

## ОГРАНИЧЕННАЯ УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНАЯ ДЕЕСПОСОБНОСТЬ У ОБВИНЯЕМЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

М.В. Усюкина, Е.Ю. Харитonenкова

*ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Экспертное заключение в отношении лиц с психической патологией, в том числе и больных эпилепсией, должно отражать способность лица осуществлять процессуальные функции в юридически значимой ситуации с учетом характера психических расстройств и их динамики.

Практически все авторы, занимавшиеся вопросами уголовно-процессуальной недееспособности обвиняемых с психическими расстройствами, особо выделяли категорию «ограниченной уголовно-процессуальной дееспособности» [1, 7, 17, 23, 30].

В.Д.Адаменко [2], не конкретизируя само понятие ограниченной дееспособности, отмечал, что у «частично дееспособных лиц» должен остаться ряд процессуальных прав, таких как давать объяснения и показания, иметь представителя, участвовать в судопроизводстве наряду со своим законным представителем и т.п. Л.Г.Татьянина [28] полагает, что ограниченная уголовно-процессуальная дееспособность имеет место у лиц с психическими расстройствами непсихотического уровня, вследствие чего данные лица затрудняются самостоятельно представлять свои права и законные интересы в уголовном процессе. Т.А.Мурышкина [22] предлагает говорить о «неполной» уголовно-процессуальной дееспособности в отношении лиц с психическими недостатками, акцентируя внимание на том, что процессуальная дееспособность этих лиц не ограничена; недостатки не лишают таких лиц процессуальной дееспособности, а осложняют, затрудняют реализацию своих процессуальных прав и, прежде всего, права на защиту, не позволяя защищаться качественно и полноценно. Учитывая эти особенности, законодатель должен устанавливать дополнительные гарантии для участника уголовного судопроизводства с психическими недостатками, обеспечивающие реализацию и устанавливающие охрану их процессуальных прав. Специфичность охраны прав и законных интересов таких субъектов состоит в обязанности судебно-следственных органов обеспечить участие защитника [2].

Ж.А.Бажукова [3] акцентирует внимание на том, что лица с психическими недостатками относятся к дееспособным обвиняемым, которые, однако, в силу определенных особенностей психики не могут быть приравнены к общей массе обвиняемых. Степень участия в уголовном судопроизводстве лица, в отношении которого ведется производство о применении принудительной меры медицинского характера, и других участников уголовно-процессуальных правоотношений, страдающих психическими расстройствами, зависит от характера и тяжести психического отклонения, влияющего на реальную способность лица осуществлять свои процессуальные права. Данное суждение, по утверждению автора, корреспондируется с позицией Конституционного Суда Российской Федерации о необходимости дифференцированного регулирования прав указанных лиц с учетом их психического состояния и способности лично участвовать в уголовном судопроизводстве, выраженной в Постановлении от 20 ноября 2007 г. №13-П.

С учетом особенностей уголовно-процессуальных отношений в качестве подвидов ограниченной дееспособности Н.В.Солонникова [27] рекомендует выделить условную, частичную и делегированную.

В современном законодательстве проблема ограниченной уголовно-процессуальной дееспособности частично решена в ст.51 УПК РФ, которая регламентирует обязательное участие защитника в уголовном судопроизводстве в случаях, когда «подозреваемый, обвиняемый в силу физических или психических недостатков не может самостоятельно осуществлять свое право на защиту». Согласно ч.1 ст.49 УПК РФ, защитник – лицо, осуществляющее в установленном законом порядке защиту прав и интересов обвиняемого и оказывающее ему юридическую помощь при производстве по уголовному делу. Чаще всего в уголовном праве защитниками выступают адвокаты. Адвокат советуется со своим клиентом, они совместно выбирают линию защиты и те доказатель-

ства, которые им используются. Однако, как справедливо замечает С.В.Кириллин [15], в задачу адвоката не входит принятие значимых для дела решений самостоятельно без волеизъявления подзащитного. Автор обращает внимание на то, что в отношении лиц с психическими недостатками такая тактика неполноценна, так как в силу своего состояния они не всегда способны правильно оценить и осмыслить работу адвоката и дать ему четкие указания. Именно поэтому встает вопрос о допуске «инога лица» в качестве защитника обвиняемого с целью восполнения его процессуальной дееспособности и гаранта соблюдения прав и законных интересов, тем более что законом это допускается (ч.2 ст.49 УПК РФ): «По определению или постановлению суда в качестве защитника могут быть допущены наряду с адвокатом один из близких родственников обвиняемого или иное лицо, о допуске которого ходатайствует обвиняемый». Участие «инога лица» в качестве защитника с целью «восполнения» частично утраченной уголовно-процессуальной дееспособности перекликается с вводимой в гражданский кодекс нормой «ограниченной дееспособности», юридический критерий которой сформулирован как способность «понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц» [29].

