М., 1977. – С. 184-202.

32. Горинов, В.В. Психогенно обусловленные психические расстройства, относящиеся к периоду деликта (структура, экспертная оценка) / В.В. Горинов, С.А. Васюков, И.М. Ушакова // Методические рекомендации. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2013. – 20 с.

33. Григоров, А.А. Судебно-психиатрическая оценка когнитивных нарушений у обвиняемых с органическим психическим расстройством: автореф. дисс. ... канд. мед. наук.: 14.00.18 / Григоров Андрей Александрович. - М., 2007. - 20 с.

34. Гурович, И.Я. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки / И.Я. Гурович, О.О. Папсуев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2015. – Т. 25. - №. 2. – С. 9-18.

35. Гурьева, В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В.А. Гурьева, Т.Б. Дмитриева, Е.В. Макушкин [и др.]. – М., 2007. – 488 с.

36. Дамулин, И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия / И.В. Дамулин // Справочник поликлинического врача. – 2002. – №. 3. – С. 21-25.

37. Дашина, М.Г. Проблемы экспертной оценки нарушений психической деятельности у освидетельствуемых с поражением лобных отделов мозга / М.Г. Дашина, М.П. Боброва, Е.И. Акимов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2014. - №. 1. - С. 21-24.

38. Динамика эмоционально-волевых, личностных, интеллектуально-мнестических и других психопатологических нарушений после транскраниального удаления краниофарингиом в отдаленном периоде / Ю.Г. Сиднева., О.С. Зайцев, Л.И. Астафьева [и др.]. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2018. – №. 10. – С. 30-36.

39. Додементные когнитивные расстройства: современные подходы к терминологии, диагностике и лечению / Е.Е. Васенина, Д.А. Гуторова, И.М. Смирнова., О.С. Левин // Фарматека. – 2018. – №14(367). – С. 8-17.

40. Дьякова, Н.В. Специфические возможности экспертной диагностики при нейропсихологическом исследовании органических психических расстройств у лиц пожилого возраста / Н.В. Дьякова, Л.Е. Пищикова // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – 2010. – Вып. 7. – С. 58-68.

41. Емелин, К.Э. Влияние когнитивных нарушений на социальное функционирование больных с непсихотическими депрессивными расстройствами (клинико-терапевтический анализ): автореф. дисс. ... канд. мед. наук.: 14.01.06 / Емелин Климентий Эрнесович. - М., 2021. - 23 с.

42. Жмудь, М.В. Особенности диагностики поздних деменций в условиях амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы / М.В. Жмудь, Б.Е. Потемкин, А.П. Сиденкова // Уральский медицинский журнал. - 2009. - №. 6. - С. 69–75.

43. Зайцев, О.С. Психиатрические аспекты черепно-мозговой травмы и ее последствий / О.С. Зайцев. - М.: МЕДпресс-информ, 2021. - 104 с.

44. Зайцев, О.С. Психиатрические и психологические аспекты ведения нейрохирургических больных / О.С. Зайцев, Н.С. Игнатьева, О.А. Максакова // «Поленовские чтения»: материалы XV научно-практической конференции. – СПб., 2016. – С. 257.

45. Захаров, В.В. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно // Методическое пособие для врачей. - М., 2005. – 71 с.

46. Захаров, В.В. Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения / В.В. Захаров // Consilium Medicum. – 2011. - Т. 13. - №. 2. - С. 82-90.

- 47.** Захаров, В.В. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В.В. Захаров, Т.Г. Вознесенская / Под общ. ред. акад. РАН Н.Н. Яхно. - 6-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 320 с.
- 48.** Катунина, Е.А. Постинсультные когнитивные нарушения / Е.А. Катунина, Л.П. Беликова, А.А. Макарова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2013. - №. 2. - С. 105-108.
- 49.** Качаева, М.А. Клинические и судебно-психиатрические особенности органического расстройства личности у женщин, совершивших противоправные деяния / М.А. Качаева, Н.К. Харитоновна, О.А. Шишкина // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. – 2020. – Вып. 17. – С. 67-80.
- 50.** Клинический спектр недементных когнитивных расстройств: субъективные, легкие и умеренные нарушения / В.В. Захаров, Н.В. Вахнина, Д.О. Громова, Н.Э. Тер-Ованесова, А.В. Тараповская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. - №7. – С. 83–91.
- 51.** Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших имущественные сделки, в гражданском процессе (критерии экспертной оценки) / Н.К. Харитоновна, Ф.С. Сафуанов, Е.В. Королева, Д.Н. Корзун // О современных видах и методах комплексных судебно-психиатрических экспертных исследований: пособие для врачей / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 2008. – С. 131-162.
- 52.** Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам об ограничении дееспособности вследствие психического расстройства: проблемы и перспективы / Ф.С. Сафуанов, Н.К. Харитоновна, М.В. Зейгер [и др.]. // Российский психиатрический журнал. – 2016. - № 2. – С. 37-43.
- 53.** Корзун, Д.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с органическими психическими расстройствами, совершивших

имущественные сделки: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Корзун Дмитрий Николаевич. – М., 2004. – 24 с.

54. Корзун, Д.Н. Модели диагностики психических расстройств в судебно-психиатрической клинике / Д.Н. Корзун, А.А. Ткаченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – №. 4. – С. 83-90.

55. Корзун, Д.Н. Судебно-психиатрическая оценка юридически значимых способностей и механизмов регуляции поведения / Д.Н. Корзун, А.А. Ткаченко // Российский психиатрический журнал. – 2013. – №. 3. – С. 4-12.

56. Корнилова, С.В. О значении психометрических тестов в диагностике когнитивных нарушений при эпилепсии / С.В. Корнилова, М.В. Лаврущик, М.В. Усюкина // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. – 2020. – Вып. 17. – С. 81-92.

57. Королева, Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц позднего возраста с органическими психическими расстройствами в делах по признанию сделки недействительной / Е.В. Королева, Н.К. Харитоновна, О.Ю. Тюлькина // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – 2010. – Вып. 7. – С. 119-133.

58. Котов, В.П. Опасные действия психически больных. Психопатологические аспекты, профилактика / В.П. Котов, М.М. Мальцева. - М., 1995. - 255с.

59. Краснов, В.Н. Роль нейропсихологии в развитии современной психиатрии / В.Н. Краснов // Сб. докладов I международной конференции памяти А.Р. Лурия / Под ред. Е.Д. Хомской. – М., 1998 – С. 47-52.

60. Краснов, В.Н. Психоорганический синдром как предмет нейропсихиатрии / В.Н. Краснов // Доктор. Ру. – 2011. – № 4(63). – С. 34-42.

61. Краснов, В.Н. Подготовка МКБ-11: основные задачи, принципы и этапы пересмотра классификации психических и поведенческих

расстройств / В.Н. Краснов, М.А. Кулыгина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. - №. 4. – С. 56-61.

62. Крюков, В.В. Когнитивные нарушения при недементном психоорганическом синдроме цереброваскулярной природы / В.В. Крюков, Э.Ф. Самедова, В.Н. Краснов // Доктор. Ру. - 2013. - № 83(5). – С. 92-98.

63. Кудрявцев, И.А. Патопсихологические симптомокомплексы нарушений познавательной деятельности при психических заболеваниях: факторная структура и диагностическая информативность / И.А. Кудрявцев, Ф.С. Сафуанов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1989. – Вып. 6. – С. 86-92.

64. Лазько, Н.В. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у потерпевших, перенесших черепно-мозговую травму в криминальной ситуации: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Лазько Наталья Викторовна. – М., 1996. – 17 с.

65. Левин, О.С. Диагностика и лечение умеренных когнитивных нарушений в пожилом возрасте / О.С. Левин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – Т. 8. – С. 42-49.

66. Левин, О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / О.С. Левин. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 256 с.

67. Левин, О.С. Умеренное когнитивное расстройство: диагностика и лечение / О.С. Левин // Эффективная фармакотерапия. – 2012. – №. 5. – С. 14-21.

68. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека / А.Р. Лурия. - СПб: Питер, 2008. - 624 с.

69. Макушкин, Е.В. Клинико-эволютивная систематика и судебно-психиатрическое знамение дизонтогенетических психических и поведенческих расстройств у подростков: автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.18 / Макушкин Евгений Вадимович. – М., 2002. - 52 с.

- 70.** Макушкин, Е.В. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (часть I) / Е.В. Макушкин, Л.Е. Пищикова // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №. 5. – С. 10-16.
- 71.** Макушкин, Е.В. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (часть II) / Е.В. Макушкин, Л.Е. Пищикова // Российский психиатрический журнал. – 2015. – №. 1. – С. 4-13.
- 72.** Макушкин, Е.В. Диагноз и его структура: клинические, экспертные, правовые и социальные конструкты / Е.В. Макушкин // Судебно-психиатрическая диагностика / Под ред. Е.В. Макушкина и А.А. Ткаченко. - М.: ФМИЦПН им. В.П. Сербского, 2017. - С.13-32.
- 73.** Мальцева, М.М. Опасные действия психически больных / М.М. Мальцева, В.П. Котов. - М.: Медицина, 1995. - 256 с.
- 74.** Матюха, А.В. Психогенные состояния на измененной почве и их комплексное лечение: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Матюха Александр Витальевич. - М., 1989. - 23 с.
- 75.** Медведев, А.В. Акцессорная психическая патология при сосудистой деменции (патогенетический аспект) / А.В. Медведев // Психиатрия. – 2004. – №. 1. – С. 16-24.
- 76.** Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / УСД-10: Клинич. описания и указания по диагностике / ВОЗ; пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб.: Адис, 1994. – 303 с.
- 77.** Меззич, Х. Цели и модели диагностических систем / Х. Меззич, К. Бергакса // Независимый психиатрический журнал. - 2005. - №4. - С. 8-12.
- 78.** Микадзе, Ю.В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике / Ю.В. Микадзе // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2012. – №. 2. – С. 96-103.

79. Михайлова, Н.М. Нужна ли геронтопсихиатрическая служба в первичном звене здравоохранения? / Н.М. Михайлова // Российский психиатрический журнал. - 2017. - №. 6. - С. 76-78.

80. Михайлова, Н.М. Проблемы геронтологической психиатрии на 4-м конгрессе европейской академии неврологии / Н.М. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2019. - Т. 119. - №. 3. - С. 144-151.

81. Михайлова, Н.М. Деменции позднего возраста: от диагноза до исхода / Н.М. Михайлова, О.Н. Соколова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. - 2020. - №. 3. - С. 64-72.

82. Морозов, П.В. Психиатрия: национальное руководство / П.В. Морозов, А.В. Павличенко, В.А. Точилор. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - С. 210-240.

83. Морозова, М.В. Особенности дифференциальной диагностики и экспертной оценки лиц с органическими психическими расстройствами / М.В. Морозова, О.Ф. Савина // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – 2010. – Вып. 7. – С. 149-162.

84. Музыченко, Е.Н. Судебно-психиатрический катамнез психических расстройств подросткового возраста (по данным стационарной СПЭ ГНЦ им. В.П. Сербского): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Музыченко Елена Николаевна. – М., 2006. – 21с.

85. Муратов, Ф.Х. Клинико-нейропсихологический анализ состояния когнитивной сферы больных посттравматической эпилепсией / Ф.Х. Муратов, Н.М. Мухамеджанова, Г.С. Рахимбаева // Русский журнал детской неврологии. – 2010. – Т. 5. - №. 2. - С. 25–30.

86. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных (управляющих) функций при повреждениях головного мозга различной этиологии. - URL:

http://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/ (дата обращения: 01.09.2021). – Текст: электронный.

87. Никитина, Е.А. Роль патопсихологических симптомокомплексов при судебно-экспертной оценке способности к совершению сделки лиц с органическим психическим расстройством / А.Е. Никитина, Ф.С. Сафуанов // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – 2010. – Вып. 7. – С. 163-173.

88. Нью, Т.Г. Органические психические расстройства в пожилом возрасте (клиника, диагностика, судебно-психиатрическая оценка): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Нью Татьяна Геннадиевна. - М., 2002. - 20 с.

89. Органическое расстройство личности у женщин (клинические, судебно-психиатрические, биологические и социальные аспекты) / О.А. Шишкина, М.А. Качаева, Н.К. Харитоновна, Н.В. Скибина, Л.Н. Назарова // Российский психиатрический журнал. – 2020. – №. 3. – С. 74-86.

90. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2019 году // Аналитический обзор / Под ред. Е.В. Макушкина. – М.: НМИЦ ПН им. В.П. Сербского, 2020.

91. Пивень, Б.Н. Экзогенно-органические психические расстройства / Б.Н. Пивень / Экзогенно-органические психические расстройства: сб. науч. трудов. - Барнаул: АГМУ, 2013. - 236 с.

92. Пищикова, Л.Е. Судебно-психиатрические аспекты геронтопсихиатрии / Л.Е. Пищикова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. - №.7. - С. 16-22.

93. Пищикова, Л.Е. Психические расстройства органической природы у пожилых лиц (клиническая типология, комплексная оценка и судебно-психиатрическое значение): автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.01.06. / Пищикова Любовь Евгеньевна. - М., 2015. - 43 с.

94. Попов, С.Н. Клинико-криминологическая характеристика лиц с органическими психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния / С.Н. Попов, И.Н. Винникова // Казанский медицинский журнал. – 2014. – Т. 95. – №. 1. – С. 49-54.

95. Подходы к выбору принудительных мер медицинского характера у больных органическим расстройством личности / А.В. Оспанова, А.С. Дмитриев, И.Н. Винникова, Н.В. Лазько, А.В. Фролова // Психическое здоровье. – 2019. – №. 6. – С. 32-38.

96. «Предумышленные» (субъективные и лёгкие) когнитивные расстройства / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, Н.Н. Коберская, Д.А. Гришина [и др.]. // Неврологический журнал. – 2017. – Т. 22. - №. 4. – С. 198–204.

97. Прогноз синдрома мягкого когнитивного снижения по данным двухлетнего клинико-катамнестического исследования / С.И. Гаврилова, Я.Б. Федорова, И.Ф. Рощина, Г.И. Коровайцева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. - Т. 107. - №. 1. - С. 1-11.

98. Психические расстройства у пациентов с хирургическими последствиями и осложнениями тяжелой травмы мозга / О.С. Зайцев, А.А. Потапов, А.Д. Кравчук [и др.]. // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. – 2020. – Специальный выпуск. – С. 272-273.

99. Разумовская, С.П. Психогенные состояния при сосудистых заболеваниях головного мозга в судебно-психиатрической практике / С.П. Разумовская // Кратковременные расстройства психической деятельности в судебно-психиатрической практике: сб. науч. трудов. - М., 1986. - С.119-125.

100. Роль психометрических методов в диагностике расстройств личности при переходе к МКБ-11 / В.В. Горинов, Д.Н. Корзун, Д.В. Самылкин, Е.С. Шеховцова // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. – 2020. – Вып. 17. – С. 52-66.

101. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. А.А. Ткаченко. – М.: Издательство ЮРАЙТ, 2018. – 379 с.

102. Саковская, В.Г. Значение экспериментально-психологического исследования когнитивных расстройств в практике психолого-психиатрической экспертизы / В.Г. Саковская // Психическое здоровье. – 2009. - Т.7. - №. 10. – С. 68-70.

103. Самедова, Э.Ф. Легкое когнитивное расстройство в структуре психоорганического синдрома / Э.Ф. Самедова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27. – №. 2. – С. 95-102.

104. Сафуанов, Ф.С. Ограниченная вменяемость: судебно-экспертологический анализ / Ф.С. Сафуанов, В.В. Вандыш-Бубко // Юридическая психология. – 2009. – №. 2. – С. 6-9.

105. Сафуанов, Ф.С. Нейропсихологические особенности подэкспертных позднего возраста при судебно-экспертной оценке способности к совершению сделки / Ф.С. Сафуанов, Ю.О. Переpravина // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. - 2018. – Вып. 15. – С. 158-165.

106. Сафуанов, Ф.С. Нейропсихологическое исследование при судебно-психологической экспертной оценке сделкоспособности / Ф.С. Сафуанов, Ю.О. Переpravина, А.Д. Черненьков // Психология и право. – 2018. – Т. 8. – №. 4. – С. 115-127.

107. Сафуанов, Ф.С. Диагностическая информативность патопсихологического исследования при судебно-экспертной оценке способности лиц с психическими расстройствами к совершению сделки / Ф.С. Сафуанов, Ю.О. Переpravина, А.Д. Черненьков // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. - 2019. – Вып. 16. – С. 138-150.

108. Смирнов, О.Р. Тревожные состояния при деменциях разного типа (клинико-психопатологическая структура, динамика и принципы

терапии): автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.01.06 / Смирнов Олег Рудольфович. - М., 2021. - 36 с.

109. Старчина, Ю.А. Недементные когнитивные нарушения: современный взгляд на проблему / Ю.А. Старчина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. - №. 9. – С. 71-76.

110. Судебно-психиатрическая экспертиза поздних деменций / А.В. Семке, А.П. Сиденкова, М.В. Жмудь, Б.Е. Потемкин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. - №. 4. - С. 48–50.

111. Сулова, О.И. Феномен социальной дезадаптации в психологии / О.И. Сулова, Ю.А. Денисова // Образование в современном мире: сборник научных статей / Под ред. проф. Ю.Г. Голуба. – Саратов, 2017. – С. 382-389.

112. Тарасова, Г.В. Клиническая систематика, прогноз и принципы экспертной оценки органического психического расстройства у обвиняемых с хронической сердечно-сосудистой патологией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Тарасова Галина Вячеславовна. - М., 2009. - 22 с.

113. Тарасова, Г.В. Особенности экспертной тактики при судебно-психиатрической оценке предементных когнитивных нарушений / Г.В. Тарасова, В.В. Вандыш-Бубко, Д.В. Велисевич // Психическое здоровье. – 2020. - №. 9. – С. 27-31.

114. Тарасова, Г.В. Клинико-динамические характеристики органического психического расстройства с актуальными когнитивными нарушениями / Г.В. Тарасова, В.В. Вандыш-Бубко // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. – 2020. – Вып. 17. – С. 167-177.

115. Татыходжаева, Ж.С. Судебно-психиатрическая оценка сосудистых когнитивных расстройств в гражданском процессе / Ж.С. Татыходжаева // Судебная экспертиза Белоруссии. – 2018. - №. 2. - С. 47-51

116. Ткаченко, А.А. Судебно-психиатрическая экспертиза / А.А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 672 с.

117. Ткаченко, А.А. Предмет судебно-психиатрической экспертизы и трансляционная медицина / А.А. Ткаченко // Психическое здоровье. - 2017. – Т. 14. - №. 11. - С. 33-70.

118. Усюкина, М.В. Деменция при эпилепсии / М.В. Усюкина, А.В. Фролова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111. – №. 5-2. – С. 72-75.

119. Усюкина, М.В. О значении комплексного психолого-психиатрического исследования при оценке когнитивных нарушений при эпилепсии / М.В. Усюкина // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. - 2015. – Вып. 12. - С. 171-180.

120. Усюкина, М.В. Диагностика и судебно-психиатрическая оценка когнитивных расстройств в рамках органического расстройства личности вследствие эпилепсии / М.В. Усюкина, М.В. Лаврущик // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. - М.: НМИЦ ПН им. В.П. Сербского. – 2020. – Вып. 17. – С. 178-187.

121. Усюкина, М.В. Когнитивные нарушения и социальное функционирование при органическом расстройстве личности вследствие эпилепсии / М.В. Усюкина, С.В. Корнилова., М.В. Лаврущик // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121. – №. 6. – С. 21-26.

122. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению органических психических расстройств (проект). – URL: <http://www.psychiatr.ru/dow./1269> (дата обращения: 19.02.2022). – Текст: электронный.

123. Ферстл, Х. Деменция. Пер. с нем. / Х. Ферстл, А. Мелике, К. Вайхель / Под общ. ред. О.С. Левина. - 2-е изд. - М.: МЕД пресс-информ, 2012. - 112 с.

124. Фролова, А.В. Клинико-динамические характеристики и судебно-психиатрическая оценка деменции при эпилепсии: автореф. дисс.

... канд. мед. наук: 14.01.06 / Фролова Александра Владимировна. – М., 2011. - 20 с.

125. Функциональный диагноз в судебной психиатрии: монография / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2001. - С. 76-98.

126. Функциональный диагноз в психиатрии / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Г.В. Бурковский [и др.]. - СПб.: СпецЛит, 2013. - 231 с.

127. Харитонов, Н.К. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе (клинический и правовой аспекты). Монография. / Н.К. Харитонов, Е.В. Королева - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2009. - 396 с.

128. Харитонов, Н.К. Типология, клинические особенности и судебно-психиатрическая оценка психогенных состояний в уголовном и гражданском процессе // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. А.А. Ткаченко. - М.: Издательство Юрайт, 2012. - Глава 13. - С. 366-393.

129. Харитонов, Н.К. Экспертная оценка органических психических расстройств у лиц позднего возраста в гражданском процессе / Н.К. Харитонов, Е.В. Королева, О.Ю. Тюлькина // Российский психиатрический журнал. – 2021. - №. 1. - С. 10-12.

130. Хохлов, Л.К. Экзогенно-органическая патология: неврозоподобные состояния, острые, затяжные симптоматические психозы, психоорганические синдромы. Терапия когнитивных расстройств / Л.К. Хохлов, А.Л. Хохлов // Монография. - Ярославль: ООО «Фотолайф», 2019. – 413 с.

131. Цыганков, Б.Д. О классификации психических заболеваний для использования в педагогической работе и при проведении научных исследований / Б.Д. Цыганков, С.А. Овсянников // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2011. – Т. 111. - №. 9. - С. 88-89.

- 132.** Чердак, М.А. Сосудистая деменция / М.А. Чердак, О.В. Успенская // Неврология, психиатрия, психосоматика. - 2010. - №. 1. - С. 30-36.
- 133.** Чередниченко, О.Ю. Уголовно-процессуальная дееспособность у лиц с органическим расстройством личности / О.Ю. Чередниченко // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии. - 2005. - С. 31.
- 134.** Чикин, Е.Р. Клинико-динамические варианты прогрессивного склерозно-органического поражения головного мозга (судебно-психиатрический аспект): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Чикин Евгений Рудольфович. - М., 1995. - 26 с.
- 135.** Чуркин, А.А. Распространенность психических расстройств в современном мире. Научный обзор. / А.А. Чуркин, Б.С. Положий, В.И. Ревенко, Г.Ф. Ракицкий // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2009. - №. 2. – С. 36-38.
- 136.** Чуркин, А.А. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2009 / А.А. Чуркин, Н.А. Творогова // Статистический справочник. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2011. – 62 с.
- 137.** Шишков, С.Н. Актуальные проблемы совершенствования психиатрического законодательства / С.Н. Шишков // Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – №. 3. – С. 104-107.
- 138.** Шостакович, Б.В. Методология, этапы и стадии судебно-психиатрического диагноза / Б.В. Шостакович // Функциональный диагноз в судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. – М., 2001 – С.7-19.
- 139.** Шостакович, Б.В. Методология и стадии судебно-психиатрического диагноза / Б.В. Шостакович // Руководство по судебной психиатрии. – М., 2004. – С. 74-81.
- 140.** Яхно, Н.Н. Синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина

// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105. - №. 2. - С. 13-17.

141. Яхно, Н.Н. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / Н.Н. Яхно, А.Б. Локшина, В.В. Захаров // Клиническая геронтология. – 2005. - Т. 11. - №. 9. - С. 38–39.

142. Яхно, Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике / Н.Н. Яхно // Неврологический журнал. – 2006. - Т. 11. - №.51. - С. 4-12.

143. A Comprehensive Approach to Assessment of Testamentary Capacity / A. Kenepp, E. Johnson, G.L. Lee [et al.] // *Frontiers in psychology*. – 2021. – Vol. 12. – Pp. 789494-789494.

144. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease / F. Jessen, R.E. Amariglio, M. Van Boxtel [et al.] // *Alzheimer's & dementia*. – 2014. – Vol. 10. – №. 6. – Pp. 844-852.

145. A Primer on Criminal Law and Neuroscience: A contribution of the Law and Neuroscience Project, supported by the MacArthur Foundation / S.J. Morse, A.L. Roskies (Eds.). – N.Y.: Oxford University Press, 2013. – P. 286.

146. Age- associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures of clinical change – report of a national institute of mental health work group / T. Crook, R.T. Bartus, S.H. Ferris [et al.] // *Developmental neuropsychology*. – 1986. - Vol. 2. – №. 4. – Pp. 261-276.

147. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders / American Psychiatric Association. - 5th ed. Arlington. - American Psychiatric Association Publ., 2013.

148. Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life / D.W. Black, T. Gunter, P. Loveless, B. Sieleni // *Ann Clin Psychiatry*. – 2010. – Vol. 22. – №. 2. – Pp. 113-120.

149. Atypical and typical presentations of Alzheimer's disease: a clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathological study of 13 cases / C.J.

Galton, K. Patterson, J.H. Xuereb, J.R. Hodges // *Brain*. - 2000. - Vol. 123. - №. 3. - Pp. 484-498.

150. Blazer, D. Neurocognitive disorders in DSM-5 / D. Blazer // *American Journal of Psychiatry*. - 2013. - Vol. 170. - №. 6. - Pp. 585-587.

151. Can the clinical dementia rating scale identify mild cognitive impairment and predict cognitive and functional decline? / C. Woolf, M.J. Slavin, B. Draper [et al.] // *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. - 2016. - Vol. 41. - №. 5-6. - Pp. 292-302.

152. Carlew, A.R. DSM nosology changes in neuropsychological diagnoses through the years: a look at ADHD and mild neurocognitive disorder / A.R. Carlew, A.L. Zartman // *Behavioral Sciences*. - 2017. - Vol. 7. - №. 1. - P. 1.

153. Characteristic differences in the mini-mental state examination used in Asian countries / Y.S. Shim, D.W. Yang, H.J. Kim [et al.] // *BMC neurology*. - 2017. - Vol. 17. - №. 1. - Pp. 1-9.

154. Cheng, J. Bridging neuropsychology and forensic psychology: Executive function overlaps with the central eight risk and need factors / J. Cheng, M.E. O'Connell, J.S. Wormith // *International journal of offender therapy and comparative criminology*. - 2019. - Vol. 63. - №. 4. - Pp. 558-573.

155. Classification of neurocognitive disorders in DSM-5: a work in progress / M. Ganguli, D. Blacker, D.G. Blazer [et al.] // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. - 2011. - Vol. 19. - №. 3. - Pp. 205-210.

156. Clinical and pathological evidence for a frontal variant of Alzheimer disease / J.K. Johnson, E. Head, R. Kim [et al.] // *Archives of neurology*. - 1999. - Vol. 56. - №. 10. - Pp. 1233-1239.

157. Cognitive composites domain scores related to neuroimaging biomarkers within probable-amnesic mild cognitive impairment-storage subtype / A. Espinosa, M. Alegret, P. Pesini [et al.] // *Journal of Alzheimer's Disease*. - 2017. - Vol. 57. - №. 2. - Pp. 447-459.

158. Cummings, J.L. Frontal-subcortical circuits and human behavior / J.L. Cummings // *Archives of neurology*. – 1993. – Vol. 50. – №. 8. – Pp. 873-880.

159. Dementia risk prediction in the population: are screening models accurate? / B.C. Stephan, T. Kurth, F.E. Matthews [et al.] // *Nature Reviews Neurology*. – 2010. – Vol. 6. – №. 6. – P. 318.

160. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM- IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P.L. Morosini, L. Magliano, L.A. Brambilla [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – Vol. 101. – №. 4. – Pp. 323-329.

161. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium / I.G. McKeith, D.W. Dickson, J. Lowe [et al.] // *Neurology*. - 2005. - Vol. 65. - №. 12. - Pp. 1863-1872.

162. Díaz-Mardomingo, M. Detección precoz del deterioro cognitivo leve y conversión a la enfermedad de Alzheimer: Un estudio longitudinal de casos / M. Díaz-Mardomingo, S. García-Herranz, H. Peraita-Adrados // *Psicogeriatra*. – 2010. – Vol. 2. – Pp. 105-111.

163. Differentiating among prefrontal substrates in psychopathy: neuropsychological test findings / K.S. Blair, C. Newman, D.G. Mitchell [et al.] // *Neuropsychology*. – 2006. – Vol. 20. – №. 2. – P. 153.

164. Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease / S. Galluzzi, C.F. Sheu, O. Zanetti [et al.] // *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. – 2005. – Vol. 19. – №. 4. – Pp. 196-203.

165. Ethnic differences in Mini- Mental State Examination (MMSE) scores: Where you live makes a difference / D.V. Espino, M.J. Lichtenstein, R.F. Palmer, H.P. Hazuda // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2001. – Vol. 49. – №. 5. – Pp. 538-548

166. Frequency of mental and addictive disorders among 320 men and women entering the Iowa prison system: use of the MINI-Plus / T.D. Gunter, S.

Arndt, G. Wenman [et al.] // Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online. – 2008. – Vol. 36. – №. 1. – Pp. 27-34.

167. Gaebel, W. Mental and behavioural disorders in the ICD-11: concepts, methodologies, and current status / W. Gaebel, J. Zielasek, G.M. Reed // Psychiatria polska. – 2017. - Vol. 51. – №. 2. – Pp. 169-195.

168. Ganguli, M. Can the DSM-5 framework enhance the diagnosis of MCI? / M. Ganguli // Neurology. – 2013. – Vol. 81. – №. 23. – Pp. 2045-2050.

169. Handbook of normative data for neuropsychological assessment / M. Mitrushina, K.B. Boone, J. Razani, L.F. D'Elia. – N.Y.: Oxford University Press, 2005. – P. 1025.

170. Heterogeneity in mild cognitive impairment: Differences in neuropsychological profile and associated white matter lesion pathology / L. Delano-Wood, M.W. Bondy, J. Sacco [et al.] // Journal of the International Neuropsychological Society. – 2009. – Vol. 15. – №. 6. – Pp. 906-914.

171. Heterogeneous neuropathological findings in Parkinson's disease with mild cognitive impairment / C.H. Adler, J.N. Caviness, M.N. Sabbagh [et al.] // Acta neuropathologica. – 2010. – Vol. 120. – №. 6. – Pp. 827-828.

172. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis / N. Ciesielska, R. Sokolowski, E. Mazur [et al.] // Psychiatr Pol. – 2016. – Vol. 50. – №. 5. – Pp. 1039-1052.

173. 'It's definitely not Alzheimer's': Perceived benefits and drawbacks of a mild cognitive impairment diagnosis / T. Gomersall, S.K. Smith, C. Blewett, A. Astell // British Journal of Health Psychology. – 2017. – Vol. 22. – №. 4. – Pp. 786-804.

174. Jongsiriyanyong, S. Mild cognitive impairment in clinical practice: a review article / S. Jongsiriyanyong, P. Limpawattana // American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®. – 2018. – Vol. 33. – №. 8. – Pp. 500-507.

- 175.** Juckel, G. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia / G. Juckel, P.L. Morosini // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2008. – Vol. 21. – №. 6. – Pp. 630-639.
- 176.** Kaufmann, P.M. Neuropsychologist experts and neurolaw: cases, controversies, and admissibility challenges / P.M. Kaufmann // *Behavioral sciences & the law*. – 2013. – Vol. 31. – №. 6. – Pp. 739-755.
- 177.** Kral, V.A. Senescent forgetfulness: benign and malignant / V.A. Kral // *Canadian Medical Association Journal*. – 1962. – Vol. 86. – №. 6. – P. 257.
- 178.** Langa, K.M. The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review / K.M. Langa, D.A. Levine // *Jama*. – 2014. – Vol. 312. – №. 23. – Pp. 2551-2561.
- 179.** Leonard, E.L. Forensic neuropsychology and expert witness testimony: An overview of forensic practice / E.L. Leonard // *International Journal of law and psychiatry*. – 2015. – Vol. 42. – Pp. 177-182.
- 180.** Levy, R. Aging-associated cognitive decline / R. Levy // *International Psychogeriatrics*. – 1994. – Vol. 6. – №. 1. – Pp. 63-68.
- 181.** Lopez, O.L. Mild cognitive impairment / O.L. Lopez // *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*. – 2013. – Vol. 19. – №. 2 Dementia. – P. 411.
- 182.** Maj, M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria / M. Maj // *World Psychiatry*. – 2011. – Vol. 10. – №. 2. – P. 81.
- 183.** Mental disorders and mental health symptoms during imprisonment: A three-year follow-up study / C. Gabrysch, R. Fritsch, S. Priebe [et al.] // *Plos one*. – 2019. – Vol. 14. – №. 3. – P. 0213711.
- 184.** Meynen, G. Neurolaw: neuroscience, ethics, and law. review essay / G. Meynen // *Ethical Theory and Moral Practice*. – 2014. – Vol. 17. – №. 4. – Pp. 819-829.

- 185.** Mild cognitive impairment and cognitive impairment, no dementia: Part A, concept and diagnosis / H. Chertkow, Z. Nasreddine, Y. Joanette [et al.] // *Alzheimer's & Dementia*. – 2007. – Vol. 3. – №. 4. – Pp. 266-282.
- 186.** Mild cognitive impairment is related to Alzheimer disease pathology and cerebral infarctions / D.A. Bennett, J.A. Schneider, J.L. Bienias [et al.] // *Neurology*. – 2005. – Vol. 64. – №. 5. – Pp. 834-841.
- 187.** Mild cognitive impairment: a concept in evolution / R.C. Petersen, B. Caracciolo, C. Brayne [et al.] // *Journal of internal medicine*. – 2014. – Vol. 275. – №. 3. – Pp. 214-228.
- 188.** Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates / A. Ward, H.M. Arrighi, S. Michels, J.M. Cedarbaum // *Alzheimer's & Dementia*. – 2012. – Vol. 8. – №. 1. – Pp. 14-21.
- 189.** Mild cognitive impairment: ten years later / R.C. Petersen, R.O. Roberts, D.S. Knopman [et al.] // *Archives of neurology*. - 2009. - Vol. 66. - №.12. - Pp. 1447-1455.
- 190.** Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment / B. Winblad, K. Palmer, M. Kivipelto [et al.] // *Journal of internal medicine*. - 2004. - Vol. 256. - №. 3. – Pp. 240-246.
- 191.** Mild Neurocognitive Disorder: An Old Wine in a New Bottle / G.B. Stokin, J. Krell-Roesch, R.C. Petersen, Y.E. Geda // *Harvard review of psychiatry*. – 2015. – Vol. 23. – №. 5. – P. 368.
- 192.** Morris, J.C. Revised criteria for mild cognitive impairment may compromise the diagnosis of Alzheimer disease dementia / J.C. Morris // *Archives of neurology*. – 2012. – Vol. 69. – №. 6. – Pp. 700-708.
- 193.** Morris, J.C. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules / J.C. Morris // *Neurology*. – 1993. – Vol. 43. - №. 11. – Pp. 2412-4.

- 194.** Neurobiological correlates in forensic assessment: A systematic review / T. Van der Gronde, M. Kempes, C. van El [et al.] // *PloS one*. – 2014. – Vol. 9. – №. 10. – P. e110672.
- 195.** Neuropathologic features of amnesic mild cognitive impairment / R.C. Petersen, J.E. Parisi, D.W. Dickson [et al.] // *Archives of neurology*. – 2006. – Vol. 63. – №. 5. – Pp. 665-672.
- 196.** Neuropathological comparisons of amnesic and nonamnesic mild cognitive impairment / B.N. Dugger, K. Davis, M. Malek-Ahmadi [et al.] // *BMC Neurology*. – 2015. – Vol. 15. - №. 1. – Pp. 1-8.
- 197.** Nonamnesic mild cognitive impairment progresses to dementia with Lewy bodies / T.J. Ferman, G.E. Smith, K. Kantarci [et al.] // *Neurology*. – 2013. – Vol. 81. – №. 23. – Pp. 2032-2038.
- 198.** Petersen, R.C. Mild cognitive impairment / R.C. Petersen // *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. – 2004. – Vol. 10. – №. 1. – Pp. 9-28.
- 199.** Petersen, R.C. Mild cognitive impairment / R.C. Petersen // *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. – 2016. – Vol. 22. – №. 2 *Dementia*. – P. 404.
- 200.** Petersen, R.C. Mild cognitive impairment / R.C. Petersen // *New England Journal of Medicine*. – 2011. – Vol. 364. – №. 23. – Pp. 2227-2234.
- 201.** Petersen, R.C. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity / R.C. Petersen // *Journal of internal medicine*. – 2004. – Vol. 256. – №. 3. – Pp. 183-194.
- 202.** Petersen, R.C. Mild cognitive impairment: transition from aging to Alzheimer's disease / R.C. Petersen // *Alzheimer's disease: advances in etiology, pathogenesis and therapeutics*. – 2001. – Pp. 141-151.
- 203.** Philipse, M.W.G. Psychische stoornissen en delictgedrag / M.W.G. Philipse, H.L.I. Nijman, B.H. Bulten // *Reizen met mijn Rechter: psychologie van het recht*; P.J. van Koppen et al. (Eds.). – 2010. – Pp. 67-90.

