

49

На правах рукописи

КОРНИЛОВА
Светлана Викторовна

**Агрессивное поведение и общественная опасность лиц,
страдающих эпилепсией
(судебно-психиатрический аспект)**

14.00 18 – «психиатрия»

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



Москва – 2007

Диссертация выполнена в Федеральном государственном учреждении «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им В П Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» и в Московской психиатрической больнице №5

Научный руководитель

доктор медицинских наук Марина Валерьевна Усюкина

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Мая Михайловна Мальцева
Федеральное государственное учреждение «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им В П Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

доктор медицинских наук, профессор Борис Алексеевич Казаковцев
Департамент развития медицинской помощи и курортного дела
Минздравсоцразвития России

Ведущее учреждение:

Федеральное государственное учреждение «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита диссертации состоится «25» сентября 2007 г в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 208 024 01 в ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 119992, Москва, Кропоткинский пер , 23

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Центра
Автореферат разослан «15» августа 2007 г

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

И Н Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Высокая распространенность феномена агрессии при психических расстройствах, а также его тесная связь с общественно опасными деяниями (ООД) обуславливают рост интереса исследователей к данной проблеме. Взаимоотношение агрессии и психопатологии особенно актуально, так отмечается неуклонный рост числа опасных действий против жизни и здоровья личности, совершаемых психически больными (Дмитриева Т Б, Мохонько А Р, 2006, Phillips J, 1996) С D Webster (1997), S Stubner (2003), N Nedopil (2003, 2005) и др. Придают огромное значение социо-демографическим и клиническим факторам в предсказании риска совершения правонарушений психически больными. Для обоснования мер предупреждения агрессивного поведения необходимы как анализ психопатологических, психологических, мотивационных сторон поведения субъекта, так и оценка роли макро- и микросоциальных факторов, влияющих на его общественно опасные действия (Дмитриева Т Б, Шостакович Б В, 2002)

Особую связь между клиническими проявлениями при эпилепсии и характером поведения отмечают Болдырев А И (1997), Болотова Т В (1998), Смольянинова В Ф (1998), Казаковцев Б А (1999), Зенков Л Р (2004, 2007), Калинин В В (2004, 2006), Усюкина М В (2001-2006), Простова А С (2005), Kowalik A (1995), Marsh L, Kraus Y L (2000), Ritaccio A L, Devinsky O (2001) и другие. Обсуждая проблему специфичности психических расстройств при эпилепсии, Э Л Максимова с соавт (1995-2000), J E Starmark (1995), M M Robertson (1995), S Friedrich (1999), J Barry et al (2001), J Engel (2001), D Blumer (2002), B Schmitz (2002), P Wolf (2003), K Kanemoto (2002), A M Kanner (2004, 2005) описывают преобладание аффективных нарушений, В А Карлов (2006), М Я Киссин (2007), J Engel (2001), J Barry et al (2001), D Blumer (2002), B Schmitz (2002), K Kanemoto (2002), A M Kanner (2004) - психотической симптоматики, поведенческих и социальных расстройств, что обуславливает, по мнению L Ignatowicz et al (1995), C Baumgartner (1995), R Yonosuke et al (1999), аномальное поведение больных, в первую очередь - агрессивное.

P Dodd et al (1997), A Kowalik et al (1995), J Burcet-Darde (2002), рассматривая взаимоотношение между эпилепсией и насильственным поведением, отмечали периодические вспышки агрессивности, которые

значительно превосходят по своей выраженности вызвавшие их психосоциальные стрессы

В П Котов (1998), А С Дмитриев (1998), В И Мельник (2001) подчеркивали общественную опасность больных эпилепсией и указывали, что она может быть обусловлена наличием бредовых идей, расстройств влечений, тяжелых аффективных и личностных расстройств и иных болезненных расстройств психики. Необходимость определения общественной опасности больных эпилепсией определяется повторностью и непредсказуемостью в ряде случаев начала состояний нарушенного сознания, наличием ауто- и гетероагрессивных форм поведения, динамикой и прогнозом заболевания с формированием специфических эпилептических изменений психики с тенденцией к прогрессивности эпилептического процесса

Для определения общественной опасности необходимо учитывать объективные данные, характеризующие поведение больного до, во время и после совершения правонарушения. Немаловажное значение при этом имеет клинико-психопатологический анализ ООД в аспекте его генеза, прежде всего вскрытие его психопатологических механизмов, а также определение признаков, свидетельствующих о возможности повторения общественно опасных поступков (Котов В П, Мальцева М М, 1985-2006, Кудрявцев И А, 1999)

Учитывая полиморфизм психических расстройств при эпилепсии, связь патогномичных для данного заболевания психических расстройств с характером ООД, а также преобладание правонарушений против личности, изучение общественной опасности данного контингента больных является актуальной задачей судебно-психиатрической практики

Цель исследования: разработка критериев судебно-психиатрической оценки больных эпилепсией с агрессивным поведением и подходов к определению их потенциальной общественной опасности

Задачи исследования:

- 1 Психопатологический анализ психических расстройств у больных эпилепсией, совершивших агрессивные противоправные деяния
- 2 Определение роли клинико-психопатологических, ситуационных, криминологических факторов в формировании агрессивных форм поведения у лиц, страдающих эпилепсией