Несмотря на отсутствие в процессуальном законодательстве юридического критерия уголовно-процессуальной дееспособности, предложен доктринальный его вариант [31]. Согласно ему, чтобы иметь фактическую возможность самостоятельно участвовать в производстве по уголовному делу, лицо должно понимать характер и значение уголовного судопроизводства (сущность процессуальных действий и получаемых посредством их доказательств) и своего процессуального положения (содержание своих процессуальных прав и обязанностей), а также обладать способностью к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию указанных прав и обязанностей.

Уголовно-процессуальная дееспособность так же, как и гражданская, представляет собой целый спектр юридически значимых способностей. В случае гражданской дееспособности этот спектр очень широк, поскольку согласно ГК РФ она является способностью «приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их» [8]. В случае уголовно-процессуальной дееспособности объем прав и обязанностей, которые получает лицо в момент привлечения к уголовной ответственности, четко регламентирован в ч.4 ст.47 УПК РФ. Таким образом, путем к смысловому наполнению юридического критерия как ограниченной уголовно-процессуальной дееспособности, так и ограниченной гражданской дееспособности является изучение механизмов регуляции юридически значимой деятельности, а также возможной роли в этой деятельности защитника и других лиц.

Больные эпилепсией, как признанные вменяемыми, так и тем более – «ограниченно вменяемыми», больше чем какая-либо другая категория психически больных нуждаются в праве на защиту, поскольку именно данные лица являются особо уязвимыми в судебно-следственной ситуации. Преобладание в клинической картине расстройств личностного и пограничного уровней позволяет выявить механизмы нарушения отдельных юридически значимых способностей.

**Целью** исследования является разработка критериев дифференцированной судебно-психиатрической оценки психических расстройств вследствие эпилепсии, ограничивающих уголовно-процессуальную дееспособность обвиняемых.

### **Материалы и методы исследования**

Было обследовано 100 лиц мужского пола, в возрасте от 18 до 58 лет с длительностью заболевания от 11 до 30 лет, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. Настоящая работа основана на обследовании 30 подэкспертных, которые в связи с наличием «психических недостатков» не могли самостоятельно осуществлять свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве и нуждались в обязательном участии защитника. 11 (37%) подэкспертных были признаны невменяемыми, 13 (43%) – ограниченно вменяемыми и 6 (20%) – вменяемыми. Большинству больных – 27 (90%) был установлен диагноз «Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией», из них у 4 (14%) данный диагноз сочетался с перенесенным на момент деликта «Органическим психотическим расстройством в связи с эпилепсией», у 1 (3%) – «Органическим психотическим расстройством в связи со смешанными заболеваниями». Трое обследуемых (10%) обнаруживали «Органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи с эпилепсией», двое (7%) из которых перенесли на момент ООД «Органическое психотическое расстройство в связи с эпилепсией».

### **Результаты исследования**

Первым этапом оценки уголовно-процессуальной дееспособности являлся анализ клинической картины заболевания.

В последние годы многими исследователями используется многомерный подход, который позволяет рассматривать позитивные, аффективные, негативные, когнитивные и другие расстройства в качестве относительно независимых размерностей – дименсий. Данная модель явилась результатом обнаружения избирательного фармакологического влияния на определенные психопатологические структуры, в связи с чем многомерные психопатологические образования стали соотноситься с выделением дифференцированных целевых симптомокомплексов [26].

Особое внимание уделяется когнитивным нарушениям. Долгое время их относили к негативной симптоматике, однако по современным представлениям они являются самостоятельной группой симптомов.

