

# СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

А.А. Ткаченко, Д.В. Самылкин

*ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Актуальность исследования уголовно-процессуальной дееспособности (УПД) обусловлена недавними изменениями в уголовно-процессуальном законодательстве, закрепляющими права лиц, в отношении которых ведется судебное производство о применении принудительной меры медицинского характера. Такому лицу должно быть предоставлено право лично осуществлять принадлежащие ему и предусмотренные статьями 46 и 47 УПК РФ процессуальные права, если это позволяет ему его психическое состояние. При этом учитывается заключение экспертов, участвовавших в производстве судебно-психиатрической экспертизы [12]. Кроме этого, в уголовно-процессуальном законодательстве существует 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» («ограниченная» процессуальная дееспособность). Таким образом, создана подкрепленная законодательством система для дифференциации психических расстройств в рамках экспертной оценки уголовно-процессуальной недееспособности (УПНД). Тем самым появились предпосылки для решения вопросов уголовно-процессуальной дееспособности (способности предстать перед судом), что является устоявшейся практикой в ряде стран [14].

Изменения в законодательстве привели к необходимости выработки алгоритмов судебно-психиатрической оценки УПД и разработки её четких критериев. Согласно современным представлениям, 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 процессуальных прав и обязанностей [13]. Данный юридический критерий состоит из двух компонентов – интеллектуального и волевого и, подобно иным юридическим (психологическим) критериям, является обобщенным выражением существующих представлений о произвольной саморегуляции применительно к конкретной юридически значимой деятельности [6, 7, 9]. Саморегуляция не сводима ни к деятельности, ни к индивидуально-психологическим особенностям субъекта, выступая в качестве самостоятельного опосредующего звена между личностью и деятельностью.

Согласно современным взглядам, выделяются мотивационный (смысловой) и операционально-технический уровни саморегуляции, существующие в строгой иерархической взаимосвязи. Высший мотивационный (смысловой) связан с содержанием деятельности и организацией общей ее направленности, пронизывая все уровни деятельности. Операционально-технический (этапы целеполагания и целедостижения) отражает формальную организацию действия и включает такие звенья, как планирование, моделирование, программирование, оценивание результатов своих действий и их коррекцию [1, 5, 10]. С этой точки зрения любой юридический критерий может быть раскрыт через две фундаментальные характеристики деятельности – предметности и осмысленности, которым соответствуют две формы ее регуляции: а) интенциональной стороне деятельности (связанной со смысловым содержанием) соответствует смысловая регуляция – согласование целей и средств деятельности с мотивами, потребностями, ценностями и установками; б) операциональной (целевой) стороне соответствует предметная регуляция – обеспечение адекватности операциональных характеристик деятельности особенностям ее предмета (объекта). Целевой уровень регуляции включает формирование цели деятельности (целеполагание), состоящее из представления о задаче, мотива деятельности, осознания и удержания в памяти альтернатив решения задачи, выбора

из альтернатив, прогноза последствий этого выбора, а также целедостижение, включающее собственно ряд действий по достижению цели, оценку результатов действий, а также, при необходимости их коррекцию. Критичность обеспечивает соотнесение 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 [7].

В качестве модели изучения УПД нами были выбраны расстройства шизофренического спектра, что связано с полиморфизмом их клинических проявлений как в феноменологическом, так и клинико-динамическом аспектах.

Исходя из этого, задачами исследования было выделение критериев экспертной оценки расстройств шизофренического спектра, влияющих на способность понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, а также способность к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию процессуальных прав и обязанностей.

### Материал и методы

Было изучено 92 подэкспертных, страдающих шизофренией и проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в Центре с 2008 по 2013 год. Все они были обвиняемыми по уголовным делам, у всех была диагностирована шизофрения либо шизотипическое расстройство в соответствии с критериями рубрик F20 и F21 МКБ-10. Дифференцированная экспертная оценка УПД предполагает и дифференцированную оценку клинической картины [6]. Одним из путей такой дифференциации является разграничение групп больных шизофренией в зависимости от длительности течения и формы болезненного процесса. Проводилось сравнение трех групп подэкспертных. Первые две группы составили больные параноидной шизофренией: в первой – подэкспертные с давностью заболевания менее 5 лет (36 чел.), во второй – с давностью заболевания более 5 лет (30 чел.). В третью были выделены больные с шизотипическим расстройством и непсихотическими формами шизофрении (26 чел.). У большинства подэкспертных III группы (73%) давность заболевания была более 5 лет. Другим путем дифференциации клинических проявлений является анализ клинической картины заболевания с выделением ведущего синдрома на момент обследования, сочетающийся с размерной оценкой клинической картины. Детальный клинко-психопатологический анализ указанных групп подэкспертных представлен ранее [11].