3 Выявление наиболее характерных для эпилепсии психопатологических механизмов общественно опасных деяний

4 Обоснование подходов к прогнозированию вероятности и характера общественно опасного деяния больных эпилепсией с агрессивными формами поведения

НАУЧНАЯ ПОВИЗНА На основании комплексного исследования получены новые данные о клинко-психопатологическом, динамическом, криминологическом своеобразии лиц, страдающих эпилепсией с агрессивными формами поведения. Всесторонне изучены психопатологические механизмы ООД, показана значительная представленность негативно-личностных механизмов противоправного поведения указанных лиц. Впервые выделены устойчивые особенности стиля саморегуляции поведения у больных эпилепсией, признанных «невменяемыми». Определены подходы к судебно-психиатрической оценке потенциальной общественной опасности больных эпилепсией.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ. Результаты исследования способствуют оптимизации экспертной оценки и обоснования прогноза различных форм агрессивного поведения при эпилепсии. Разработанная система комплексных подходов к анализу клинко-психопатологических и психологических механизмов агрессивных расстройств поведения у лиц, страдающих эпилепсией, позволяет аргументированно решать экспертные задачи, а также давать рекомендации по реабилитационным мероприятиям.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ. Основные положения диссертационной работы доложены 18 апреля 2007 г на Проблемном Совете по судебной психиатрии ФГУ «ГНЦССП Росздрава»

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ. Полученные результаты используются в практике судебно-психиатрических экспертных комиссий в ФГУ «ГНЦССП Росздрава», при проведении принудительного лечения в психиатрической больнице №5

ПУБЛИКАЦИИ. По материалам исследования опубликовано 6 печатных работ. Список опубликованных статей приводится в конце автореферата.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В работе произведен анализ данных, полученных при обследовании 146 подэкспертных мужчин, находившихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ФГУ «ГПЦССП Росздрава», которым был установлен диагноз эпилепсии.

Основную группу наблюдений (118 человек) составили пациенты, которые были признаны неспособными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Группа сопоставления (28 человек) сформирована из больных, признанных неспособными в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (ст. 22 УК РФ).

Из 118 человек, направленных на принудительное лечение, 28 было лично обследовано катamnестически и 11 - впервые в Московской психиатрической больнице №5.

В работе использовались диагностические критерии МКБ-10, разделы G 40 (эпилепсия) и F 0 (органические, включая симптоматические психические расстройства), критерии Международной классификации эпилепсии (1989 г.), классификация эпилептических припадков (1981 г., Киото, Япония).

Для верификации психических нарушений, их динамики и прогноза были использованы клинико-психопатологический, клинико-динамический, катamnестический и экспериментально-психологический методы исследования, а также особое внимание было уделено неврологическому и ЭЭГ исследованию.

Полученные данные формализовались с помощью специально разработанной оригинальной карты обследования.

Экспериментально-психологическое исследование осуществлялось совместно с канд. психол. наук Булыгиной В. Г. и включало использование следующих инструментов: методика изучения стилевых особенностей саморегуляции (В. И. Моросанова, 1998), методика исследования самооотношения (МИС) (В. И. Панталева, 1993), тест оценки коммуникативных умений.

По материалам исследования была создана компьютерная база данных, на основе которой проводилась статистическая обработка полученных результатов, включающая анализ частотности анализируемых признаков.

(абсолютные их значения, удельный вес), вычисление критериев Фишера, Фишера по Гублеру, для чего были использованы программные средства Microsoft Excel. При обработке результатов психологических методик использовались 1 Т-критерий Стьюдента для определения значимости различий по средним значениям в группах 2 Дисперсионный однофакторный анализ 3 К-минз кластерный анализ для выделения гомогенных групп, классифицированных по заданному признаку 4 Корреляционный анализ - этап установления связи (мерой которой является коэффициент корреляции) между каждым параметром всех методик. Анализ производился с помощью статистических пакетов SPSS-10.05 и Statistika-5.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В обеих группах преобладали лица от 18 до 30 лет (70% и 50,4%) с длительностью заболевания от 11 до 20 лет (32,2% и 50%).

Более половины обследованных во второй группе получили среднее специальное образование и занимались квалифицированным физическим трудом. Неполное среднее образование имели в большем проценте случаев лица основной группы, что отразилось на их низком профессиональном уровне и последующей как макро-, так и микросоциальной дезадаптации. Треть обследованных основной группы находились в конфликтных отношениях в семье, в семьях больных второй группы преобладали доброжелательные, неконфликтные отношения. Большой процент инвалидности второй группы (33,9%), наличие инвалидов первой группы и инвалидов детства свидетельствует о раннем начале заболевания, выраженности психопатологической симптоматики и дезадаптации больных основной группы с закономерной утратой трудоспособности и постановкой на учет в психоневрологическом диспансере чаще, чем в группе сравнения.

Анализ клинико-динамических показателей обследуемых лиц свидетельствует об особенностях у больных основной группы раннего периода развития, выражающихся в трудностях обучения, а также свойственных им с детства при раннем начале эпилептического процесса девиантных форм поведения с преобладанием психической расторможенности, психопатоподобного поведения.