Многие авторы указывают на ведущее место в клинической картине эпилепсии дефекта когнитивного функционирования, снижающего качество жизни пациентов и социальную адаптацию [5, 9, 13, 14, 24, 33, 34].

Под когнитивными процессами понимается широкий диапазон проявлений высшей психической деятельности (память, внимание, визуально-пространственное восприятие, речь, гнозис, праксис, интеллект, мышление, ориентация, планирование и контроль), предназначенных для обучения, концентрации внимания, понимания, познания, изучения, осознания, переработки (запоминать, передавать, использовать) внешней информации, программирования адаптационного поведения и решения самых разных задач. Некоторыми авторами сюда включаются исполнительные функции высшего порядка и социальное и личностное поведение [11, 32].

Нами когнитивные нарушения рассматривались в более узком аспекте, к ним были отнесены нарушения памяти и внимания, а также общее замедление психических процессов, проявляющееся снижением темпа, тугоподвижностью мышления [10, 14, 25].

Когнитивные расстройства, выявленные у обследуемых, включали нарушения:

- внимания, выражающиеся у 83% обследуемых в снижении концентрации, устойчивости внимания, истощаемости внимания (73%), замедленном переключении (37%), сужении объема внимания (3%);

- памяти с истощаемостью мнестических процессов (63%), снижение опосредованной памяти (33%), непосредственной долгосрочной памяти (13%), непосредственной кратковременной памяти (10%);

- мышления в виде: замедленного темпа (90%); нарушений операциональной стороны в виде конкретности мышления (80%), подвижности мышления: тугоподвижности (86%), патологической обстоятельности (53%), детализированности (30%), вязкости мыслительных процессов (3%);

- истощаемость психических процессов (80%).

Позитивные расстройства были представлены аффективными нарушениями с преобладанием психогенных депрессивных состояний (74%). У 57% больных аффективные нарушения достигали уровня легкой депрессии, при этом у 37% они сочетались с тревожной симптоматикой. У 20% лиц сниженное настроение имело дисфорический оттенок. У 17% обследуемых депрессивный аффект соответствовал депрессии средней степени тяжести, в структуре которой преобладал тревожно-тоскливый аффект с динамией.

Негативные расстройства включали астенический синдром, психопатоподобные расстройства, нарушения эмоционально-волевой сферы.

Астенический синдром отмечался у всех обследуемых, поскольку он является наименее специфическим проявлением психических расстройств, определяя при этом основу для развития феноменологически более сложных психопатологических процессов [4]. Во всех случаях регистрировался гиперстенический вариант астении [4, 12], когда на передний план выступали несдержанность, высокая чувствительность к внешним раздражителям, неспособность к подавлению своих желаний и эмоций, чувство внутренней напряженности.

Нарушения эмоционально-волевой сферы включали снижение волевых побуждений (гипобулия) (100%), устойчивости эмоций (накопление и идеаторная переработка негативных переживаний – 93%), тугоподвижность (70%), лабильность с эксплозивностью (43%), снижение интенсивности эмоций (23%).

Патохарактерологические особенности являются одним из основных проявлений негативной симптоматики, влияющим на уголовно-процессуальную дееспособность.

«Эксплозивные» патохарактерологические черты, а именно взрывчатость, брутальность, раздражительность с эмоциональной напряженностью наблюдались у 97% обследуемых; обидчивость – у 97%; неуживчивость, конфликтность, придирчивость – у 70%; злопамятность – у 67%; выявлялись также полярность аффекта (57%), агрессивность – у 50% и мстительность – в 43% случаев.

«Глишроидные» особенности личности в виде вязкости аффекта, тугоподвижности и медлительности выявлялись у 73%; недоверчивость и подозрительность – у 70%; эгоцентризм и преувеличенная аккуратность – в 57% случаев; мелочность – у 53%; слащавость, угодливость – у 47%; назойливость, лицемерие – у 33% обследуемых.

Кроме того, у 87% лиц обнаруживались такие факультативные психастенические черты, как боязливость, застенчивость и нерешительность (77%), ранимость (73%); шизоидные особенности в виде сензитивности у 63% обследуемых, полярности аффекта – у 57%, замкнутости – у 53%, робости – у 33%, а также истероидные (неспособность добиваться поставленных целей, нетерпеливость) – у 50%.