Основным методом исследования был клинко-психопатологический, дополнявшийся результа-

тами экспериментально-психологического обследования. Статистическая обработка включала определение частотности изучаемых признаков (выявление их абсолютных значений удельного веса показателей), анализ таблиц сопряженности с помощью  $\chi$ -критерия, различия считались статистически значимыми при уровне ошибки  $p < 0,05$ .

### Результаты

Соотнесение отдельных психопатологических образований в рамках размерной модели с поведением подэкспертных в судебно-следственной ситуации позволило выделить наиболее значимые психопатологические образования, влияющие на регуляцию юридически значимого поведения.

Такие дефицитные нарушения мышления, как паралогичность, разноплановость, тангенциальность мышления, искажение понимания условных смыслов, патологический полисемантизм, приводили к нарушению мотивационной сферы подэкспертных, а именно её смыслообразующей функции и, как следствие, – нарушению понимания смысла как всей судебно-следственной ситуации, так и отдельных её элементов. В частности, многие больные не могли даже примерно передать смысл настоящей судебно-психиатрической экспертизы, её место в ряду судебно-следственных действий. Некоторые больные описывали смысл общими словами – «обследование», «комиссия», её процессуальные последствия либо не называли совсем – «когда-нибудь потом узнаю, зачем это нужно было», либо упрощенно – «оценить состояние здоровья», «или в больницу отправят, или в тюрьму». Они затруднялись назвать наиболее благоприятные для себя последствия: ответ на этот вопрос они, как правило, подменяли непродуктивным рассуждением. У некоторых подэкспертных происходило замещение утраченного смысла сугубо субъективным, своеобразным – они воспринимали её как способ «разобраться в себе», «получить советы, рекомендации», «оценить свои возможности». Один из подэкспертных заявлял, что «попадание в тюрьму от чего-то меня спасло, возможно, от смерти», другой считал целью судебно-психиатрической экспертизы, а также всех проводимых с ним судебно-следственных действий, снятие психиатрического диагноза, установленного ему ранее, поэтому все его усилия были направлены только на это, а не на защиту от предъявленного обвинения. При этом понимание социального значения юридически значимого события утрачивалось, происходило его рассогласование с личностным смыслом, что отражало нарушение критичности. Распространенность юридически значимых дефицитных нарушений мышления представлена в табл. 1.

При сочетании дефицитных нарушений мышления с актуальными бредовыми идеями преследования (I группа – 22%, II – 20%), воздействия (42%

## Юридически значимые дефицитарные нарушения мышления

	Параноидная шизофрения давностью менее 5 лет (n=36)	Параноидная шизофрения давностью более 5 лет (n=30)	Непсихотические формы шизофрении (n=26)	Всего (n=92)
Паралогичность	23 (64%) $\chi^2=5,8$ p<0,018	24 (80%) $\chi^2=7,6$ p<0,006	9 (35%)*	56 (61%)
Разноплановость	20 (56%) $\chi^2=4,6$ p<0,032	19 (63%) $\chi^2=5$ p<0,025	9 (35%)*	48 (52%)
Тангенциальность	13 (35%) $\chi^2=5,3$ p<0,02	17 (56%) $\chi^2=6,6$ p<0,016	4 (15%)*	34 (37%)
Нарушение понимания условных смыслов	21 (58%) $\chi^2=4,9$ p<0,042	22 (72%) $\chi^2=6,6$ p<0,022	10 (38%)*	53 (58%)
Патологический полисемантизм	10 (28%) $\chi^2=4,6$ p<0,052	11 (36%) $\chi^2=5,2$ p<0,038	3 (12%)*	24 (26%)

Примечания: \* – достоверно значимые отличия.