У обследуемых основной группы в анамнезе преобладали полиморфные пароксизмальные (сумеречные и делириозные состояния помрачений сознания, психосенсорные, психомоторные, снаподобные,

аффективные пароксизмы) и непароксизмальные (параноидные эпилептические психозы, аффективные состояния) психические расстройства. При этом кратность судорожных припадков, выявленная с наибольшей частотой в основной группе, указывает на большую тяжесть заболевания. Среди особенностей личности у больных основной группы достоверно преобладали жестокость (50,8%, $p < 0,01$), властность (15,25%, $p < 0,05$), злопамятность (61,8%, $p < 0,01$), обидчивость (88,9%), злобность (72,03%, $p < 0,05$), брутальность (30,5%, $p < 0,01$) и в то же время – цезойливость, недоверчивость и подозрительность, у подэкспертных группы сравнения – угодливость, сенситивность, мнительность, тревожность, педантичность, аккуратность.

Агрессивные формы поведения больных эпилепсией.

В зависимости от *направленности агрессии* у обследованных больных выделены гетеро- и аутоагрессивные *формы поведения*. *Гетероагрессивные формы* включали 1) агрессивное настроение, выражающееся появлением на фоне пониженного настроения мрачности, злобности, повышенной раздражительности, 2) вербальную агрессию, проявляющуюся словесными оскорблениями, угрозами со стремлением к доминированию и моральному унижению в адрес в основном лиц ближайшего окружения, 3) физические агрессивные действия, 4) разрушительные действия, 5) смешанные агрессивные состояния. *Аутоагрессивные формы* поведения включали стойкие, повторяющиеся суицидальные мысли и действия.

Повышение степени агрессивности с течением заболевания отмечено в основной группе (83,05%, $p < 0,01$). Из агрессивного настроения и вербального варианта агрессивного поведения у обследуемых происходила трансформация в физические и разрушительные формы, заканчивающиеся нанесением тяжких телесных повреждений и убийством. Во второй же группе характер агрессивных проявлений с течением заболевания оставался неизменным.

Оценивая криминальную активность обследуемых, следует отметить явное преобладание правонарушений против личности в обеих группах при значительной представленности убийств (49,15%), угрозы убийством (20,3%) и телесных повреждений (21,2%) в основной группе (во второй группе 50%, 10,7%, 7,14% соответственно).

В качестве объекта криминальной активности чаще выступали лица ближайшего окружения. Агрессия в период правонарушения у одного и того же обследуемого в ряде случаев была направлена на несколько объектов (на

жену и детей, родителей и жену, родственников и случайных знакомых) В 15,25% случаев в основной и в 10,7% случаев в группе сопоставления агрессивность проявлялась в отношении друзей и соседей. Во второй группе обследуемые не проявляли агрессивность в отношении родственников.

Поведение потерпевших из лиц близкого окружения в основной группе было *провоцирующим* (50%), когда они не принимали во внимание болезнь подэкспертного, провоцировали его своим поведением и высказываниями. Поведение жертв среди случайных знакомых – преимущественно неосторожным, связанным с отсутствием сведений о болезни и о ее проявлениях. *Нейтральное* поведение (40%) характеризовалось ровными, спокойными отношениями потерпевшего по отношению к обследуемому. *Агрессивное* поведение жертв (10%) заключалось в оскорблениях, а иногда в нанесении телесных повреждений самому обследуемому. На первый план у больных при этом выступала упорная злость с утверждением своей правоты, агрессивной настроенностью по отношению к пострадавшему, что способствовало совершению деликта.

В подавляющем большинстве случаев психическое состояние, отмечавшееся у подэкспертного в момент ООД, определяло его отношение к потерпевшему. В связи с этим выделены следующие варианты агрессивных форм поведения (по механизму возникновения). В 60% основной и в 56,5% случаев группы сопоставления обследуемые реализовали агрессивные действия непосредственно вслед за оскорблением, неповиновением жертвы. Отсроченная агрессия проявлялась чаще во второй группе 43,5% (в первой - 41,4%), когда любая нанесенная обида копилась и при удобном случае «выплескивалась» на потерпевшего. Смещенная агрессия (7,07% - основная, 8,7% - вторая группы) вымещалась на совершенно случайных людях или родственниках, даже на детях.

По данным Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича (2000), существенное влияние на формирование агрессивного криминального поведения и реализацию агрессии могут оказывать психопатологические проявления, главным образом, ведущий психопатологический синдром. С диагностической точки зрения, как считает В.В. Вандыш-Бубко с соавт. (2005), важны две основные характеристики ведущего расстройства его структура и выраженность.

В качестве *ведущего психопатологического синдрома* на момент ООД выступали среди непсихотических – психопатоподобный синдром, выявленный в 78,6% случаях среди лиц группы сопоставления и в 52,5%

основной ($p < 0,01$), среди психотических - синдром помрачения сознания с преобладанием пароксизмального состояния в виде сумеречного (11,8%)

У больных группы сопоставления при формально правильно воспринимаемых ситуативных обстоятельствах чрезмерное эмоциональное реагирование было связано со свойственными больным эпилепсией личностными особенностями, дисфорическими состояниями. В период ООД в 78,6% случаев у больных этой группы преобладал психопатоподобный синдром. Дисфорический синдром, не достигающий до психотического уровня, когнитивные нарушения и синдром расстройства влечений в момент ООД во второй группе занимали одинаковое процентное соотношение (по 7,14%)

По мнению В.П. Котова и М.М. Мальцевой (1999, 2004), наибольшее значение для оценки характера и степени потенциальной общественной опасности имеет выявление и правильная квалификация формирующегося и уже сформированного психопатологического механизма ООД.