Второй этап включал анализ поведения подэкспертных на различных этапах судебного-следственной ситуации и сопоставление его с клинической картиной заболевания.

Для более подробной оценки юридически значимого поведения нами использовались положения универсальной теории деятельности, а также теории принятия решений, разработанные в теории психологии [6, 16, 21] и адаптированные [18,19] для судебно-психиатрической оценки юридически значи-

мого поведения при реализации гражданских прав и исполнении обязательств.

Юридический критерий, состоящий из двух компонентов – интеллектуального и волевого, подобно иным юридическим (психологическим) критериям, является обобщенным выражением существующих представлений о произвольной саморегуляции применительно к конкретной юридически значимой деятельности [18–20]. Согласно этой теории, регуляция деятельности осуществляется на двух уровнях: смысловом и целевом.

На смысловом (мотивационном) уровне происходит формирование смысла юридически значимого действия при соотношении устойчивых личностных смыслов с социальными значениями юридически значимого действия. Целевой (операционально-технический) уровень регуляции включает в себя: 1) формирование цели деятельности (целеполагание), состоящее из представлений о задаче, мотиве деятельности, осознания и удержания в памяти альтернатив решения задачи, выбора из этих альтернатив, прогноза последствий этого выбора, а также 2) целедостижение, которое представляет собой собственно ряд действий по достижению цели. Особое значение для регуляции деятельности уделяется функции критичности, которая обеспечивает соотношение различных звеньев регуляции между собой. Психическое расстройство может приводить к нарушению различных звеньев регуляции юридически значимого поведения, при этом нарушение целевого и смыслового уровней регуляции деятельности является неравномерным в зависимости от нозологической принадлежности психического расстройства и этапа заболевания.

На основании анализа судебно-психиатрических заключений по делам о недееспособности [18, 19] показаны механизмы нарушения регуляции юридически значимой деятельности при различных нозологиях, а также выделены две модели ограниченной гражданской дееспособности. При первой модели психические расстройства нарушают преимущественно смысловой уровень регуляции деятельности при относительно сохранном целевом (индивидуально-исполнительском), при второй модели преимущественно нарушается целевой уровень регуляции деятельности на этапе целеполагания и/или целедостижения. Соответственно, функция попечителя (в нашем случае сопоставимо с функциями защитника) при этом будет различной: при первой модели она будет включать принятие за ограниченно дееспособного гражданина юридически значимых решений, а при второй – разъяснение сложной ситуации (многокомпонентной, динамической задачи с риском), а также контроль за реализацией принятого решения.

В соответствии с этим подходом нами были выделены клинические характеристики, влияющие на различные этапы принятия юридически значимых процессуальных решений обвиняемым.

Оказалось, что разнородные клинические характеристики вызывают однотипные нарушения регуляторных процессов. Так, у ряда больных в условиях судебно-следственной ситуации усилия были направлены лишь на решение мелких, малозначимых вопросов в аспекте основной защитной линии. Однообразный характер реагирования, присущий таким подэкспертным с ограничением выбора целей и выстраиванием малоэффективной и недостаточно продуманной программы защиты без должного предвидения и оценки результатов своих действий и трудностью их коррекции, позволяет говорить о нарушении целевого уровня регуляции юридически значимой деятельности на этапе целеполагания вследствие невозможности формирования представления о юридически значимой задаче, в силу чего способность этих обследуемых к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию уголовно-процессуальных прав и обязанностей, была ограничена.

Функция защитника в таких случаях должна сводиться к разъяснению различных аспектов судебно-следственной ситуации, акцентированию внимания на наиболее значимых обстоятельствах, помощи в определении различных альтернатив решений и их последствий для подэкспертного, возникающих в процессе принятия решений. Причем, это касается как глобальной задачи – защиты от предъявленного обвинения, так и более мелких подзадач, возникающих в процессе реализации основной.