- 204.** Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology / R.C. Petersen, O. Lopez, M.J. Armstrong [et al.] // *Neurology*. – 2018. – Vol. 90. – №. 3. – Pp. 126-135.
- 205.** Predicting functional ability in mild cognitive impairment with the Dementia Rating Scale-2 / M.C. Greenaway, N.L. Duncan, S. Hanna, G.E. Smith // *International Psychogeriatrics*. – 2012. – Vol. 24. – №. 6. – Pp. 987-993.
- 206.** Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population / J.E. Graham, K. Rockwood, B.L. Beattie [et al.] // *The Lancet*. - 1997. - Vol. 349. - №. 9068. – Pp. 1793-1796.
- 207.** Problems in classifying mild cognitive impairment (MCI): one or multiple syndromes? / M. Díaz-Mardomingo, S. García-Herranz, R. Rodríguez-Fernández [et al.] // *Brain sciences*. – 2017. – Vol. 7. – №. 9. – P. 111.
- 208.** Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: results of the German AgeCoDe study / H. Kaduszkiewicz, M. Eisele, B. Wiese [et al.] // *The Annals of Family Medicine*. – 2014. – Vol. 12. – №. 2. – Pp. 158-165.
- 209.** Psychological expert witness testimony and judicial decision making trends / D.L. Shapiro, L. Mixon, M. Jackson, J. Shook // *International journal of law and psychiatry*. – 2015. – Vol. 42. – Pp. 149-153.
- 210.** Reitan, R.M. Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage / R.M. Reitan // *Perceptual and motor skills*. – 1958. – Vol. 8. – №. 3. – Pp. 271-276.
- 211.** Relationship between clinical outcomes measures and personal and social performance functioning in a prospective, interventional study in schizophrenia / R. Vauth, B. Carpiniello, J. Turczyński [et al.] // *International journal of methods in psychiatric research*. – 2021. – Vol. 30. – №. 2. – P. e1855.
- 212.** Saunders, N.L.J. Longitudinal deficits to attention, executive, and working memory in subtypes of mild cognitive impairment / N.L.J. Saunders, M.J. Summers // *Neuropsychology*. – 2011. – Vol. 25. – №. 2. – P. 237.

213. Schmand, B. Meta-analysis of CSF and MRI biomarkers for detecting preclinical Alzheimer's disease / B. Schmand, H.M. Huizenga, W.A. Van Gool // *Psychological medicine*. – 2010. – Vol. 40. – №. 1. – Pp. 135-145.

214. Schneider, K. *Klinische Psychopathologie* / K. Schneider. – Stuttgart: Thieme, 1976.

215. Schouws, S. The importance of neuropsychological assessment for forensic psychiatric evaluations of defendants / S. Schouws, C. Jonker, G. Meynen // *Tijdschrift voor Psychiatrie*. – 2016. – Vol. 58. – №. 12. – Pp. 872-880.

216. Schouws, S. Zin en onzin van het meten van intelligentie / S. Schouws // *Psychopraktijk*. – 2015. – Vol. 7. – №. 3. – Pp. 34-36.

217. Stage- specific behavioral, cognitive, and in vivo changes in community residing subjects with age- associated memory impairment and primary degenerative dementia of the Alzheimer type / B. Reisberg, S.H. Ferris, M.J. de Leon [et al.] // *Drug Development Research*. – 1988. – Vol. 15. – №. 2-3. – Pp. 101-114.

218. Subjective cognition and amyloid deposition imaging: a Pittsburgh Compound B positron emission tomography study in normal elderly individuals / A. Perrotin, E.C. Mormino, C.M. Madison [et al.] // *Archives of neurology*. – 2012. – Vol. 69. – №. 2. – Pp. 223-229.

219. Subjective cognitive complaints and amyloid burden in cognitively normal older individuals / R.E. Amariglio, J.A. Becker, J. Carmasin [et al.] // *Neuropsychologia*. – 2012. – Vol. 50. – №. 12. – Pp. 2880-2886.

220. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE- R): a brief cognitive test battery for dementia screening / E. Mioshi, K. Dawson, J. Mitchell [et al.] // *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*. – 2006. – Vol. 21. – №. 11. – Pp. 1078-1085.

221. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association

workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease / G.M. McKhann, D.S. Knopman, H. Chertkow [et al.] // *Alzheimer's & dementia*. - 2011 – Vol. 7. – №. 3. – Pp. 263-269.

222. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging- Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease / M.S. Albert, S.T. DeKosky, D. Dickson [et al.] // *Alzheimer's & dementia*. – 2011. – Vol. 7. – №. 3. – Pp. 270-279.

223. The heterogeneity of mild cognitive impairment: A neuropsychological analysis / D.J. Libon, S.X. Xie, J. Eppig [et al.] // *Journal of the International Neuropsychological Society*. – 2010. – Vol. 16. – №. 1. – Pp. 84-93.

224. The National Institute on Aging-Alzheimer's Association research criteria for mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: predicting the outcome / L.H. Guo, P. Alexopoulos, T. Eisele [et al.] // *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. – 2013. – Vol. 263. – №. 4. – Pp. 325-333.

225. The relationship between education level and mini-mental state examination domains among older Mexican Americans / D. Matallana, C. De Santacruz, C. Cano [et al.] // *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. – 2011. – Vol. 24. – №. 1. – Pp. 9-18.

226. Twee verdachten met hersenletsel en crimineel gedrag. De bijdrage van de neuroloog aan forensisch psychiatrische diagnostiek / C. Jonker, I. Matthaei, S.N.T.M. Schouws, E.P.K. Sikkens // *Tijdschrift voor psychiatrie*. – 2011. – Vol. 53. – №. 3. – Pp. 181-187.

227. Validity and reliability of two alternate versions of the Montreal Cognitive Assessment (Hong Kong version) for screening of Mild Neurocognitive Disorder / A. Wong, S. Yiu, Z. Nasreddine, K.T. Leung [et al.] // *PLoS One*. – 2018. – Vol. 13. – №. 5. – P. e0196344.

228. Vollema, M. Neuropsychologische aspecten van persoonlijkheidsstoornissen / M. Vollema // *Handboek*

persoonlijkheidspathologie. – Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017. – Pp. 69-86.

229. Walters, G.D. Dementia: Continuum or distinct entity? / G.D. Walters // *Psychology and aging*. – 2010. – Vol. 25. – №. 3. – P. 534.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

А.1 Клиническое наблюдение №1

В., 1968 года рождения (53 года), обвиняемый по ст.111 ч.1, находился на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в Центре с февраля по март 2021 года.

По данному делу подэкспертный 26.11.2020г. был амбулаторно освидетельствован экспертами «Психиатрической клинической больницы №1 им. Н.А. Алексеева», где диагностические и экспертные вопросы решены не были.

Из анамнеза известно, что В. родился и воспитывался в полной семье, единственным ребенком. Раннее его развитие протекало без патологии. Воспитывался дома, детские дошкольные учреждения не посещал. С учебой в школе справлялся, окончил 10 классов. Проходил службу в армии во внутренних войсках. Впоследствии работал в полиции, был уволен в связи с привлечением к уголовной ответственности. Был женат, от брака двое детей.

В 1996г. был впервые привлечен к уголовной ответственности за умышленное причинение тяжкого телесного повреждения.

С 1998 по 2013гг. подэкспертный многократно привлекался к уголовной ответственности по обвинению в кражах. В местах лишения свободы характеризовался положительно: спокойным, тактичным, неоднократно поощрявшимся администрацией учреждения.

В период отбывания наказания с 13 мая 2007 года по 29 апреля 2008 года проходил стационарное лечение по поводу туберкулеза легких. Был выписан с диагнозом: «Клиническое излечение инфильтративного туберкулеза легких с наличием больших остаточных посттуберкулезных изменений в виде пневмофиброза и плотных очагов в верхней доле правого легкого».

9 декабря 2015 года в очередной раз был осужден по ст.111 ч.1 УК РФ. Согласно характеристике, до совершения преступления по месту регистрации не проживал в связи с обветшанием и разрушением дома. Злоупотреблял алкогольными напитками, не работал, занимался попрошайничеством. В период следствия ему была проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза. Комиссией было дано заключение о наличии у подэкспертного синдрома зависимости от алкоголя, что не лишало его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Принудительные меры медицинского характера не рекомендовались.

10 июня 2019 года в ходе ссоры подверг избиению своего соседа, причинив телесные повреждения. Был осужден по ст.112 ч.2 УК РФ. Из мест лишения освобожден в июле 2020 года.

30 августа 2020 года В., находясь в состоянии алкогольного опьянения, нанес потерпевшему М. в область туловища не менее двух ударов руками и ногами, чем причинил последнему тяжкие телесные повреждения в виде перелома 4-6 ребер, осложненного гемопневмотораксом. Будучи допрошенным, В. вину признавал, в содеянном раскаивался. В период нахождения под стражей режим не нарушал. 22 декабря 2020 года перенес рожистое воспаление правой голени.

При обследовании в Центре было выявлено следующее.

Соматическое состояние. Среднего роста, удовлетворительного питания. Выглядит значительно старше своего возраста. На правой руке татуировка в виде женщины и мужчины, на пальце – дата 1968. На кистях, предплечьях старые мелкие рубцы. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 71 в минуту. Артериальное давление 210/70 мм. рт. столба. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Дизурических явлений нет. Иммуноферментный анализ антител к *Treponema Pallidum* в сыворотке крови отрицательный. Антитела к *Treponema*

Pallidum в реакции пассивной гемагглютинации сомнительная. Клинические анализы мочи, крови – в пределах нормы. При электрокардиографии острой коронарной патологии не выявлено. Консультирован оториноларингологом: «Нейросенсорная тугоухость 2-3 ст.». При УЗИ органов брюшной полости и почек выявлены диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Терапевтом дано заключение, что грубой соматической патологии не выявлено.

Неврологическое состояние. Менингеальные симптомы не определяются. Форма черепа обычная. Глазные щели симметричные. Зрачки равномерные, фотореакция сохранена, D=S. Нистагма нет. Конвергенция сохранена. Лицо симметричное, ассиметрии носогубных складок нет. Походка неровная. Незначительный гипергидроз стоп, кистей. Координаторные пробы выполняет с промахиванием. Патологических сухожильных рефлексов не выявляется. Определяется смешанный, неустойчивый дермографизм. Чувствительность периферическая снижена. При реоэнцефалографии выявляются признаки сосудистой дистонии смешанного типа (с преобладанием гипертонуса). На краниограмме достоверных признаков деструктивных, травматических изменений костей свода черепа не прослеживается. Турецкое седло обычной формы и размеров. При электроэнцефалографии отмечаются умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга регуляторного характера с нерезко выраженными признаками, указывающими на тенденцию к повышению синхронизирующих влияний и снижению тонуса активирующих мозговых механизмов на кору головного мозга. Заключение офтальмолога: при исследовании глазного дна обнаружено умеренное расширение вен. Заключение невролога: «Легкая резидуальная неврологическая симптоматика сложного генеза (травматического, токсического)».

Психическое состояние. В ясном сознании, доступен контакту. Охотно беседует с врачом. Ситуационно дезориентирован во времени, не может назвать текущее число месяца. Цель экспертизы понимает формально правильно, себя считает психически здоровым. Держится без должного учета ситуации,

дистанцию не удерживает. Фон настроения неустойчивый, легко раздражается, повышает голос, использует бранную речь. При этом быстро успокаивается, становится благодушным. Мимика его выразительная. Не всегда понимает смысл заданного вопроса, ссылается на слабый слух, «травмы головы», «контузии». На вопросы отвечает обстоятельно, соскальзывая с темы. Анамнестические сведения сообщает непоследовательно, затрудняется датировать важные события своей жизни, ссылается на забывчивость. Не может назвать дат рождения детей, периода нахождения в браке. Категорически отрицает злоупотребление алкоголем, говорит «только по праздникам». О периоде, относящемся к инкриминируемому деянию, рассказывает сумбурно, сбивчиво, при этом повышает голос, аффектируется и размашисто жестикулирует. Говорит, что «знакомый и две девушки попросили купить чекушек», «ну как девушкам отказать», «ему не продавали, а я майор, меня знают, мне продали», «побил парня, но с ним все в порядке», «он сам виноват». По существу не может пояснить возможный исход юридической ситуации, последствия для себя. Жалуется на слабость в ногах, периодические головокружения, шум в голове при перемене погоды, бессонницу, снижение памяти и слуха, повышенную утомляемость. Рассказывает, что у него изменился характер, стал несдержанным, вспыльчивым «при общении с дураками». В период нахождения на экспертизе большую часть времени был бездеятелен, режим не нарушал. Мышление обстоятельное, тугоподвижное. Суждения его эгоцентричные, аффективно насыщенные, поверхностные. Истошечен. Эмоционально неустойчив, вспыльчив, раздражителен, дисфоричен. Мнестические возможности снижены. Критика к своему состоянию и сложившейся судебно-следственной ситуации нарушена.