и 33%) у больных I и II групп отмечалась проекция бредовых переживаний на судебную-следственную ситуацию, что также приводило к искажению её смысла, замещению его патологическим, связанным с бредовыми переживаниями. Больные с бредом преследования считали, что возникшая судебная-следственная ситуация — это часть более глобального их преследования. При наличии структурированной, систематизированной бредовой системы они называли конкретных людей – считали, что лица, преследовавшие их ранее, имеют к ней отношение – «договорились со следователем», «происки сотрудников милиции, с которыми у меня старые счеты». Также они включали в бредовую систему свое окружение в следственном изоляторе – сокамерников, сотрудников охраны, медработников, считали, что они также принимают участие в преследовании, при этом мотивы их поступков истолковывались по-бредовому. Так, один из больных считал, что ему задают более сложные вопросы, чем другим подэкспертным, не позволяют выполнять тестовые задания экспериментально-психологического исследования одному в палате. У подэкспертных с бредом воздействия, психическими автоматизмами (I группа – 39%, II – 37%) также отмечалось искажение смысловой сферы: один из больных воспринимал себя «в центре эксперимента», считал, что над ним ставятся опыты, испытываются «новые методы управления сознанием», другой говорил о «воздействии на мозг» с помощью «излучателей», чтобы заставить давать показания. В случае малосистематизированной бредовой системы с преобладанием бредового восприятия, чувственного бреда, достоверно чаще отмечавшихся у подэкспертных I группы (31%, во II группе – 13%,  $\chi^2=4,71$  p<0,04), судебная-следственная ситуация воспринималась в целом как тревожно-угрожающая. Больные, даже призна-

вая вину в совершенном правонарушении, считали, что возбуждение в отношении них уголовного дела состоялось «неспроста», высказывали предположение, что «экспертизу назначили не просто так», «врача подослали». Отмеченные нарушения мышления в сочетании с продуктивной психопатологической симптоматикой также нарушают и целевой уровень регуляции юридически значимой деятельности за счет искаженного формирования представлений о проблемной ситуации, искажения мотивации деятельности.

Нарушение смыслового уровня регуляции юридически значимой деятельности, помимо дефицитарных нарушений мышления, связано с эмоциональной амбивалентностью, дефицитом высших эмоций, ангедонией. Это может объясняться нарушением распознавания и оценки эмоций окружающих, понимания эмоционального подтекста событий, часто отмечаемыми у больных шизофренией и связанными с указанной патологией эмоциональной сферы. Кроме того, эмоциональные проявления, как правило, свидетельствуют о личностном смысле, отображая его на осознаваемом уровне [2], поэтому искажение эмоциональной сферы позволяет судить и об искажении смысловой. В наибольшей степени эти нарушения оказались свойственны подэкспертным II группы: амбивалентность эмоций выявлялась в 28%, 43%, 16% ( $\chi^2=5,2$  p<0,032) соответственно, дефицит высших эмоций – в 42%, 70%, 27% ( $\chi^2=5,5$  p<0,03,  $\chi^2=8,1$  p<0,012), ангедония – в 39%, 50%, 8% ( $\chi^2=7,2$  p<0,02). Нарушения кратковременной (39%, 47%, 15%,  $\chi^2=4,9$  p<0,042,  $\chi^2=5,4$  p<0,028) и долговременной (31%, 33%, 8%,  $\chi^2=4,7$  p<0,045,  $\chi^2=5,8$  p<0,02) памяти, относящиеся к кластеру когнитивных расстройств, также могут свидетельствовать о нарушении смысловой сферы у больных шизофренией. Мотивационный характер таких наруше-

ний отмечался при патопсихологических исследованиях [4, 8]. При исследовании было отмечено, что подэкспертные, обнаруживая снижение памяти при выполнении экспериментально-психологических методик, хорошо помнили мелкие незначительные детали событий, связанные с их бредовыми переживаниями. Например, больной с бредом преследования помнил, какого цвета была обувь у якобы преследовавшего его человека, которого он видел из окна квартиры три года назад.

Поскольку смысловой уровень регуляции является ведущим, пронизывающим всю деятельность человека, его нарушение позволяет говорить о нарушении потенциальной способности понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, а также самостоятельно совершать действия, направленные на реализацию процессуальных прав и обязанностей.