Такой механизм нарушения юридически значимой деятельности оказался свойственным для больных с доминирующими «глишроидными» патохарактерологическими чертами, выявляемыми у 50% обследованных. В период, предшествующий инкриминируемому деянию и судебно-следственной ситуации, такие черты проявлялись стремлением к сохранению определенного стереотипа жизни и избеганию всего нового. Больные даже в мелочах действовали по заранее установленному плану, старались (иногда в ущерб своим интересам) не допускать отступлений от заведенного ими порядка, определенных правил. В судебно-следственной ситуации свойственные больным педантичность и скрупулезность проявлялись, прежде всего, при даче показаний: они крайне подробно, фиксируясь на деталях, описывали случившееся, заметную роль в описаниях они отводили своим переживаниям в период правонарушения, взаимоотношениям с потерпевшими, мотивации противоправных действий. Кроме этого, подэкспертные фиксировались на мелких и незначительных процессуальных нарушениях. Они писали жалобы и ходатайства, связанные с нарушением их процессуальных прав (например, несвоевременное ознакомление с постановлением о продлении срока содержания под стражей), условий содержания под стражей (недостаточную продолжительность

прогулок), допущенными ошибками в документах (неправильно указанный год рождения, опечатки в написании фамилии).

Когнитивные расстройства аналогичным образом нарушали саморегуляцию юридически значимой деятельности. Такие особенности операциональной стороны мышления, как снижение уровня обобщения, трудности оперирования абстрактными понятиями, актуализация несущественных признаков и второстепенных свойств предметов приводили к нарушению целостного понимания судебно-следственной ситуации при правильном понимании её отдельных деталей. Другие когнитивные нарушения (памяти и внимания, явления астенического синдрома), хотя и влияли на поведение подэкспертных в судебно-следственной ситуации, но сами по себе не нарушали ни один из уровней регуляции юридически значимой деятельности. В связи с отвлекаемостью, неустойчивостью внимания в сочетании с обстоятельностью, тугоподвижностью мышления, повышенной утомляемостью, продолжительность различных следственных действий с обследуемыми увеличивалась: они подолгу давали показания, в течение длительного времени знакомились с материалами уголовного дела, истощались при большом объеме информации.

Доминирующие психастенические черты, отмечавшиеся у 17% подэкспертных, также оказывали влияние на целевой уровень регуляции юридически значимой деятельности, а именно обуславливали невозможность выбора из альтернатив. Таким больным были свойственны трудности самостоятельного поиска способов разрешения сложных ситуаций. До привлечения к уголовной ответственности им было свойственно согласование своих действий с родными. Они предпочитали проводить время в кругу близких людей или в одиночестве, с трудом заводили новых знакомых, пытались оградить себя от общения с малознакомыми людьми. В условиях судебно-следственной ситуации в следственном изоляторе они держались обособленно, общались только по необходимости. Не придерживаясь определенной тактики защитного поведения, от дачи показаний они не отказывались. Об инкриминируемом деянии рассказывали подробно, излишне детализировано описывали свои переживания, пытались оправдать свои противоправные действия. Во время пребывания на экспертизе первое время на вопросы отвечали кратко, малоинформативно, при показавшейся им негативной реакции врача расстраивались, замыкались либо неоднократно возвращались к вопросу и уточняли, как надо было ответить. При доброжелательном отношении к ним высказывали озабоченность судебно-следственной ситуацией, искали поддержки и сочувствия у врача, постоянно интересовались возможным исходом судебно-психиатрической экспертизы. Функция защитника в этом случае должна заключаться в разъяснении различных альтернатив, их последствий при решении

как основной юридически значимой задачи – выбор защитной тактики, так и более мелких: давать или не давать показания в каждом конкретном случае, сообщать или нет в показаниях те или иные сведения.

У ряда больных в основе нарушения саморегуляции лежал другой механизм. Несмотря на ориентированность в судебно-следственной ситуации, понимание необходимости защиты, такие больные не могли осуществлять целенаправленные защитные действия в силу дисфункции регуляторных процессов вследствие фиксации на собственных эгоцентрических переживаниях с недостаточностью целостной оценки происходящего с ними в уголовном процессе и многомерности самой судебно-следственной ситуации, при правильном понимании её отдельных деталей. Ситуационный и сиюминутный характер реагирования с ограничением выбора цели, невозможностью отсрочки реализации возникшего побуждения вел к выстраиванию недостаточно продуманной программы защиты без должного предвидения и оценки результатов своих действий, что свидетельствовало о нарушении целевого уровня регуляции юридически значимой деятельности, а именно целостности. Тем самым ограничивалась способность к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию уголовно-процессуальных прав и обязанностей. Функция защитника в этом случае должна сводиться к контролю за последовательностью реализации юридически значимого решения, предостережению от принятия сиюминутных решений и разъяснению возможных негативных последствий таких решений.