При экспериментально-психологическом исследовании выявляется тенденция к снижению продуктивности когнитивных процессов, обстоятельность и ригидность мышления. Основные мыслительные операции в основном проводятся с направленной помощью экспериментатора на несложном стимульном материале, отмечается преимущественное использование конкретно-

ситуационных связей, представлений бытового уровня, а также собственных предпочтений; подэкспертный лишь в единичных пробах оперирует несложными категориями. Отмечается низкий уровень абстрагирования. Установление последовательности событий затруднено. Вместе с тем подэкспертный в целом осмысляет несложные сюжетные ситуации на наглядном материале. Ассоциации соответствуют словам-стимулам конкретного и конкретно-ситуационного уровня, также с проекцией собственных представлений и личного опыта. При вербальном ассоциировании отмечается низкий семантический уровень, подэкспертный периодически не может сформулировать ответную ассоциацию одним словом, отвечает с помощью фраз. При исследовании мнестических процессов выявляется неустойчивость активного внимания, снижение как объема непосредственного запоминания, так и долговременной памяти. В ходе работы подэкспертному в целом сложно выполнять предложенные задания, в большинстве случаев он ориентирован на направленную помощь экспериментатора. К концу исследования выявляются признаки утомляемости. В личностной сфере у подэкспертного отмечается легкость возникновения аффективных, протестных реакций, вспыльчивость, выступает тенденция к отреагированию эмоций с трудностями конструктивного решения проблем и пренебрежением последствий своих действий, недостаточная способность извлекать пользу из опыта. Характерна ориентация на собственные потребности и интересы со склонностью к самопопустительству и недоучетом социальных норм. Отмечается снижение критических и прогностических способностей.

При нейропсихическом исследовании на первый план выходит значительно выраженный дефицит нейродинамических характеристик психической деятельности в виде снижения, колебания, истощения умственной работоспособности, сужения объема психической деятельности, что прежде всего отражается на функционировании мнестической и интеллектуальной сфер. Отмечается выраженное снижение функций программирования, регуляции и контроля за протеканием произвольной психической деятельности в виде

нарушений ориентировочной основы деятельности, импульсивности и ригидности психических процессов, что обнаруживается и в дефицитарности сферы произвольных движений и действий (праксис). Общую выраженность актуального нейрокогнитивного функционирования можно охарактеризовать как выраженное снижение с вероятной заинтересованностью передних отделов головного мозга, глубинных структур и теменных отделов.

Комиссия пришла к заключению, что В. страдает *органическим расстройством личности в связи со смешанными заболеваниями*; степень выраженности указанного психического расстройства столь значительна, что оно лишало В. в период инкриминируемого ему деяния возможности осознавать фактический характер, общественную опасность своих действий и руководить ими. С учетом психического состояния В. ему было рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа.

Обсуждение. Данное клиническое наблюдение иллюстрирует достаточно типичную в судебно-психиатрической практике совокупность экспертных случаев, которые принято оценивать как «степень выраженности такова, что ...не мог осознавать своих действий и руководить ими».

Органическая этиология заболевания подэкспертного представляется очевидной – длительное массивное злоупотребление алкоголем, сопутствующая соматическая патология, перенесенные черепно-мозговые травмы. Органическое психическое расстройство подтверждается и результатами параклинических исследований (тенденция к повышению синхронизирующих влияний и снижению тонуса активирующих мозговых механизмов на кору головного мозга – по данным ЭЭГ), выявленным органическим патопсихологическим симптомокомплексом (снижение продуктивности когнитивных процессов, обстоятельность и ригидность мышления).

Определенные проблемы могут возникнуть при синдромальной квалификации расстройства. Выраженность клинически определяемых когнитивных нарушений у подэкспертного не столь значительна, чтобы можно было бы говорить о состоянии деменции. Совокупность феноменологических проявлений в целом соответствует критериям диагностики органического расстройства личности (МКБ-10). Имеющиеся когнитивные расстройства сосуществуют с выраженными волевыми нарушениями, которые в данном случае можно считать приоритетными для выбора решения о невменяемости.

Отдельного внимания заслуживает проблема оценки очевидного когнитивного дефицита – приоритетная задача разграничения деменции и предементного когнитивного расстройства. Объективизации критериев его оценки способствуют результаты НПО, в соответствии с которыми речь может идти о когнитивном дефиците, соответствующим (в том числе и с учетом ранжирования соответствующих психометрических методик) выраженной степени нарушений на уровне предементного когнитивного расстройства.

В данном клиническом наблюдении это разграничение принципиально не влияет на итоговую экспертную оценку на уровне юридического критерия формулы невменяемости, поскольку неспособность подэкспертного к произвольной регуляции своего поведения в период, относящийся к совершению инкриминируемого деяния определялась не только его способностью к их осознанию, но и руководству ими.

А.2 Клиническое наблюдение №2

И., 1981 года рождения (39 лет), обвиняемый по ст.158 ч.1, ст.158 ч.2 в кражах, находился на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в Центре с ноября по декабрь 2020 года.

По данному делу подэкспертный 25.08.2020г. был амбулаторно освидетельствован экспертами «Московского областного клинического наркологического диспансера», где диагностические и экспертные вопросы решены не были.

Из анамнеза известно, что наследственность его психопатологически не отягощена. Родился и воспитывался в полной семье, старшим из двоих детей. Раннее его развитие протекало без патологии. Обучение в школе начал своевременно, имел среднюю успеваемость. После окончания 9 классов общеобразовательной школы, поступил в железнодорожный техникум, однако его не окончил. В 1996г. был впервые привлечен к уголовной ответственности за хулиганство. С 1999 по 2001 гг. проходил срочную службу в армии, был демобилизован на общих основаниях. После армии официально не трудоустраивался, перебивался случайными заработками.

В 2003 и 2007 гг. переносил черепно-мозговые травмы, в 2007 году ему проводилась операция по трепанации черепа. После травм отмечались эпизодические судорожные приступы, по этому поводу принимал карбамазепин.

С 2007 по 2017 гг. подэкспертный многократно привлекался к уголовной ответственности. Имел судимости за мошенничество, легализацию (отмывание) денег, грабеж, угон транспортного средства, кражу, незаконный оборот наркотиков. По прибытию в исправительную колонию был трудоустроен в промышленную зону учреждения на швейный участок. К труду относился добросовестно, производственно-трудовую дисциплину не нарушал. За добросовестное отношение к общественно-полезному труду, хорошее поведение, активное участие в общественной жизни осужденных отряда имел поощрения.

Прошел курс обучения в профессиональном училище по специальности «монтажник санитарно-технических, вентиляционных систем и оборудования», к обучению относился добросовестно. Вину в совершенном преступлении признал полностью, раскаивался. Связь с родственниками поддерживал. По характеру был уравновешен, общителен, исполнительен. Администрация учреждения поддержала ходатайство осужденного о замене неотбытой части наказания более мягким видом наказания.

После освобождения проживал с гражданской женой и сыном, работал сантехником, содержал семью. Жена подэкспертного характеризовала его как порядочного, добросовестного человека. Отмечала, что за время совместного проживания конфликтов между ними не было, агрессии в её адрес он не проявлял.

С 2019 года является инвалидом 3-й группы по общему заболеванию, наблюдается у невролога.

02.04.2020 и 03.04.2020 гг. И. тайно похитил канализационный люк типа «ТС», стоимостью 4627 рублей 12 копеек, принадлежащий АО «Водоканал»; чугунный люк типа «Л» от канализационного колодца, стоимостью 5000 рублей и чугунный люк типа «Т» от водопроводного колодца стоимостью 8000 рублей, принадлежащие «Межрайонному Щелковскому Водоканалу». Будучи допрошенным, И. вину признавал, в содеянном раскаивался. В период нахождения под стражей открыто высказывал пренебрежение к органам правопорядка.

При обследовании в Центре было выявлено следующее:

Соматическое состояние. Среднего роста, удовлетворительного питания. Выглядит значительно старше своего возраста. На правой руке татуировка в виде женщины и мужчины, на пальце – дата 1968. На кистях, предплечьях старые мелкие рубцы. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 71 в минуту. Артериальное давление 210/70 мм. рт. столба. Живот мягкий,

безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Дизурических явлений нет. Иммуноферментный анализ антител к *Treponema Pallidum* в сыворотке крови отрицательный. Антитела к *Treponema Pallidum* в реакции пассивной гемагглютинации сомнительная. Клинические анализы мочи, крови – в пределах нормы. При электрокардиографии острой коронарной патологии не выявлено. Консультирован оториноларингологом: «Нейросенсорная тугоухость 2-3 ст.». При УЗИ органов брюшной полости и почек выявлены диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Терапевтом дано заключение, что грубой соматической патологии не выявлено.

Неврологическое состояние. Менингеальные симптомы не определяются. Форма черепа обычная. Глазные щели симметричные. Зрачки равномерные, фотореакция сохранена, D=S. Нистагма нет. Конвергенция сохранена. Лицо симметричное, ассиметрии носогубных складок нет. Походка неровная. Незначительный гипергидроз стоп, кистей. Координаторные пробы выполняет с промахиванием. Патологических сухожильных рефлексов не выявляется. Определяется смешанный, неустойчивый дермографизм. Чувствительность периферическая снижена. При реоэнцефалографии выявляются признаки сосудистой дистонии смешанного типа (с преобладанием гипертонуса). На краниограмме достоверных признаков деструктивных, травматических изменений костей свода черепа не прослеживается. Турецкое седло обычной формы и размеров. При электроэнцефалографии отмечаются умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга регуляторного характера с нерезко выраженными признаками, указывающими на тенденцию к повышению синхронизирующих влияний и снижению тонуса активирующих мозговых механизмов на кору головного мозга. Заключение офтальмолога: при исследовании глазного дна обнаружено умеренное расширение вен. Заключение невролога: «Легкая резидуальная неврологическая симптоматика сложного генеза (травматического, токсического)».

Психическое состояние. В ясном сознании, доступен продуктивному контакту. Понимает, где и с какой целью находится, возможные решения экспертизы и ее юридические последствия. Настроение ситуационно снижено, в ходе клинической беседы легко колеблется в сторону дисфоричного. Межличностную дистанцию соблюдает не всегда. На вопросы отвечает после пауз, склонен к излишней детализации, в отдельных случаях испытывает проблемы с подбором слов. Анамнестические сведения излагает, придерживаясь хронологического порядка, в достаточном объеме, при датировании отдельных событий испытывает затруднения. Предъявляет жалобы на периодически возникающую головную боль, головокружение, утомляемость, плохую переносимость душных помещений, снижение памяти, несдержанность, что связывает с перенесенными травмами головы. Сообщает, что в 2003 году в дорожно-транспортном происшествии перенес тяжелую черепно-мозговую травму, в связи с которой находился на лечении в больнице. Знает со слов врачей, что у него был отёк головного мозга, но на тот момент операцию выполнять не стали. Многословно, с раздражением рассказывает, что находился в больнице около 4-х месяцев, похудел с 90 до 67 килограмм, «всё потерял – семью, работу», существенно пострадало здоровье: помимо головных болей, стал «чувствовать погоду», при смене атмосферного давления «ломит спину, таз, ноги», также стал более конфликтным, вспыльчивым, легковозбудимым. Отмечает за период с 2003 по 2007 гг. один раз возник судорожный приступ с потерей сознания. В 2007 году после избиения «парализовало правую сторону», был направлен в больницу, где ему в экстренном порядке выполнялась операция по трепанации черепа. Сообщает, что после выписки участились судорожные припадки, возникали до 8-10 раз в год. Как правило перед припадком возникало чувство «уже виденного», появлялся неприятный запах «жжёной пластмассы», затем терял сознание. На фоне приема карбамазепина его состояние постепенно стабилизировалось, снизилась частота приступов, уменьшилась интенсивность головных болей, вместе с тем до настоящего времени нередко бывают состояния повышенной раздражительности, в целом стал хуже запоминать новую информацию, на фоне

перепадов давления «мелькают мушки перед глазами». О прошлых судимостях говорит с неохотой, с вызовом заявляет врачам, что он «свое отсидел» и в настоящее время «юридически не судим». Указывает, что, выйдя из мест лишения свободы в 2017 году, решил изменить свою жизнь, стал законопослушным, устроился на работу, сожительствовал с женщиной, «завел ребенка», большую часть своего времени уделял семье. Злоупотребление алкоголем, употребление наркотических веществ категорически отрицает. Кражи люков объясняет тем, что хотел помочь другу, так как тому очень нужны были деньги. В отделении активно интересовался проводимыми обследованиями, возможностью продлить группу инвалидности, находясь на судебно-психиатрической экспертизе. Мышление его конкретное, обстоятельное. Суждения поверхностны, категоричны, отдельные кататимны, память несколько снижена. Эмоциональные реакции лабильны, аффективно неустойчив. Критическое отношение к своему состоянию и сложившейся судебно-следственной ситуации, прогностические способности сохранены.

При экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают особенности личности в виде активности в реализации значимых намерений, что сочетается с выраженной эгоцентричностью и оценочностью в анализе происходящих с ним событий, стремление вписываться в общественные перемены, оппозиционностью в отношении социальных норм, асоциальным характером установок. Он склонен к переоценке своих ресурсов, в контактах с людьми предпочитает доминировать, нацелен на лидерство, всегда держится требовательно, директивно, категорично отстаивает свою позицию. Подэкспертному свойственна ситуационная тревожность, в конфликтных ситуациях часто проявляются трудности контроля переживаний, уязвимость, реактивность, склонность к активным деструктивным разрядам. Эмоциональные проявления достаточно выразительны и соответствуют динамике контакта. Ему доступен категориальный и функциональный уровень обобщений, но контроль высказываний крайне неустойчивый, подэкспертный может давать

малопродуманные формулировки. В логике подходов проявляется эгоцентричность и оценочность. Ассоциативные образы верно раскрывают содержание понятий, опираются на опыт. Вербальные ассоциативные реакции соответствуют содержанию слов-стимулов, но отдельные связи личностно окрашены. Мнестические возможности несколько снижены.

При нейropsихическом исследовании на первый план выходит выраженное снижение функций программирования регуляции и контроля в виде нарушений ориентировочной основы деятельности, импульсивности и инертности. Также наблюдается дефицит нейродинамических характеристик психической деятельности в виде снижения, колебания, истощения умственной работоспособности, сужения объема психической деятельности и модально-неспецифических нарушений памяти, а также умеренного снижения зрительно-пространственных функций. Общую выраженность актуального нейрокогнитивного функционирования можно охарактеризовать как выраженное снижение с вероятной заинтересованностью передних отделов головного мозга глубинных структур и теменных отделов.

Комиссия пришла к заключению, что И. обнаруживает признаки *органического расстройства личности в связи с травмой головного мозга*. Указанное психическое расстройство не лишало И. в период, относящийся к инкриминируемым ему деяниям, способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Обсуждение. Приведенное клиническое наблюдение иллюстрирует ту типичную совокупность органических психических расстройств, которая в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 трактуется как стойкое изменение личностного склада вследствие перенесенных органических вредностей – органическое расстройство личности, при котором когнитивная недостаточность в той или иной степени выраженности имеет место в клинической картине. Речь понятно не идет когнитивных расстройствах на уровне деменции, однако как о достаточных для их квалификации в качестве

патогномоничных симптомов органического психического расстройства как такового.

Клиническая картина в данном случае представляется достаточно однозначной как с точки зрения нозологической его оценки, так и синдромальной. Это относится к параметрам как качественной квалификации актуальных расстройств (феноменология, приоритетность, экспертная релевантность) так и количественной (степень выраженности). Соответственно, какие-либо проблемы при экспертной оценке данного клинического наблюдения по существу отсутствуют и это, безусловно, обращает на себя внимание с учетом того обстоятельства, что на этапе предварительной оценки (амбулаторное судебнопсихиатрическое освидетельствование) экспертные вопросы не были решены. По всей вероятности, такие издержки судебнопсихиатрической практики могут быть объяснены переоценкой значимости таких факторов как анамнестические сведения о перенесенных вредностях, наличие фасадной личностной патологии, имитирующей тяжесть расстройства, установки субъекта на утяжеление имеющихся проблем со здоровьем и др.

Реальная диагностическая проблема в данном случае может быть определена как необходимость обоснования когнитивной недостаточности как феномена, соответствующего критериям расстройства, в отличие от тех ее вариантов, которые принято обозначать функциональными, обусловленными такими первичными расстройствами как астения и др. Объективизация этих критериев возможна по результатам нейропсихологического обследования – выявленный дефицит нейродинамических характеристик психической деятельности в виде снижения, колебания, истощения умственной работоспособности, сужения объема психической деятельности и модально-неспецифических нарушений памяти.

А.3 Клиническое наблюдение №3

Н., 1998 года рождения (21 год), обвиняемый по ст.132 ч.4, находился на стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе в Центре в сентябре 2019 года.

По данному делу с 12 июля по 6 августа 2018 года подэкспертному проводилась стационарная экспертиза в Центре, где ему был установлен диагноз: «Органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями»; имеющееся психическое расстройство, лишало Н. способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период, относящийся к совершению инкриминируемого ему деяния (ч.1 ст.22 УК РФ). В связи с сомнениями в обоснованности выводов экспертов была назначена повторная стационарная комплексная судебная психолого-сексолого-психиатрическая экспертиза.

Из анамнеза известно, что наследственность его психопатологически не отягощена. Родился младшим из двоих детей, от беременности, протекавшей с угрозой прерывания. При рождении выявлялась кефалогематома. Вес при рождении составлял 3 650 г, рост – 52 см. В первые месяцы жизни устанавливался диагноз: «Перинатальная энцефалопатия травматического генеза». В последующем наблюдался в детской поликлинике по поводу «общего недоразвития речи», «минимальной мозговой дисфункции», «задержки речевого развития». В раннем возрасте у Н. тмечались стереотипные раскачивающиеся движения туловищем и руками, которые самостоятельно прошли к трем годам. Посещал занятия с логопедом, фразовая речь сформировалась к 6 годам. Детские дошкольные учреждения посещал, в детских коллективах был адаптирован. Обучение в школе начал своевременно, имел посредственную успеваемость. После окончания 9 классов общеобразовательной школы поступил в колледж услуг, где учился на повара. За время учебы зарекомендовал себя с положительной стороны, пропусков учебы не допускал, получал хорошие и отличные оценки. Выбранная профессия ему нравилась, был исполнительным

учащимся. В общественной жизни колледжа участия не принимал. По характеру был спокойный, но со сверстниками в группе отношений не поддерживал. При общении с преподавателями был тактичен, проявлял уважение, адекватно реагировал на замечания. Родители принимали участие в его воспитании, поддерживали связь с классным руководителем. Свободное от учебы время проводил за общением в социальных сетях, либо в тренажерном зале. Дома был неконфликтен, помогал родителям с домашними делами, имел хорошие отношения со старшим братом.

Весной 2018 г. проходил стационарное обследование по запросу военкомата. При поступлении был тревожен, предъявлял жалобы на нарушения сна. Фон настроения был ближе к субдепрессивному. Суждения – инфантильные, несколько облегченные. Не мог дать сведений о важных событиях в мире, при этом утверждал, что «всем интересуется». Поговорки и пословицы объяснял буквально. Демонстрировал низкий уровень знаний, путал даты важных событий. Характеризовал себя как уравновешенного, позитивного, говорил, что легко находит общий язык с окружающими. Мышление было с элементами аморфности. Внимание было снижено, быстро утомлялся в процессе беседы. Критика к состоянию формальная. При экспериментально-психологическом исследовании отмечались суждения с низкой смысловой насыщенностью. Был простодушен, непосредственен. Устная речь содержала эвфемизмы. Отмечался низкий уровень общей осведомленности: «столица Греции – Египет», «Италия находится во Франции», «температура кипения воды – 10 градусов». Отмечалось снижение объема кратковременной и долговременной памяти с конфабуляциями. Стремился воспроизводить ассоциативно-опосредованные образы, которые были конкретными, стереотипными, но просто и лаконично объяснялись. При исследовании мыслительных процессов выявлялись нарушения операциональной стороны мышления по типу снижения уровня доступных обобщений, снижение качества и продуктивности интеллектуальной деятельности, характеризующейся невысоким запасом знаний и сведений. Уровень общей осведомленности был

снижен, словарный запас невысокий. Были затруднены операции сравнения и абстрагирования. Решения давал с опорой на конкретно-ситуативные признаки предметов (при сравнении понятий затруднялся в поиске сходства и различия слов, устанавливает только различие: кошка/заяц – «кошка пушистая и с когтями, а заяц на 2-х... 4-х лапах»). Был склонен к установлению привычных житейских связей вместо операций классификации, при предъявлении карточки с изображением этажерки, кровати, шкафа, комода отвечал: «Нет лишнего, все мебель». Переносный смысл стимульного материала был недоступен, трактовался буквально («каменное сердце» – «сильное сердце») и эхологически («Цыплят по осени считают» – «считают цыплят... осенью... пересчитывают их количество»). Восстановление последовательности событий, составление рассказа также были недоступны, подсказка не влияла на качество деятельности. Была снижена способность анализировать целое через составляющие его части не видел целый образ при составлении картинки из составных частей). В эмоционально-волевой сфере отмечались смешанный тип реагирования, непосредственность и раскрепощенность поведения, высокая самооценка, потребность в реализации, стеничное противодействие обстоятельствам, сочетающиеся с эмоциональной незрелостью, сензитивностью к критическим замечаниям, эмоциональной неустойчивостью и неуверенностью. Давалось заключение, что на момент исследования на фоне снижения продуктивности селективных процессов и интеллектуально-мнестической деятельности в целом, в т.ч. невысоких уровней общей осведомленности, выявлялось снижение уровня доступных обобщений с опорой на конкретно-ситуативные признаки предметов. На Эхо-ЭГ от 28.03.2018г.: «срединные структуры мозга не смещены, выраженные признаки внутричерепной гипертензии». Был выписан после окончания обследования с диагнозом: «Органическое расстройство личности в связи с перинатальными причинами, с астеническими и аффективными проявлениями».

Н. обвиняется в том, что 25 апреля 2018 года совершил насильственные действия сексуального характера в отношении несовершеннолетнего Г. Будучи

допрошенным, Н. свою вину признавал частично, сообщал, что не был осведомлен о возрасте потерпевшего, считал его своим ровесником.

В период нахождения в следственном изоляторе подэкспертный в связи с наличием жалоб на сниженное настроение, нарушение сна, плаксивость был стационарирован в ПБ МСЧ-77. При поступлении был доступен контакту, ориентировался верно. На вопросы отвечал в плане заданного. Когнитивные и мнестические функции были несколько снижены, мышление – конкретного типа, фон настроения – неустойчивый. Был эмоционально сглажен, продуктивной психопатологической симптоматики, суицидальных мыслей на момент беседы не обнаруживал. Указывалось, что критические и прогностические функции у него снижены. На ЭЭГ от 07.06.2018 г. определялось легкое нарушение биоэлектрической активности головного мозга с диффузными неэпилептиформными изменениями, раздражением коры, дисфункцией корково-подкорковых взаимоотношений преимущественно на уровне диэнцефальных структур. На фоне проводимого лечения (пираретам, неупелтил, хлорпротиксен) выравнивалось настроение, нормализовался сон. Эмоциональные и поведенческие реакции приобрели адекватный характер. Был выписан с диагнозом: «Умственная отсталость легкой степени, с указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушений поведения. Бронхиальная астма, атопическая форма, вне обострения. ДН 0 ст. Поллиноз». Было рекомендовано наблюдение у психиатра, психолога.

При обследовании в Центре было выявлено следующее:

Соматическое состояние. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, пульс 72 удара в минуту. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Анализ крови на сифилис (ИФА антител в сыворотке крови) отрицательный. Общие анализы крови и мочи – в норме.