Психопатологический механизм ООД – это взаимодействие болезненных расстройств психики между собой, а также с личностными особенностями больного и ситуационными факторами, которое обуславливает рассматриваемое деяние и (или) исключает возможность трактовать его как преступление (Котов В.П., Мальцева М.М., 1995)

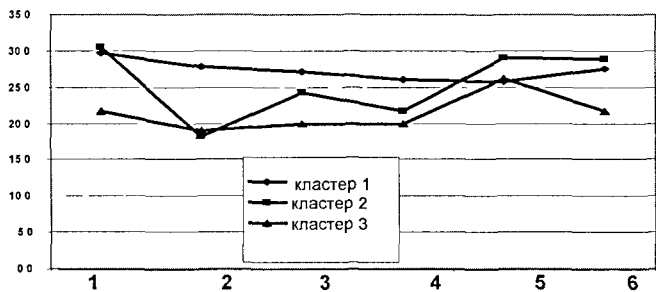
Оценивая механизмы ООД, следует отметить преобладание у больных первой группы негативно-личностных механизмов по типу аффектогенной бесконтрольности (42,4%, $p < 0,01$), интеллектуальной несостоятельности (9,3%), а также продуктивно-психотических механизмов с бредовой мотивацией (9,3%) и дезорганизации поведения в результате помрачения сознания (20,3%, $p < 0,01$). Среди инициативных действий на первое место выступала псевдосоциальная гиперактивность (6,78%)

Для изучения *устойчивых особенностей стиля саморегуляции* испытуемых, совершивших ООД и признанных «невменяемыми», был использован психологический опросник, диагностирующий такие составляющие процесса регуляции поведения, как *планирование* (осознанность, временная перспектива процессов планирования, реалистичность, действенность выдвигаемых целей), *моделирование* (способность к моделированию условий различных ситуаций, оценке и прогнозу изменений), *программирование* (адекватность, действенность и иерархичность программ поведения), *оценка результатов* (развитость

осознанного оценивания своего поведения, строгость критериев успешности достижений), *гибкость* (точность и своевременность коррекции модели условий, планов и программ, оценки результата - при изменении условий), *самостоятельность* (степень автономности этапов саморегуляции)

Выделены три достаточно гомогенные подгруппы по стилям саморегуляции поведения (рис 1)

Первую подгруппу (кластер 1) отличает наименее дисгармоничный профиль регуляции поведения с одинаковым уровнем развитости ее отдельных этапов, за исключением высоких значений переменной «самостоятельность», свидетельствующих о недостаточной связанности между собой всех этапов саморегуляции. *Вторая подгруппа (кластер 2)* характеризуется дисгармоничным профилем саморегуляции, отсутствием реалистичности и перспективности выдвигаемых целей, фиксированностью на программном уровне (конкретных действий) своей деятельности, условиях ее выполнения. *Третья подгруппа (кластер 3)* характеризуется общим низким уровнем саморегуляции, неразвитостью блоков планирования, программирования, ригидностью, более развитой способностью к оценке результатов, при несформированности предвосхищающих способностей



1- программирование, 2 - планирование, 3- моделирование, 4 - гибкость, 5 - оценка результатов, 6- самостоятельность

Рис. 1 Результаты кластеризации по стилям саморегуляции поведения в основной группе

Был проведен анализ клиничко-социальных характеристик больных, отнесенных по профилю саморегуляции в тот или иной кластер

Больные, вошедшие в *первую подгруппу (кластер 1)*, характеризовались в подавляющем большинстве случаев началом заболевания в юношеском возрасте, наличием редких судорожных пароксизмов в анамнезе. В анамнезе

агрессивные формы поведения возникали в большинстве случаев в отсутствие каких-либо предшествующих агрессии проявлений и включали агрессивное настроение, вербальную агрессию, разрушительные действия в отношении неодушевленных предметов, характеризовались отсроченным временем возникновения агрессивных расстройств. Настоящее правонарушение было совершено в возрасте от 18 до 40 лет, в основном заключалось в нанесении телесных повреждений, угрозе убийством, на момент его совершения ведущим являлся синдром расстройства личности. Анализ ситуации, в которой было совершено ООД, подтвердил склонность обследуемых данной подгруппы к накоплению отрицательных переживаний. Выявлены достаточно сохранные компенсаторные механизмы, развитость всех этапов осознанной регуляции поведения, которые подвергались «срыву» в результате длительной психогенно-травмирующей ситуации (бытовые вопросы), вызванной потерпевшими. Пусковым моментом ООД являлись оскорбления, унижения со стороны потерпевших. Поведение больных было обусловлено свойственными подэкспертным данной подгруппы выраженной обидчивостью, злопамятностью, тенденцией к накоплению отрицательных переживаний, что определяло *отсроченный* характер агрессивных действий. Меньшая часть больных совершала ООД во время внезапной ссоры (импульсивный характер), когда потерпевшие занимали нейтральное положение, а инициатором ссоры был обследуемый. В момент ООД все лица находились в состоянии алкогольного опьянения. Выработанные способы саморегуляции и достаточно развитые коммуникативные навыки на фоне алкогольного опьянения и психотравмирующей ситуации не выступали реальными регуляторами поведения указанных лиц.