Данный механизм нарушения регуляции оказался свойственным больным с доминирующими эксплозивными патохарактерологическими чертами, отмеченными у 23% подэкспертных. Как в докриминальный период, так и в период судебно-следственной ситуации для них была характерна ситуативность поведения. У них отмечались однообразные формы реагирования в виде гневливых протестных реакций, не зависящих от разнообразия и значимости ситуаций, возникавших в ходе судебно-следственных действий. Отмечался недоучет возможных негативных последствий данных реакций и нарушение самоконтроля в момент их возникновения, что создавало трудности в межличностном общении и конфликтные отношения больных с окружающими. Даже по незначительному поводу они давали оппозиционные реакции, которые выражались в неподчинении правилам пребывания в следственном изоляторе, грубости и нецензурных выражениях при общении с сотрудниками следственного изолятора и следователями, частых конфликтах с сокамерниками, сопровождающихся агрессивными действиями в виде угроз и физического воздействия. Однако у таких обследуемых сохранялось дифференцированное поведение при общении с адвокатами. Обнаруживая неплохую ориентированность в судебно-следственной ситуации, они были склонны

к её категоричной, безапелляционной оценке с внешнеобвиняющими суждениями. Решения принимались ими сиюминутно в соответствии с аффективной логикой и часто носили противоречивый характер. От дачи показаний они, как правило, отказывались либо с самого начала, либо в дальнейшем, в ответ на «не понравившиеся» им слова следователя. Ситуационный и сиюминутный характер реагирования с ограничением выбора цели, невозможностью отсрочки реализации возникшего побуждения вел к выстраиванию недостаточно продуманной программы защиты без должного предвидения и оценки результатов своих действий.

Сходный механизм нарушения регуляторных процессов был свойственен больным с аффективными нарушениями, представленными депрессивными расстройствами, чаще отмечавшихся у больных с психастеническими патохарактерологическими чертами при их декомпенсации в условиях психогенной судебно-следственной ситуации.

20% обследованных с депрессивными нарушениями легкой степени тяжести был свойственен ситуационный и сиюминутный характер реагирования с ограничением выбора цели и игнорированием защитной тактики с невозможностью отсрочки реализации возникшего побуждения вели к выстраиванию недостаточно продуманной программы защиты без должного предвидения и оценки результатов своих действий. Они отказывались от участия в судебно-следственных мероприятиях (дачи показаний, ознакомления с материалами уголовного дела), сотрудничества с адвокатами, при этом никак не объясняли своих решений.

У больных с депрессией средней степени тяжести с тревожно-тоскливым аффектом и адинамией (17%) было снижено побуждение к защите. Они не проявляли инициативы при даче показаний, кратко и формально отвечали на вопросы, пассивно соглашаясь с версией следствия. Функция защитника в этом случае должна сводиться к контролю за реализацией защитной линии, разъяснению первостепенной значимости судебно-следственной ситуации, возможных негативных последствий пассивного поведения и отказа участия в следственных действиях.

У 57% обследованных аффективные нарушения были представлены депрессией легкой степени, что, несомненно, оказывало влияние на поведение больных в судебно-следственной ситуации, но не нарушало регуляцию юридически значимой деятельности.

### **Обсуждение и выводы**

Смысловый уровень регуляции деятельности был сохранен у всех обследованных. Они имели иерархическую устойчивую систему личностных