Остальные симптомокомплексы, выявленные в рамках дименсиональной оценки клинической картины, оказывали влияние на поведение подэкспертных в судебно-следственной ситуации, но сами по себе не нарушали регуляцию юридически значимой деятельности в полном объеме. Так, когнитивные нарушения, чаще отмечавшиеся у больных с психотическими формами шизофрении, влияли на продолжительность следственных действий: вследствие отвлекаемости и неустойчивости внимания (36%, 43%, 27%) подэкспертные подолгу обдумывали ответы на вопросы, переспрашивали, дольше знакомились с материалами уголовного дела. Допросы с ними происходили чаще, иногда по их же инициативе для уточнения тех или иных сведений. Похожее влияние на судебно-следственную ситуацию оказывала депрессивная симптоматика, отмечавшаяся у подэкспертных всех трех групп (42%, 44%, 69%). Выраженность её, как правило, была незначительной, она не сопровождалась суицидальными тенденциями, моторной заторможенностью, суточными колебаниями фона настроения, поэтому влияние её ограничивалось лишь увеличением продолжительности судебно-следственных мероприятий вследствие повышенной утомляемости, брадифрени, свойственных депрессивному аффекту.

Помимо дименсиональной оценки клинической картины, нами проводилось выделение ведущих синдромов на момент обследования [3] в соответствии с категориальной моделью диагностики. Во всех группах преобладали дефицитарные ведущие синдромы различной структуры (I и II группы – по 78% наблюдений, III группа – во всех случаях). Первая и вторая группа значимо между собой не различались, в них, в основном, были представлены дефицитарные синдромы с преобладанием нарушений в эмоционально-волевой сфере – дефект с преобладанием внушаемости, волевой неустойчивости, беспечности (по 13%), аутизация с эмоциональным обеднением (17% и 23%). У таких больных на пер-

вый план в клинической картине выступали эмоциональная нивелировка со снижением интенсивности эмоциональных переживаний, утратой высших эмоций, таких как сочувствие, жалость, сострадание. Отмечалось этическое и эстетическое притупление с потерей чувства стыда, виновности, приличий. Они, как правило, обнаженно, безэмоционально сообщали о совершенном правонарушении, не испытывали раскаяния и не выказывали сожаления по поводу случившегося. Указанные нарушения свидетельствовали о поражении смысловой сферы с нарушением понимания социального значения юридически значимых событий и утратой критичности, то есть нарушением соотношения их с системой личностных смыслов.

У больных с преобладанием внушаемости, волевой неустойчивости, беспечности эмоциональный дефицит усугублялся глубоким дефектом волевых побуждений. У них отмечалось выраженное снижение активности и инициативы, утрата серьезных стремлений, незаинтересованность в собственном будущем. Такие больные были безучастными к происходящим вокруг событиям, безразлично относились к сложившейся судебно-следственной ситуации, проводившимся с их участием судебно-следственным действиям, возможным результатам судебно-психиатрической экспертизы. События инкриминируемых деяний они описывали скупо, крайне формально, для выяснения обстоятельств, различных нюансов произошедшего приходилось задавать много уточняющих вопросов. Такое поведение свидетельствует о нарушении целевого уровня регуляции деятельности, а именно целедостижения. Кроме этого, дефицит волевой сферы в виде пассивности, апатичности является клиническим проявлением снижения побудительной силы мотивов, поэтому косвенным образом свидетельствует о нарушении мотивационной сферы, то есть смыслового уровня регуляции.

Похожее поведение отмечалось у подэкспертных с астено-анергическим дефектом (4% – по одному подэкспертному из I и II групп, двое – из III). В судебно-следственной ситуации эти больные выказывали озабоченность сложившейся ситуацией, неплохую ориентированность в ней, что в сочетании с отсутствием у них дефицитарных нарушений мышления свидетельствует о сохранности смыслового уровня регуляции. Несмотря на это, поведение их в судебно-следственной ситуации было пассивным, они неохотно сообщали обстоятельства инкриминируемых деяний, а при направленном расспросе отказывались от беседы, ссылаясь на повышенную утомляемость и усталость, что свидетельствовало о нарушении целевого уровня регуляции деятельности (целедостижения) и позволяло говорить о нарушении способности к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию процессуальных прав и обязанностей.