Во *вторую подгруппу (кластер 2)* вошли лица старше 40 лет. Возраст начала заболевания колебался в широком возрастном диапазоне от раннего (до 10 лет) до сорокалетнего. Больные данной подгруппы статистически значимо отличались большой длительностью заболевания. Пароксизмы характеризовались полиморфностью и на уровне статистической значимости были частыми (несколько раз в месяц, несколько раз в неделю). Агрессивное поведение возникало внезапно, было частым (несколько раз в месяц), характеризовалось преобладанием вербальной и физической агрессии, имело тенденцию к нарастанию. Настоящее привлечение к уголовной ответственности было связано в основном с совершением убийства или угрозы убийства. Ведущим психопатологическим синдромом на момент ООД и на момент экспертизы был синдром расстройства личности. Личностные

особенности характеризовались наличием полярности аффекта, выраженной вязкостью, обидчивостью, злобностью и недоверчивостью, подозрительностью ООД возникало одинаково часто как в результате внезапной ссоры с потерпевшим, так и в результате длительной конфликтной ситуации Реализация агрессивных действий была *отсроченной или непосредственной*, в отличие от первого кластера Поведение потерпевших в подавляющем большинстве случаев было провоцирующим, агрессивным Выявленные в анамнезе неоднократные выраженные проявления физической агрессии по отношению к лицам ближайшего окружения (ООД по механизму аффективной бесконтрольности и псевдосоциальной гиперактивности) были привычными способами разрешения конфликтных ситуаций В длительных конфликтных отношениях с жертвой (постоянная агрессия) находились лица с бредовым синдромом на момент ООД (бред ревности) В отличие от представителей первого кластера во второй подгруппе часть ООД была совершена по механизму псевдосоциальной гиперактивности, когда обследуемый совершал преступление, чтобы «проучить за плохое поведение» В основном правонарушения были совершены вне алкогольного опьянения с нанесением множественных телесных повреждений с использованием любых подручных средств

Сравнительный анализ больных первой и второй подгрупп выявил ряд отличий Проявления агрессии в первой подгруппе являлись результатом сочетанности двух факторов Первое – индивидуально-психологические особенности личности в виде застреманности аффекта, трудностей когнитивной переработки психотравмирующей ситуации, тенденции к накоплению отрицательных переживаний в сочетании с обидчивостью и сенситивностью на фоне аффективного реагирования на повышение субъективной травматичности ситуаций Второе – фактор алкогольного опьянения, который существенным образом снижал компенсаторно выработанные способы саморегуляции и достаточно развитые коммуникативные навыки Более высокий уровень развитости блоков саморегуляции и коммуникативных навыков у больных этой подгруппы скорее всего объясняется меньшей прогрессивностью заболевания и тяжестью симптоматики (редкие пароксизмы, отсутствие динамики агрессивных расстройств, интеллектуального дефекта)

Во второй подгруппе большая длительность и прогрессивность заболевания обуславливали формирование дисгармоничного профиля саморегуляции Наличие таких индивидуально-психологических

особенностей как злобность, подозрительность, мнительность приводило к тому, что даже нейтральные стимулы воспринимались большими как угрожающие и обуславливали закрепление агрессивных форм реагирования в качестве стереотипов разрешения любых конфликтных ситуаций

В *третью подгруппу (кластер3)* вошли больные в возрасте от 30 до 60 лет Заболевание началось в основном после 30-40 лет Пароксизмы были полиморфны и возникали достаточно часто Вспышки агрессии возникали до нескольких раз в месяц с превалированием физических агрессивных действий, направленных, как правило, на лиц ближайшего окружения Характерным было неуклонное нарастание выраженности агрессивного поведения Среди «настоящих» ООД преобладали убийства и нанесение телесных повреждений Ведущим синдромом на момент ООД был синдром расстройства личности Личностные характеристики были представлены ипохондричностью, обидчивостью, злопамятностью, отмечались ригидность, замедленность и тугоподвижность мышления Агрессия во время ООД возникала в большинстве случаев в рамках привычных форм реагирования на фоне внезапно и часто возникающих конфликтных ситуаций, была направлена на родственников и соседей, в большинстве случаев, в виде непосредственной реализации агрессии (действия подэкспертных в основном были целенаправленными, однако отмечен и нецеленаправленный их характер) Агрессивные действия обследуемых были *отсроченными* в отношении случайных лиц Когда потерпевшими оказывались родственники, агрессивные действия провоцировались решением семейно-бытовых вопросов – ООД совершались по механизму псевдосоциальной гиперактивности Жертвам наносились множественные телесные повреждения, нередко комбинированные (руками и ногами, ножом, любыми подручными средствами)

Формирование асоциальных установок и стереотипизация агрессивных способов реагирования, легкость возникновения которых также обуславливалась систематической алкоголизацией, формировались у испытуемых задолго до начала заболевания (16 лет) Эпилептический процесс возникал у личностей с уже оформленной эмоциональной и личностной деформацией (30-40 лет), низким уровнем не только смысловой, но и когнитивной и операциональной регуляции поведения Диагностированный на момент обследования личностный профиль саморегуляции является результирующей предшествовавшего эпилептическому заболеванию онтогенеза

Таким образом, для больных эпилепсией, признанных невменяемыми, характерным является такой системный дефект процесса саморегуляции, как отсутствие связанности ее отдельных этапов с цикличностью, возможностью возвращения на этап инициации деятельности. Большая развитость этапа программирования отражает гиперкомпенсацию на операционально-техническом уровне регуляции деятельности в ущерб личностно-смысловой саморегуляции. При различных вариантах нарушений саморегуляции проявления агрессии обусловлены специфичным сочетанием клинико-динамических и психологических факторов.