смыслов, понимали социальное значение сложившейся судебно-следственной ситуации и правильно соотносили их между собой. Нарушение целевого уровня регуляции юридически значимой деятельности отмечалось у всех подэкспертных, однако механизмы этих нарушений были различными в зависимости от наличия тех или иных психопатологических расстройств. Так, при преобладании в клинической картине заболевания эксплозивного варианта личностных изменений, аффективных нарушений, а также у больных с психастеническими патохарактерологическими чертами была нарушена регуляция деятельности на этапе целедостижения, что позволяет говорить о нарушении волевого критерия УПД. При правильном понимании характера и значения уголовного судопроизводства и своего процессуального положения такие лица не обладают способностью к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию указанных прав и обязанностей. При этом нарушенные звенья регуляции могут быть восполнены за счет участия защитника, роль которого будет заключаться в помощи при выборе защитной тактики и контроле за реализацией основной защитной линии. При «глишроидном» варианте личностных изменений, а также наличии операциональных нарушений мышления, прежде всего, нарушается этап целеполагания, а именно формирование представления о юридически значимой задаче, что позволяет говорить о нарушении интеллектуального критерия УПД, то есть о нарушении понимания значения уголовного судопроизводства, а точнее – о нарушении целостного понимания многомерной судебно-следственной ситуации при правильном понимании её отдельных деталей. Такой механизм нарушения также может быть восполнен за счет участия защитника, роль которого будет сводиться к разъяснению различных аспектов судебно-следственной ситуации, акцентированию внимания на наиболее значимых её аспектах, помощь в определении всех вариантов альтернатив, возникающих в процессе принятия решений.

Необходимо подчеркнуть, что под защитником не имеется в виду только адвокат, поскольку адвокатская помощь предполагает равноправное взаимодействие с подзащитным. В отношении же ограниченно уголовно-процессуально дееспособных граждан от защитника требуется восполнение нарушенных вследствие психических недостатков юридически значимых способностей, поэтому в данном случае помимо участия адвоката целесообразным является допуск в качестве защитника одного из близких родственников или «иного лица» о чем может ходатайствовать обвиняемый (ч.2 ст.49 УПК РФ).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Адаменко В.Д. Процессуальная дееспособность участника уголовного процесса // Правоведение. 1978. № 4. С. 23–27.
2. Адаменко В.Д. Охрана свобод, прав и интересов обвиняемого. Кемерово, 2004. 294 с.
3. Бажукова Ж.А. Гарантии прав лица, в отношении которого осуществляется уголовное судопроизводство о применении принудительных мер медицинского характера: Дисс. ... канд. юрид. наук. Сыктывкар, 2008. 216 с.
4. Бамдас Б.С. Астенические состояния. М.: Медгиз, 1961. 204 с.
5. Болдырев А.И. Социальный аспект больных эпилепсией. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: Медицина, 1997. 208 с.
6. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
7. Булатов Б.Б. Процессуальное положение лиц, в отношении которых осуществляется обвинительная деятельность: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Омск, 2011. 26 с.
8. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 N 138-ФЗ (в ред. от 14.06.2011) // СЗ РФ.
9. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики: практическое руководство. СПб.: Стройлеспечат, 1997. 303 с.
10. Громов С.А. Контролируемая эпилепсия (клиника, диагностика, лечение). СПб.: И.И.Ц.Балтика, 2004. 302 с.
11. Гинсберг Л. Неврология для врачей общей практики. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2014. 368 с.
12. Иванов-Смоленский А.Г. Очерки экспериментального исследования высшей нервной деятельности человека (в возрастном аспекте). М.: Медицина, 1971. 448 с.
13. Казаковцев Б.А. Психические расстройства при эпилепсии. М.: Амипресс, 1999. 415 с.
14. Калинин В.В., Железнова Е.В., Земляная А.А. и соавт. Когнитивные нарушения при эпилепсии // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. 2006. Т. 106, № 6. С. 4–10.
15. Кириллин С.В. Совершенствование уголовно-процессуального статуса лица, в отношении которого ведется производство о применении принудительных мер медицинского характера // Вестник Омского университета. 2010. № 1. С. 153–157.
16. Козелецкий Ю. Психологическая теория решений. Перевод с польского Г.Е. Минца, В.Н. Поруса / Под ред. Б.В. Бирюковой. М.: «Прогресс», 1979. 600 с.
17. Колмаков П.А. Права и обязанности лица, нуждающегося в применении принудительных мер медицинского характера // Правоведение. 1985. № 3. С. 89–93.
18. Корзун Д.Н., Ткаченко А.А. Проблемы экспертной дифференциации юридически значимых способностей лиц с психическими расстройствами // Психическое здоровье. 2012. № 11. С. 36–41.
19. Корзун Д.Н., Ткаченко А.А. Судебно-психиатрическая оценка юридически значимых способностей и механизмов регуляции поведения // Российский психиатрический журнал. 2013. № 3. С. 4–12.
20. Кудрявцев И.А., Лапшина Е.Н. Психологические подходы к проблеме саморегуляции и их прикладное значение для решения вопросов судебно-экспертной практики: Аналитический обзор. М., 2010. 38 с.
21. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. 2-е изд. М.: Политиздат, 1977. 304 с.
22. Мурышкина Т.А. Общие проблемы уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемого. Кемерово, 2006. 122 с.
23. Полосков П.В. Правоспособность и дееспособность в советском уголовном процессе: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. М., 1985. 216 с.
24. Рогачева Т.А. Ремиссии при эпилепсии // Мат-лы Росс. конф. «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». М., 2004. С. 201.
25. Рогачева Т.А. и соавт. Когнитивное функционирование у больных эпилепсией в стадии ремиссии припадков // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21, № 3. С. 49–53.
26. Смудевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. № 7(4). С. 184–188.
27. Солонникова Н.В. Проблемы процессуальной дееспособности несовершеннолетних в уголовном судопроизводстве (досудебное производство): Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Краснодар, 2008. 21 с.
28. Татьяна Л.Г. Проблемы реализации прав обвиняемого по делам, расследуемым органами дознания // Межвузовский сборник научных трудов. Уфа, 2003. С. 236.
29. Федеральный закон от 29.11.2010 N 323-ФЗ «О внесении изменений в уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» // СЗ РФ.
30. Шагеева Р.М. Проблемы применения принудительных мер медицинского характера в уголовном процессе: Автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Уфа, 2005. 24 с.
31. Щукина Е.Я., Ткаченко А.А., Шишков С.Н. Экспертная оценка психических расстройств, влияющих на уголовно-процессуальную дееспособность, в свете Постановления Конституционного Суда РФ от 20.11.07 г. №13-П. Информационное письмо. М., 2009. 11 с.
32. Mojs E., Gajewska E., Glowacka M., Samborski W. The prevalence of cognitive and emotional disturbances in epilepsy and its consequences for therapy // Ann. Acad. Med. 2007. Vol. 53. P. 82–87.
33. Perrine K., Kielbasa T. Cognitive deficits in epilepsy and contribution to psychopathology // Neurology. 1999. Vol. 53, Suppl. 2. P. S39–48.
34. Schmitz B. Depressive disorders in epilepsy / Ed. by M. Trimble, B. Schmitz. Guildford: Clarius Press LTD, 2002. P. 19–34.