Заключение терапевта: «Бронхиальная астма, атопическая форма, вне обострения».

Неврологическое состояние. Менингеальные симптомы не определяются. Отмечается «высокое твердое нёбо», «сандалевидная щель». Глазная щель шире справа. Зрачки равномерные, фотореакция сохранена. Конвергенция ослаблена с двух сторон. Лицо симметричное, сглаженности носогубных складок нет. Девиация языка вправо. Мышечный тонус, мышечная сила в норме. Сухожильные и периостальные рефлексы живые. Брюшные рефлексы вызываются. Патологический рефлекс: симптом Якобсона-Ласка с двух сторон. Симптомы орального автоматизма не выявляются. Речь нормальная. В позе Ромберга устойчив, в усложненной позе Ромберга пошатывается, отмечается тремор век. Точные пробы выполняет удовлетворительно. Пробу на диадохокинез выполняет симметрично. Отмечается незначительный гипергидроз стоп, кистей. Дермографизм смешанный. Заключение окулиста: «Передние отрезки глазных яблок без патологии. Преломляющие среды прозрачны. Глазное дно: вены умеренно расширены». На электроэнцефалограмме определяются диффузные умеренные патологические изменения биоэлектрической активности мозга резидуально-органического характера с признаками дисфункции неспецифических срединных структур лимбико-диэнцефального уровня. По сравнению с исследованием 2018 года отмечается положительная динамика в виде регресса пароксизмальной активности. На реоэнцефалограмме пульсовое кровенаполнение снижено во всех бассейнах слева, в пределах нормы во всех бассейнах справа. Тонус магистральных артерий неустойчив, колебания нормо- и гипотонии во всех бассейнах. Тонус крупных артерий снижен, неустойчив – колебания гипотонии разной степени выраженности во всех бассейнах. Тонус средних и мелких артерий снижен, неустойчив – колебания гипотонии разной степени выраженности во всех бассейнах. Периферическое сосудистое сопротивление снижено во всех бассейнах. Во всех бассейнах регистрируются

признаки затруднения венозного оттока. Заключение невролога: «Резидуальные явления патологии раннего периода развития. Рассеянная микросимптоматика».

Психическое состояние. доступен контакту, ориентирован в месте, времени и собственной личности правильно. Мимика несколько однообразная, поза вначале напряженная, затем в ходе беседы становилась более свободной. Голос модулированный, речь с небольшим, но, в целом, достаточным словарным запасом. Зрительный контакт поддерживал. Фон настроения несколько повышен, часто, отвечая на вопросы, без видимого повода улыбался. Внимание заметно истощалось к концу беседы. На вопросы отвечал в целом в плане заданного, однако часто затруднялся описать свои переживания в той или иной ситуации, мотивы поступков, выбирал первый из предложенных экспертом вариантов, не мог объяснить свой выбор. Анамнестические сведения сообщал в целом последовательно, несколько обстоятельно, порой испытывал трудности с датированием событий. Дистанцию в беседе соблюдал. Цель проводимой экспертизы понимал правильно. Предъявлял жалобы на возникающие при перемене погоды и повышении артериального давления головные боли, периодически появляющиеся слабость, утомляемость, головокружение и «потемнение» в глазах при резком подъеме, трудности засыпания или ранние пробуждения (в 4-5 часов утра), после которых уже не мог заснуть. Сообщал о перенесенной в младшем школьном возрасте травме головы: «пробил голову об забор», показывая на лоб, замечал – «теперь там пластина». Рассказывал, что в детстве боялся темноты, поездок в автобусе и лифте, в подростковом возрасте ему периодически стали сниться кошмарные сновидения («голоса во сне»), в связи с чем спал при свете с 11-12 лет. Вспоминал, что учился в коррекционной школе, не всегда понимал материал, было «трудно запоминать», однако смог окончить 9 классов на хорошие и удовлетворительные оценки, самостоятельно выбрал профессию повара, которой обучался последние 3 года. С оживлением и видимым удовольствием рассказывал, как выпекал торты, ездил «на практику в разные рестораны», добавлял, что любит готовить и дома, вместе с матерью. Говорил, что

также любит читать «фантастику, про войну фантастическую», смотреть фильмы на эту тематику. Сообщал, что с 15-16 лет у него отмечались перепады настроения продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней: то оно было повышенным, то внезапно снижалось, тогда мог расплакаться без видимой причины. Рассказывал, что с 1 января 2018 г. у него изменилось состояние: было «плохое настроение», «ничего не хотел делать», «плохо спал», связывал эти изменения с тем, что «сбил режим» в новогоднюю ночь. Пояснял, что вплоть до задержания сохранялись указанные нарушения, а также была тревога, чувство, будто «схватит кто-то». Называл это состояние – «страсть», на вопрос эксперта о значении этого слова терялся. Также сообщал, что из-за тревоги и страхов в вечернее время он старался находиться с матерью, спал с ней в ее комнате. Пояснял, что примерно с марта 2018 г. ему «стали часто звонить из военкомата», из-за чего сильно переживал, так как «не хотел служить». Говорил, что ранее интимных отношений не имел, однако в старших классах ему нравилась девочка, ухаживал за ней, «носил портфель». Совершение инкриминируемого ему деяния признавал, излагал события в соответствии со своими показаниями в уголовном деле. Пояснял, что в тот день шел с учебы, в очередной раз ему позвонили из военкомата, из-за чего он сильно переживал. Решил «погулять, отвлечься», и на площадке «увидел странного мальчика, сорвался», «заклинило в голове». Путано объяснял, почему совершил с мальчиком действия сексуального характера. Так, сначала, соглашаясь с экспертом, говорил, что «был интерес к мальчику какой-то, глаз на него упал», однако в другом контексте беседы пояснял, что несовершеннолетние дети обоих полов его не привлекают, нравятся девушки-ровесницы. Вспоминал, что, трогая мальчика, «не возбуждался», но «зачем-то потрогал, вот в тот момент, наверное, был какой-то интерес, любопытство», но не сексуальный, «просто хотелось поговорить». Вспоминал, что в следственном изоляторе первое время у него было сниженное настроение, «переживал за маму», много плакал, несколько раз «слышал голос мамы из окна», но затем адаптировался, прежние страхи и тревога «прошли» в условиях заключения. На всем протяжении экспертизы соблюдал режим отделения, был упорядочен в

поведении. Ходил на прогулки, смотрел телепередачи, но большую часть дня ничем особо не занимался, залеживался в постели. С другими подэкспертными общался выборочно, по мере необходимости. Сон, аппетит достаточные. Эмоциональные реакции были лабильные, несколько однообразные. Мышление малодифференцированное, ближе к конкретному, обстоятельное. Суждения зачастую носили поверхностный, легковесный характер. Интеллектуально-мнестические функции снижены, но без грубых нарушений. Продуктивной психопатологической симптоматики в виде бреда и галлюцинаций на всем протяжении экспертизы не выявлялось. Критическое отношение к своему состоянию и сложившейся судебной ситуации было снижено.

При экспериментально-психологическом исследовании на фоне фиксированности на сложившейся ситуации с требованием оказания помощи, учёта предпочтений подэкспертного в разрешении обстоятельств, переживания чувства страха с убежденностью в собственной слабости и неспособности противостоять внешнему давлению, ориентации на помещение в стационар с изложением защитной версии правонарушения выявлялся невысокий уровень интеллектуального развития, трудности оперирования абстрактным стимульным материалом, обобщения на основе понятийных признаков, отмечалась концентрация внимания на внешних деталях без учета целостности ситуации в целом, трудности дифференцированного осмысления содержательной и эмоциональной стороны событий, ограниченная способность к аналитическому мышлению. В эмоциональной сфере преобладали низшие эмоции, аффективные проявления слабо дифференцированы и недостаточно полноценны. Волевые процессы проявлялись в элементарных влечениях, истощаемости, инертности психических процессов, недостаточности выполнения целенаправленной деятельности. Ассоциативные образы констатировали эмоциональный знак понятий, не раскрывали содержание и смысловую нагрузку понятий, графика стереотипна и примитивна. Выявлялась недостаточно организованная активность у личности с поисками признания, самоутверждения, импульсивной и

непосредственной в поведении и решениях, ориентированной на поиск удовольствия и нетерпимой к формальным рамкам и регламентациям. Недостаточная ориентация в личностно значимых аспектах ситуаций, диссоциативность стремления к самостоятельности, независимости и вместе с тем ориентации на мнение окружающих, проявления подчиняемости более авторитетным лицам, зависимости самооценочного уровня от успешности деятельности и внешнего одобрения сочетались с эмоциональной неустойчивостью, ранимостью и чувствительностью к критическим замечаниям, недостаточностью сформированности навыков конструктивного разрешения проблем в ситуациях конфликта, тенденцией избегания противоречий, внешнеобвиняющим поведением. Отмечалась напряженность в сфере социальных контактов, непостоянство, трудности их длительного удержания при потребности во внимании и принятии значимым окружением, переживании особых ярких ощущений и событий, а также переменчивость в отношениях у личности с ригидностью усвоенных способов реагирования, а также тенденцией избегания ответственности и невысоким чувством вины, недостаточной способностью к самообладанию и подавлению влечений.

При сексологическом обследовании. Оценить особенности сексуальной сферы Н. не представляется возможным в связи с недостаточностью клинической информации (уклончивые и неоднозначные ответы подэкспертного, а также различие сведений, сообщаемых при прошлой экспертизе и при настоящем обследовании).

При нейропсихическом исследовании на первый план выступает выраженное снижение в сфере программирования, регуляции и контроля на фоне изменения нейродинамических характеристик психических процессов, что отражается в первую очередь в интеллектуальной и мнестической сферах. Общую выраженность актуального нейрокогнитивного функционирования можно охарактеризовать как умеренно выраженное снижение.

Комиссия пришла к заключению, что у Н. имеется *органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями*. Имеющееся психическое расстройство, характеризующееся невысоким интеллектуальным уровнем с трудностями целостного осмысления содержательной стороны происходящих событий, склонностью к непосредственной реализации возникающих побуждений, недостаточностью волевого самоконтроля, ограничивало способность Н. в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период, относящийся к совершению инкриминируемого ему деяния (ч.1 ст.22 УК РФ).

Обсуждение. Данное клиническое наблюдение является по-своему типичной судебнопсихиатрической иллюстрацией применения нормы ограниченной вменяемости в отношении лица с органическим психическим расстройством и актуальными в криминальной ситуации чертами личностной незрелости, когнитивной недостаточности и пр.

Ранняя органическая патология сопровождалась задержкой речевого развития, неврозоподобными и церебрастеническими проявлениями в детстве. В подростковом возрасте на первый план выступили когнитивные и эмоционально-волевые расстройства с аффективными и астеническими проявлениями.

Ключевую роль в адаптации подэкспертного играет семейный фактор (длительное медицинское наблюдение в детском и подростковом возрасте, своевременная коррекция нарушений и выбор с учетом имеющейся патологии адекватных воспитательных стратегий), который способствовал лучшей реализации потенциала подэкспертного, его личностному функционированию на достаточном уровне и более полноценной социальной адаптации (чем это могло быть в другой ситуации).

Основная экспертная проблема в данном клиническом наблюдении состоит не столько в разграничении синдромально различающихся состояний в рамках очевидного органического психического расстройства – легкого когнитивного и

органического личностного расстройств, сколько в обосновании выводов о неполной способности подэкспертного к осознанию, руководству своими действиями в период совершения инкриминируемого деяния. Последняя задача (оценка в соответствии с волевым критерием формулы невменяемости) представляется приоритетной.

По результатам оценки актуального состояния подэкспертного его когнитивная и эмоционально-волевая сферы так и остаются развиты недостаточно. Социальные эталоны поведения усвоены формально. Важнейшие факторы социальных ситуаций в силу ограниченности социального опыта не учитываются. Как следствие, в ситуациях, сложных для личности с ограниченным личностным и когнитивным ресурсом, подэкспертный ориентируется на возникающие непосредственные побуждения. Цели выдвигаются импульсивно, полноценная оценка параметров ситуации и своих действий на всех этапах выстраиваемой деятельности отсутствует.