Оценка общественной опасности больных эпилепсией

Основываясь на том, что для определения общественной опасности необходимо учитывать ведущий синдром и механизмы ООД, был проведен анализ клинико-психопатологических особенностей и динамики заболевания, а также криминальной активности больных эпилепсией с определением ведущего психопатологического синдрома при прошлых и настоящем привлечении к уголовной ответственности.

С этой целью на втором этапе работы были проанализированы 75 подэкспертных (61 человек основной и 14 – группы сопоставления), повторно привлекавшихся к уголовной ответственности.

Характеризуя общие тенденции динамики психических расстройств, следует подчеркнуть, что в 21,2% случаев была констатирована *начальная стадия*, в 65% случаев - *стадия развернутых проявлений*, в 13,8% - *стадия исхода заболевания*. Были выделены три варианта динамики с учетом характера и темпа нарастания психических расстройств: в 36,8% случаев *малопрогредиентный*, в 48,1% - *прогредиентный тип течения* эпилептического процесса с нарастанием выраженных негативных симптомов и появлением на той или иной стадии заболевания психотических состояний, в 15% - *злокачественный*.

Отдельно проанализированы две группы больных с повторяющимися психопатологическими синдромами на момент актуального и предшествующего ему ООД (1 группа - 34 чел.) и с их трансформацией (2 группа - 27 чел.).

Повторяемость психопатологических синдромов при прошлом и настоящем ООД выявлялась у больных, признанных «невменяемыми» в 55,7% и «ограниченно» вменяемыми - в 92,8%. Данная зависимость обусловлена в первую очередь преобладанием у больных эпилепсией

личностных особенностей и связанной с этим повторностью именно психопатоподобного синдрома в качестве ведущего, что говорит об относительно стабильной общественной опасности больных, малообратимости имеющейся специфической симптоматики.

При актуальном деликте *при повторении* психопатоподобного синдрома больные в 54,7% случаев оказывались на стадии развернутых проявлений заболевания, т.е. в течении эпилептической болезни *не происходило существенной динамики*. В 42% случаев начальная стадия болезни при первичном ООД переходила в стадию развернутых проявлений. При повторении психопатоподобного синдрома в случае повторного ООД динамика эпилептической болезни в подавляющем большинстве случаев захватывала начальную и развернутую ее стадии, при этом течение болезни носило прогрессивный характер.

При анализе психопатологических механизмов отмечалась повторность негативно-личностных механизмов, особенно по механизму аффектогенной бесконтрольности (ситуационно-спровоцированное деяние), который достаточно стойко прослеживался у больных первой группы. Причем значимыми оказывались не столько конкретные параметры той или иной ситуации, сколько особенности ее восприятия, в результате которых эмоционально значимыми часто становились минимальные внешние воздействия, объективно кажущиеся относительно нейтральными. В связи с наличием у больных эпилепсией специфических личностных особенностей, в том числе психической ригидности, застремленности, повышенной требовательности к окружающим, нетерпимости, жесткой системы ценностей, повышенной сенситивности, ранимости, спектр травмирующих обстоятельств, в которых может происходить актуализация однотипных форм реагирования, значительно расширяется. В связи с этим риск общественной опасности менее зависим от вероятности повторения ситуации, однозначной той, в которой ООД имело место в прошлом.

Повторные деяния по продуктивно-психотическим механизмам достаточно редки (в 5,8% отмечалась повторяемость бредового синдрома и в 8,8% случаев – синдрома помрачения сознания).

Повторение бредового синдрома в обоих случаях соответствовало конечной стадии эпилептической болезни. При этом временной промежуток между обоими деликтами оказался существенно больше, нежели в других группах, составив 18,5 лет, в то время как возраст совершения деликта был *наименьшим и составил 17 лет*. Повторение синдрома помрачения сознания,

как и при повторении психопатоподобного синдрома, приходился на первые две стадии эпилептической болезни. Однако временной промежуток между обоими деликтами был наименьшим среди всех выделенных подгрупп (4,6 лет), что объяснимо в свете того факта, что во всех трех наблюдениях имело место злокачественное течение эпилептической болезни.

Трансформация наблюдалась в 55,7% у больных, признанных «невменяемыми», и у одного обследуемого из группы «ограниченно» вменяемых. Трансформация психопатоподобного синдрома с появлением при повторном деликте более тяжелого регистра синдромов - бредового в 18,5% и синдрома помрачения сознания (7,4% - сумеречное и 7,4% - пароксизмальные дисфорические состояния), а также появлением в качестве ведущего синдрома расстройств влечений и интеллектуально-мнестических расстройств в 7,4% говорит о прогрессивном течении эпилептического процесса.