У 10% подэкспертных первой и у 11% второй группы клиническая симптоматика была представлена легкими постпсихотическими изменениями склада личности без типологической дифференциации. Эти больные совершали правонарушения в острых психотических состояниях различной структуры и к моменту проводимой экспертизы обнаруживали практически полную редукцию психопатологической симптоматики. У них выявлялись лишь легкие изменения в личностной сфере с нарастанием либо появлением несвойственной им ранее тревожности, сензитивности, неуверенности в себе, которые, впрочем, не достигали патохарактерологического уровня. Некоторые из них неохотно описывали свои переживания в тот период и отрицали содеянное, другие пытались объяснить произошедшее рациональными, психологически понятными мотивами и категорически отрицали какие-либо психопатологические переживания. Они были достаточно хорошо ориентированы в судебно-следственной ситуации, пользовались услугами адвокатов, высказывали установку на защиту от предъявленного обвинения. При этом как смысловой, так и целевой уровень регуляции деятельности у них были не нарушены.

Из продуктивных синдромов чаще встречался синдром психического автоматизма (11% и 13% наблюдений в первой и второй группах соответственно). У таких больных на первый план выходил вербальный псевдогаллюциноз чаще комментирующего содержания, идеаторные автоматизмы и тесно связанный с этим бред воздействия, иногда преследования. В силу того, что указанная симптоматика носила хронический характер, бредовая система у таких больных была достаточно развитой и устойчивой, а на фоне проводимого лечения отмечалась лишь частичная дезактуализация психопатологических переживаний. Больные заявляли, что «голоса стали тише», некоторые отмечали, что перестали ощущать воздействие, при этом заявляли, что, «наверное, прибор выключили». У троих подэкспертных на первый план в клинической картине выступала парафреническая симптоматика по типу галлюцинаторной парафреники. Эти больные были охвачены бредовыми идеями собственного величия, особых способностей мегаломанического характера, слуховыми и зрительными псевдогаллюцинациями с кататоническими включениями. При этом в болезненных переживаниях больных сложившаяся судебно-следственная ситуация никоим образом не фигурировала и в сознании больных существовала как бы параллельно с бредовой системой. Они либо признавали совершенное инкриминируемое деяние, описывая его крайне формально, либо категорически отрицали его. В обоих случаях больные неохотно обсуждали судебно-следственную ситуацию, выказывая безразличное отношение к её исходу. На вопросы, касающиеся судебно-следственной ситуации, они практически не отвечали, во время беседы постоянно возвра-

щались к своим болезненным переживаниям, охотно приводя все новые и новые подробности. Некоторые больные во время беседы обсуждали только собственные записи или рисунки, отражающие их болезненные переживания. Такое поведение свидетельствовало о нарушении смыслового уровня регуляции, что позволяло говорить о нарушении потенциальной способности понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, а также самостоятельно совершать действия, направленные на реализацию процессуальных прав и обязанностей.

Третья группа значительно отличалась от первой и второй за счет преобладания в ней подэкспертных с психастеноподобным (I группа – 17%, II – 13%, III – 42%,  $\chi^2=4,6$ ,  $p<0,04$ ,  $\chi^2=5,2$ ,  $p<0,026$ ) и ригидно-стеническим (I группа – 8%, II – 7%, III – 42%,  $\chi^2=6,1$ ,  $p<0,01$ ,  $\chi^2=6,19$ ,  $p<0,013$ ) дефектом. Общим для данных синдромов являлось преимущественное поражение личностной сферы. При психастеноподобном дефекте в дисгармоничном сочетании патохарактерологических черт ведущими были психастенические. Такие больные были мнительны, неуверенны в себе, тревожны, избегали новых, незнакомых ситуаций. В судебно-следственной ситуации они испытывали трудности в принятии решений. Во время судебно-психиатрической экспертизы они искали поддержки и участия со стороны врача, избегали конструктивного обсуждения судебно-следственной ситуации, говорили, что «ждут, когда всё закончится». Они затруднялись в выборе защитной тактики, сообщали то одни, то другие сведения об инкриминируемом деянии, некоторые спрашивали у врача, как им правильнее себя вести на допросах. Такое поведение свидетельствовало о нарушении целевого уровня регуляции юридически значимой деятельности, а именно о невозможности выбора из альтернатив, что позволяло говорить о нарушении волевого критерия УПД, то есть неспособности к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию процессуальных прав и обязанностей.