Объективизации связи между медицинским и юридическим критериями формулы ст. 22 УК РФ безусловно способствуют данные НПО обследования. Результаты его качественной оценки - непосредственность, ситуативность поведения подэкспертного (вплоть до полевого) с низким уровнем осмысления свидетельствуют о выраженной дефицитарности звена планирования (в потенциальной системе саморегуляции). Количественная оценка выраженности дефицита функций программирования, регуляции и контроля, измеренная количественно в балльной (1,86) или процентной шкале (62%), способствует более точному обоснованию применению 22 ст. УК РФ.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Карта обследования*ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ*

1. Номер п/п
2. Номер акта
3. ФИО
4. Год рождения
5. Дата комиссии

НАСТОЯЩАЯ ЭКСПЕРТИЗА

6. Ранее судебно-психиатрическое освидетельствование по данному делу (1 – не проходил, 2 – только амбулаторно, 3 – только стационарно, 4 – амбулаторно-стационарно)
7. Кратность предыдущих освидетельствований по данному делу (1 – не проходил, 2 – однократно, 3 – дважды, 4 – многократно)
8. Статус настоящей экспертизы (1 – первичная, 2 – повторная, 3 – дополнительная)
9. Вид настоящей экспертизы по данному уголовному делу (1 – однородная, 2 – комплексная психолого-психиатрическая, 3 – комплексная сексолого-психиатрическая, 4 – комплексная психолого-сексолого-психиатрическая)
10. Причины назначения экспертизы (1 – наличие психиатрического анамнеза, 2 – «необычность» правонарушения, 3 – «необычность» поведения, высказываний в период следствия, 4 – тяжесть криминала, 5 – формальные)

АКТУАЛЬНАЯ КРИМИНАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ

11. Статьи обвинения в соответствии с УК РФ (перечень)
12. Количество эпизодов
13. Количество инкриминируемых статей

14. Состояние опьянения
15. Потерпевшие (1 – родные/близкие, 2 – знакомые, 3 – случайные знакомые, 4 – посторонние, 5 – иное)
16. Мотивация ООД (1 – реально-бытовая, 2 – активная психопатологическая, 3 – дефицитарная психопатологическая)
17. Механизмы ООД (1 – аффектогенные, 2 – ситуационно-импульсивные, 3 – анетические, 4 – мотивы-суррогаты, 5 – мотивы психопатической самоактуализации, 6 – суггестивные мотивы)
18. Правонарушение совершено (1 – в группе, 2 – в одиночку)
19. При групповом характере правонарушения (1 – лидер, 2 – ведомый, 3 – неизвестно)
20. Ситуация правонарушения (1 – нейтральная, 2 – провоцирующая, 3 – неизвестно)

ЭКСПЕРТНОЕ РЕШЕНИЕ

21. Заключительный диагноз (основной)
22. Заключительный диагноз (сопутствующий)
23. Экспертное решение о вменяемости (1 – вменяем, 2 – невменяем, 3 – ограничено вменяем)
24. Принудительные меры медицинского характера (1 – не назначались, 2 – амбулаторное наблюдение, 3 – стационар общего типа, 4 – стационар специализированного типа, 5 – стационар специализированного типа с интенсивом, 6 – иное (при отказе от дачи))
25. Уголовно-процессуальная дееспособность (1 – УПД не нарушена, 2 – не может давать показания, 3 – не может самостоятельно участвовать в судопроизводстве, 4 – уголовно-процессуально недееспособен)

АНАМНЕЗ: СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

26. Возраст на момент обследования

27. Образование (1 – начальное, 2 – неполное среднее, 3 – среднее / среднее специальное, 4 – неполное высшее / высшее, 5 – вспомогательная школа)
28. Семейное положение (1 – холост, 2 – разведен, 3 – в браке, в т.ч. гражданском, 4 – вдовец)
29. Род занятий и социальное положение (1 – без определенных занятий, 2 – работающий, 3 – учащийся, 4 – пенсионер по возрасту, 5 – инвалид)
30. Трудовая адаптация (1 – удовлетворительная, 2 – неудовлетворительная)
31. Социальная адаптация (1 – удовлетворительная, 2 – неудовлетворительная)
32. Динамика социальной адаптации (1 – стабильная, 2 – с тенденцией к дезадаптации)
33. Инвалидность по психическому состоянию

АНАМНЕЗ КЛИНИЧЕСКИЙ

34. Наследственная отягощенность (1 – не отягощен, 2 – эндогенные расстройства, 3 – состояния зависимости, 4 – умственная отсталость, 5 – личностные расстройства, 6 – органические психические расстройства, 7 – иное, 8 – сочетанные варианты)
35. Ведущее расстройство в детском возрасте (1 – нет, 2 – задержка развития, 3 – когнитивные нарушения, 4 – эмоционально-волевые расстройства, 5 – церебрастения, 6 – неврозоподобная симптоматика, 7 – иное)
36. Органические вредности детского возраста (1 – нет, 2 – перинатальная патология, 3 – ЧМТ, 4 – цепочка детских инфекций, 5 – иные, 6 – сочетанные варианты)
37. Ведущее расстройство в подростковом возрасте (1 – нет, 2 – задержка развития, 3 – когнитивные нарушения, 4 – церебрастения, 5 – эмоционально-волевые расстройства, 6 – пубертатные психопатологические синдромы, 7 – иное)
38. Органические вредности подросткового возраста (1 – нет, 2 – алкогольная интоксикация, 3 – интоксикация ПАВ, 4 – ЧМТ, 5 – эндокринная патология, 6 – соматическая патология, 7 – сочетанные варианты, 8 – иные)

39. Ведущее расстройство зрелого возраста к моменту криминала (1 – нет, 2 – когнитивные нарушения, 3 – личностные расстройства, 4 – эмоционально-волевые расстройства, 5 – расстройства в сфере влечений, 6 – невротический спектр, 7 – психопродуктивная симптоматика, 8 – аффективные расстройства, 9 – пароксизмальные расстройства, 10 – церебрастения, 11 – иное)

ОРГАНИЧЕСКИЕ ВРЕДНОСТИ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

40. Алкогольная интоксикация (1 – нет, 2 – умеренная, 3 – выраженная)

41. Интоксикация ПАВ (1 – нет, 2 – умеренная, 3 – выраженная)

42. ЧМТ (1 – нет, 2 – легкая, 3 – выраженная)

43. Соматическая патология (1 – нет, 2 – легкая, 3 – выраженная)

44. Медицинская помощь в анамнезе (1 – нет, 2 – психиатрическая, 3 – соматическая, 4 – комплексная)

45. Возраст оказания медицинской помощи (1 – не оказывалась, 2 – только детский, 3 – только подростковый, 4 – только в зрелом возрасте, 5 – начиная с детского возраста, 6 – начиная с подросткового возраста)

46. Характер оказываемой медицинской помощи (1 – не оказывалась, 2 – только амбулаторно, 3 – стационарно)

АНАМНЕЗ КРИМИНАЛЬНЫЙ

47. Диссоциальные установки на этапе до совершеннолетия (1 – нет, 2 – отдельные нарушения, 3 – выраженные)

48. Криминальное поведение (1 – нет, 2 – с подросткового возраста, 3 – в зрелом возрасте)

49. Привлечение к уголовной ответственности (1 – нет, 2 – с подросткового возраста, 3 – в зрелом возрасте)

50. Судимости (1 – нет, 2 – одна/две, 3 – три и более)

51. Предыдущее дело (статьи обвинения в соответствии с УК РФ)

ЭКСПЕРТНОЕ РЕШЕНИЕ ПО ПРЕДШЕСТВУЮЩЕМУ ДЕЛУ

52. Заключительный диагноз (по МКБ-10)
53. Экспертное решение о вменяемости (1 – вменяем, 2 – невменяем, 3 – ограниченно вменяем)
54. Принудительные меры медицинского характера (1 – не назначались, 2 – амбулаторное наблюдение, 3 – стационар общего типа, 4 – стационар специализированного типа, 5 – стационар специализированного типа с интенсивом)
55. Отбывал наказание (1 – однократно, 2 – повторно, 3 – многократно)
56. Деадаптация в местах лишения свободы (1 – не было, 2 – без оказания психиатрической помощи, 3 – с оказанием психиатрической помощи)

Динамика клинико-криминологических показателей при многократном привлечении к уголовной ответственности

57. Тяжесть ООД (1 – не меняется, 2 – смещение в сторону более легких, 3 – смещение в сторону более тяжелых)
58. Кратность повторных ООД (1 – в течение года, 2 – от 1 до 3 лет, 3 – от 3 до 5 лет, 4 – больше 5 лет)
59. Экспертное решение о вменяемости (1 – без изменений, 2 – благоприятная динамика, 3 – неблагоприятная динамика)
60. Специфика ПММХ (1 – стабильна, 2 – усиление мер, 3 – ослабление мер)

АКТУАЛЬНОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ

61. Нарушения когнитивных функций (1 – нет, 2 – легкие, 3 – умеренные, 4 – выраженные)
62. Нарушения эмоционально-волевой сферы (1 – нет, 2 – легкие, 3 – умеренные, 4 – выраженные)
63. Расстройства сферы влечений (1 – нет, 2 – легкие, 3 – умеренные, 4 – выраженные)
64. Полиморфизм ведущих расстройств (1 – один ведущий синдром, 2 – два ведущих синдрома, 3 – три ведущих синдрома)

СОПУТСТВУЮЩИЙ СИНДРОМ

65. Церебрастения (1 – нет, 2 – легкая, 3 – умеренная, 4 – выраженная)
66. Неврозоподобные расстройства (1 – нет, 2 – легкие, 3 – умеренные, 4 – выраженные)
67. Дерезализационно-деперсонализационный синдром (1 – нет, 2 – легкий, 3 – умеренный, 4 – выраженный)
68. Психогенные расстройства (1 – нет, 2 – легкие, 3 – умеренные, 4 – выраженные)
69. Пароксизмальные расстройства (1 – нет, 2 – легкие, 3 – умеренные, 4 – выраженные)
70. Соматическая патология (1 – нет, 2 – легкая, 3 – умеренная, 4 – выраженная)
71. Характер соматической патологии (1 – сердечно-сосудистая, 2 – ЖКТ, 3 – легочная, 4 – эндокринная, 5 – иная, 6 – сочетанная)
72. Неврологическая патология (1 – нет, 2 – легкая, 3 – умеренная, 4 – выраженная)
73. Данные ЭЭГ: патология (1 – нет, 2 – легкая, 3 – умеренная, 4 – выраженная)

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ

74. Оценка когнитивных функций по шкале МоСА
75. Оценка когнитивных функций по шкале MMSE
76. Оценка функционирования по шкале PSP

ГРУППИРОВКА НА НОЗОЛОГИЧЕСКОМ УРОВНЕ

77. Коморбидность (1 – да, 2 – нет)

Характеристика коморбидности

78. Алкоголизм (1 – да, 2 – нет)
79. Наркомания (1 – да, 2 – нет)
80. Актуальная соматическая патология (1 – да, 2 – нет)
81. Расстройство в сфере сексуальных влечений (1 – да, 2 – нет)

82. Этиологическая характеристика (1 – моногенез, 2 – смешанного генеза)

ГРУППИРОВКА НА СИНДРОМАЛЬНОМ УРОВНЕ

83. Структура (1 – когнитивные нарушения, 2 – сочетанные синдромы)

84. Характер сочетания (1 – когнитивные и эмоционально-волевые расстройства, 2 – когнитивные и расстройства в сфере влечения, 3 – когнитивные и экспертно-нерелевантные синдромы)

85. Выраженность когнитивных нарушений (1 – легкие, 2 – умеренные, 3 – выраженные)

ГРУППИРОВКА С УЧЕТОМ ХАРАКТЕРА ЭКСПЕРТНЫХ ПРОБЛЕМ

(на момент комиссии)

86. Основные экспертные проблемы на уровне (1 – нет, 2 – медицинского критерия, 3 – юридического критерия, 4 – медицинского и юридического)

87. Суть проблем на уровне медицинского критерия (1 – нет, 2 – нозологическая принадлежность, 3 – начало актуального психического расстройства, 4 – характер течения (хроническое или временное), 5 – синдромологический диагноз, 6 – глубина и тяжесть синдрома)

88. Суть проблем на уровне юридического критерия (1 – нет, 2 – вменяем однозначно, 3 – вменяем или ограниченно вменяем, 4 – ограниченно вменяем или невменяем, 5 – невменяем однозначно, 6 – вменяем или невменяем)

89. Суть проблем при оценке УПД (1 – нет, 2 – дифференциация стойких нарушений УПД, 3 – дифференциация временных нарушений УПД)