Полученная картина синдромальных переходов в целом соответствует известным клинико-динамическим закономерностям эпилептической болезни. Если учитывать временной промежуток между обоими деликтами, то наиболее близким к психопатоподобному синдрому оказывается непароксизмальная дисфория, психотическая дисфория, синдром помрачения сознания, расстройство влечений, бредовый синдром и, наконец, интеллектуально-мнестический. Именно психопатоподобный синдром наиболее богат последующими вариациями психопатологических состояний, играющих ведущую роль в механизмах ООД.

Представленные данные показывают роль ведущего психопатологического синдрома на момент ООД, в совокупности с клинико-динамической и стадийной оценкой эпилептической болезни определяющего вероятностный прогноз общественной опасности.

По решению экспертной комиссии «невменяемым» достоверно чаще назначались принудительные меры медицинского характера в отделениях специализированного (49,15%, $p < 0,01$, $p < 0,05$), общего - 21,2% ($p < 0,01$) и специализированного типа с интенсивным наблюдением - 28,8% ($p < 0,01$) случаев «Ограниченно» вменяемым во всех случаях (100%) назначалось амбулаторное принудительное лечение и наблюдение у психиатра.

Для анализа клинико-динамических параметров эпилептической болезни у обследуемых и определения риска их общественной опасности было проведено *катамнестическое исследование* 28 человек (23,7%) из 118 больных эпилепсией, признанных «невменяемыми» после прохождения СПЭ.

в ГНЦССП им ВП Сербского и направленных для прохождения принудительного лечения (ПЛ) в ПБ №5 в отделения общего и специализированного типа. Из 28 обследованных в ходе ПЛ 64,3% больных меры медицинского характера не изменялись. В 35,7% случаев у больных во время нахождения на ПЛ не было нарушений режима содержания. Однако около 50% обследуемых находились в конфликтных отношениях с персоналом и остальными больными. 21,43% нападали на соседей по палате, 7,14% - на персонал, 7,14% наносили повреждения себе, 10,7% обследованных группировали вокруг себя больных, организовывали неподчинение персоналу и в нескольких случаях - побег. Указанные нарушения режима служили поводом для лечения в отделении интенсивной терапии. В 21,4% случаев ПЛ в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением было изменено на специализированный. В связи с некорректируемостью поведения больных, аффективной напряженностью, застреманностью аффекта, эмоциональной неустойчивостью со злобностью, брутальностью, злопамятностью, отсутствием критики к своему состоянию и поступкам в 10,7% случаев мера медицинского характера утяжелялась в виде интенсивного наблюдения.

Катамнестическое исследование больных эпилепсией также свидетельствует о достаточно стабильной общественной опасности указанного контингента лиц, что подтверждается выявляемыми у них стойкими психопатологическими расстройствами, частыми дисфорическими состояниями, периодически возникающими психотическими расстройствами, а также конфликтностью как с персоналом, так и больными, в ряде случаев группированием асоциальных больных и организацией неподчинения администрации медицинского учреждения вплоть до побегов.

Описанные особенности в значительной степени получают объяснения в свете данных, полученных при психологическом исследовании, согласно которым *предикторами* большей агрессивности в общении являются особенности самопринятия, неразвитость коммуникативных умений и несвязанность между собой блоков саморегуляции. Это позволяет планировать психореабилитационную работу с больными эпилепсией, оценивать процесс восстановления, более точно предсказывать внутрибольничную агрессию.

ВЫВОДЫ

1 Клинико-психопатологические факторы риска совершения противоправных агрессивных действий у больных эпилепсией включают раннее начало заболевания, преобладание преморбидных характерологических особенностей возбудимого типа, свойственные больным с детства девиантные, с преобладанием агрессивных, формы поведения с расторможенностью, с последующим формированием в клинической картине заболевания полиморфной психопатологической симптоматики со значительным удельным весом специфических личностных особенностей, прогрессивный характер заболевания, повторность, завершенность агрессивных противоправных действий против личности

2 При сопоставлении двух групп подэкспертных, страдающих эпилепсией, – признанных «невменяемыми» и «ограниченно» вменяемыми – выявлена неоднородность их социо-демографических и клинко-динамических характеристик

2.1 Преобладание лиц с неполным средним образованием характерно для признанных «невменяемыми», в подавляющем большинстве случаев занятых неквалифицированным физическим трудом, состоящих на учете в ПНД, имеющих в трети случаев инвалидность II и даже I группы, в трети случаев состоящих в конфликтных, агрессивных отношениях в семье. Больные, признанные «ограниченно» вменяемыми, чаще имели среднее специальное образование и занимались квалифицированным физическим трудом, сохраняли доброжелательные неконфликтные семейные отношения

2.2 Поллиморфные пароксизмальные расстройства, дисфорические, депрессивные состояния, параноидные психозы, достоверное преобладание таких личностных особенностей как жестокость, властность, злопамятность, brutality, злобность, назойливость, прогрессивный и злокачественный типы течения характерны для больных, признанных «невменяемыми»

Достоверное преобладание непароксизмальных депрессивных состояний, личностных особенностей в виде тревожности, сенситивности, мнительности, робости при отсутствии психозов и явлений слабоумия характерны для больных, признанных «ограниченно» вменяемыми

3 Общественно опасные действия лиц, признанных «невменяемыми» и «ограниченно» вменяемыми, связаны с различными психопатологическими состояниями