Больные с ригидно-стеническим дефектом, наоборот, отличались чрезмерной уверенностью в себе, повышенной активностью, которая, однако, носила однобокий узконаправленный характер. Поведение в судебно-следственной ситуации таких больных зависело от направленности этой активности. У больных параноидной шизофренией с ригидно-стеническим дефектом (31%) активность была направлена либо на реализацию собственных «проектов», связанных со сферой их профессиональной деятельности, либо на заботу о своем здоровье в связи с наличием ипохондрических идей сверхценного характера. В судебно-следственной ситуации активность таких больных, как правило, сохраняла свою направленность, они продолжали заниматься своей деятельностью, несмотря на содержание под стражей, при этом не проявляли никакого интереса к судебно-следственным

мероприятиям, давали формальные, малоинформативные показания, не интересовались своей дальнейшей судьбой. Такое поведение было обусловлено сочетанием идей сверхценного характера с негативными нарушениями эмоциональной сферы (неадекватность, парадоксальность эмоциональных проявлений) и свидетельствовало о нарушении смыслового уровня регуляции юридически значимой деятельности с доминированием патологических смысловых образований, нарушением понимания социального значения судебно-следственной ситуации, утратой критичности.

У больных непсихотическими формами шизофрении с ригидно-стеническим дефектом (69%) в судебно-следственной ситуации менялся вектор активности. Они охотно включались в процесс защиты: постоянно писали ходатайства, жалобы на действия следователей, сотрудников полиции, следственного изолятора, давали подробные, гипердетализированные показания. Однако активность их была направлена на отдельные, часто незначительные элементы защиты: они писали многостраничные жалобы на условия содержания под стражей, ошибки, допущенные следователями в процессуальных документах и т.д. При этом было нарушено целостное понимание судебно-следственной ситуации при правильном понимании её отдельных деталей, что свидетельствовало о нарушении целевого уровня регуляции деятельности на этапе целеполагания, то есть формировании представления о юридически значимой задаче. В обоих случаях (ригидно-стенический дефект при параноидной шизофрении и при непсихотических формах шизофрении) можно говорить о нарушении интеллектуального критерия УПД, хотя механизмы его нарушения различные.

У троих обследованных (двое – 5% из первой группы и один – 4% из третьей) был диагностирован дефект типа фершробен. Эти больные отличались манерностью, эксцентричностью. Их деятельность, также как деятельность больных с ригидно-стеническим дефектом, была односторонней, но отличалась вычурностью, оторванностью от реальной жизни, носила патологический аутистический характер. В судебно-следственной ситуации эти больные вели себя пассивно, продолжали заниматься своей доминирующей деятельностью, вели записи, делали чертежи. Они обнаруживали лишь эпизодическую заинтересованность следственными действиями, при этом их поступки отличались непредсказуемостью, парадоксальностью, противоречивостью – они беспричинно меняли свои показания, выдвигая нелепые версии произошедшего, внезапно отказывались от сотрудничества с адвокатом, то признавали, то отрицали свою вину. Такое поведение свидетельствовало о нарушении смыслового уровня регуляции юридически значимой деятельности (в силу характерных для таких больных дефицитарных нарушений мышления), что позволяло говорить о нарушении потен-

циальной способности понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, а также самостоятельно совершать действия, направленные на реализацию процессуальных прав и обязанностей.

Грубая дефицитарная симптоматика псевдоорганического характера была отмечена лишь у 3% обследованных (один из I группы, двое из II). У этих больных отмечался регресс склада личности, проявлявшийся обеднением, оскудением психической деятельности, замедлением всех психических процессов, утратой индивидуальных личностных черт. Такие больные до привлечения к уголовной ответственности были социально грубо дезадаптированы – нигде не работали, не имели постоянного места жительства, бродяжничали. Они совершали правонарушения по негативно-личностным механизмам вследствие расторможенности и извращенности влечений (I группа) либо повышенной внушаемости и подчиняемости (II группа). В период судебно-следственной ситуации они обнаруживали полную безучастность к происходящему, не выказывали озабоченности своей дальнейшей судьбой. Они затруднялись изложить даже основные события своей жизни, касающиеся образования, места жительства, не могли сказать, как долго они проживали на улице, как зовут их родителей, близких родственников. Сведения, касающиеся инкриминируемого деяния, они также практически не сообщали, лишь пассивно подтверждали изложенные в материалах уголовного дела сведения. У таких больных был нарушен смысловой уровень регуляции юридически значимой деятельности вследствие отмечавшихся у них грубых дефицитарных нарушений мышления (аморфность, непоследовательность вплоть до разорванности), а также целевой уровень регуляции деятельности за счет перестройки потребностно-мотивационной сферы с её упрощением, преобладанием примитивных эгоцентрических мотивов. Это позволяло говорить о нарушении как интеллектуального, так и волевого критериев УПД.