### ОГРАНИЧЕННАЯ УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНАЯ ДЕЕСПОСОБНОСТЬ У ОБВИНЯЕМЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

М.В. Усюкина, Е.Ю. Харитоненкова

В статье проанализирован юридический критерий ограниченной уголовно-процессуальной дееспособности в свете психологической теории регуляции деятельности. Показаны механизмы нарушения юридически значимой деятельности вследствие психопатологических расстройств при эпилепсии. Обоснована различная роль защитника в зависимости от механизма нарушения саморегуляции. Выделены клиниче-

ские характеристики, влияющие на способность понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, а также самостоятельно совершать действия, направленные на реализацию своих прав и обязанностей.

**Ключевые слова:** эпилепсия, психические расстройства, уголовно-процессуальная дееспособность.

### DIMINISHED CRIMINAL RESPONSIBILITY AND PROCEDURAL COMPETENCE IN EPILEPTIC SUBJECTS

M.V. Usyukina, E.Yu. Kharitonenkova

The article analyzes the legal criterion of individuals' limited capacity to face criminal trial in the light of action control psychology. It describes the ways how psychopathological disorders resulting from epilepsy could impair the control over legally relevant actions. The article establishes various roles played by the defender depending on the mechanism of self-control impairment. It specifies

the clinical characteristics that affect an individual's ability to understand the nature and importance of criminal trial and their own procedural role, and to act independently when exercising their rights and fulfilling obligations.

**Key words:** epilepsy, mental disorders, criminal responsibility and procedural competence.

**Усюкина Марина Валерьевна** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им.В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: marina\_gnc@mail.ru

**Харитоненкова Евгения Юрьевна** – врач, судебно-психиатрический эксперт ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им.В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: evgenia4958@mail.ru