3 1 Для больных, признанных «невменяемыми», характерна значительная представленность негативно-личностных механизмов ООД по типу аффектогенной бесконтрольности и интеллектуальной несостоятельности, а также продуктивно-психотических механизмов с бредовой мотивацией и дезорганизацией поведения в результате помрачения сознания

3 2 У подэкспертных, признанных «ограниченно» вменяемыми, большее значение имеют свойственные им личностные расстройства, являющиеся ведущим психопатологическим синдромом, которые в сочетании с повышенной чувствительностью в определенных ситуациях, приобретающих провоцирующий характер, обуславливают готовность к агрессивным действиям

4 Типичными вариантами нарушений регуляции поведения у больных эпилепсией, признанных «невменяемыми», являются а) несвязанность между собой всех звеньев саморегуляции при равной степени их сформированности, б) дисгармоничный профиль саморегуляции, характеризующийся отсутствием реалистичности и перспективности выдвигаемых целей с одновременной фиксированностью на конкретных действиях своей деятельности, в) общий низкий уровень саморегуляции с неразвитостью блоков планирования, программирования, ригидностью, более развитой способностью к оценке результатов при несформированности предвосхищающих способностей

Проявления агрессии при указанных вариантах нарушения саморегуляции обусловлены специфичными сочетаниями клинико-динамических и психологических факторов

4 1 При первом варианте проявления агрессии являются результатом сочетанности двух факторов а) преморбидные индивидуально-психологические особенности личности в виде застреманности аффекта, трудностей когнитивной переработки психотравмирующей ситуации, тенденции к накоплению отрицательных переживаний в сочетании с обидчивостью и сенситивностью на фоне повышенной реактивности аффективного реагирования приводят к увеличению субъективной травматичности ситуаций, б) фактор алкогольного опьянения существенным образом снижает компенсаторно выработанные способы саморегуляции и достаточно развитые коммуникативные навыки

4 2 При втором варианте большая длительность заболевания и большая степень его прогрессивности, приводящая к интеллектуально-

мнестическим нарушениям, формированию таких индивидуально-психологических особенностей как злобность, подозрительность, мнительность обуславливают восприятие даже нейтральных стимулов как угрожающих, определяя закрепление агрессивных форм реагирования в качестве стереотипов разрешения любых конфликтных ситуаций

4 3 При третьем варианте асоциальные установки и стереотипизация агрессивных способов реагирования, легкость возникновения которых также обуславливается систематической алкоголизацией, формировались у испытуемых задолго до начала заболевания Эпилептический процесс возникает у личностей с уже оформленной эмоциональной и личностной деформацией Незрелость блока планирования и коррекционных функций сочетается с выраженной агрессивностью в общении и невысокими коммуникативными навыками

5 Экспертные выводы о потенциальной общественной опасности должны учитывать структурно-синдромальную характеристику состояния, этап и клинико-динамический прогноз заболевания

5 1 Наличие личностных особенностей, свойственных больным эпилепсией (в рамках психопатоподобных проявлений), в качестве ведущего психопатологического синдрома на начальных этапах и стадии развернутых проявлений при малопрогрессирующем и прогрессирующем типах течения говорит о малообратимости имеющейся психопатологической симптоматики и об относительно стабильной общественной опасности больных Меньшую вероятность повторного ООД определяют продуктивно-психотические расстройства и синдромы помрачения сознания

5 2 Прогрессирующая и злокачественность течения эпилептического процесса с приближением к конечным его стадиям определяет большую вероятность трансформации психопатологического синдрома и появления при повторном деликте более тяжелого регистра нарушений со сменой психопатоподобного синдрома на бредовой и на синдром помрачения сознания, включая пароксизмальные дисфорические состояния, а также появления в качестве ведущего синдрома расстройств влечений и интеллектуально-мнестических расстройств

5 3 При оценке вероятности повторного деликта необходимо учитывать клинико-динамические закономерности заболевания со свойственным ему синдромокинезом, относящимся к устойчивым характеристикам эпилептической болезни

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

- 1 С В Корнилова О значении медицинского критерия невменяемости при эпилепсии // Практика судебно-психиатрической экспертизы - М , 2004 - С 140-148 (в соавт с М В Усюкиной)
- 2 С В Корнилова Криминальная активность больных эпилепсией // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Бехтеревские чтения на Вятке» Актуальные вопросы психиатрии и наркологии, 27-28 сентября, Москва- Киров, 2004 -С 517-520 (в соавт с М В Усюкиной)
- 3 С В Корнилова Механизмы криминальной агрессии при эпилепсии //Агрессия и психическое здоровье - М , 2006 -Т 1 - С 63-79 (в соавт с М В Усюкиной, А С Простовой)
- 4 С В Корнилова Особенности шизофренических психозов при эпилепсии // Практика судебно-психиатрической экспертизы - М , 2006 - С 86-95
- 5 С В Корнилова Принципы оценки общественной опасности больных эпилепсией и выбора для них принудительных мер медицинского характера – РПЖ, 2006 - №2 –С 41-46 (в соавт с М В Усюкиной)
- 6 С В Корнилова Гетероагрессивное поведение больных эпилепсией// Второй национальный конгресс по социальной психиатрии (с международным участием) «Социальные преобразования и психическое здоровье», Научные материалы, 29-30 ноября - М , 2006 -С 177