Соотношение юридически значимых клинических характеристик с различными уровнями саморегуляции поведения представлены в табл. 2.

### Обсуждение результатов

Таким образом, алгоритм оценки УПД включает в себя на первом этапе дименсиональную оценку клинической картины с выделением значимых симптомов-комплексов. Расстройства шизофренического спектра, включающие, прежде всего, дефицитарные нарушения мышления (паралогичность, амбивалентность мышления, искажение понимания условных смыслов, патологический полисемантизм), а также грубые изменения эмоциональной сферы (парадоксальность эмоциональных проявлений, нарушение распознавания чужих эмоций, ангедония) и снижение памяти приводят к дефициту смыслового уровня регуляции

## Влияние юридически значимых клинических характеристик на саморегуляцию поведения

Смысловой уровень регуляции	Целевой уровень регуляции	
	Целеполагание	Целедостижение
1. Дефицитарные нарушения мышления: паралогичность, тангенциальность мышления, искажение понимания условных смыслов, патологический полисемантизм 2. Психотическая симптоматика: бред, галлюцинации, психические автоматизмы 3. Нарушения эмоциональной сферы: эмоциональная амбивалентность, дефицит высших эмоций, ангедония, нарушение распознавания и оценки эмоций окружающих, понимания эмоционального подтекста событий 4. Нарушения памяти мотивационного характера	Ригидностенический дефект	1. Дефект с преобладанием внушаемости, волевой неустойчивости, беспечности 2. Астено-анергический дефект 3. Психастеноподобный дефект

юридически значимой деятельности. Их выявление позволяет сделать предварительный вывод о нарушении потенциальной способности понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, а также самостоятельно совершать действия, направленные на реализацию процессуальных прав и обязанностей.

На следующем этапе необходима категориальная оценка клинической картины с выделением ведущего синдрома заболевания и соотносением её с поведением подэкспертных во время судебно-следственной ситуации, что позволяет проанализировать её с точки зрения регуляции деятельности с выделением её сохранных и нарушенных звеньев. Это позволяет перейти к оценке актуальной способности правильно понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, а также самостоятельно совершать действия, направленные на реализацию процессуальных прав и обязанностей.

Подход к решению вопроса об ограниченной уголовно-процессуальной дееспособности заключается в оценке потенциальной возможности компенсации нарушенных звеньев регуляции при помощи другого лица (защитника).

Нарушение смыслового уровня регуляции у больных шизофренией не может быть компенсировано участием защитника, поскольку оно вызвано дефицитарными расстройствами, приводящими к качественной перестройке мотивационной (смысловой) сферы, а иногда и полному разрушению смысловой иерархии, что позволяет говорить о нарушении как интеллектуального, так и волевого критериев УПД. В случае сохранного смыслового уровня регуляции изолированное нарушение целевого уровня регуляции на этапах целеполагания или целедостижения позволяет сделать вывод об ограниченной УПД, то есть отнесении выявленного психического расстройства к категории психических недостатков, препятствующих *самостоятельному* осуществлению права на защиту (ст. 51 УПК РФ), что подразумевает обязательное участие защитника. При этом роль защитника будет различной в зависимости от механизма нарушения целевого уровня регуляции. При нару-

шении целеполагания роль защитника будет заключаться в разъяснении различных аспектов многомерной судебно-следственной ситуации, акцентировании внимания на наиболее значимых её аспектах, помощи в рассмотрении всех вариантов альтернатив, возникающих в процессе принятия решений. При нарушении целедостижения роль защитника будет заключаться в выборе защитной тактики, контроле за реализацией основной защитной линии.

### Выводы

Проведенный анализ позволяет выделить значимые клинические характеристики, позволяющие с большой степенью вероятности предположить то или иное экспертное решение о нарушенной/сохранной уголовно-процессуальной дееспособности (табл. 3), что, однако, не отменяет необходимости анализа юридически значимой деятельности в каждом конкретном случае. К таким клиническим характеристикам относятся:

1. Дефицитарные нарушения мышления (паралогичность, нарушение понимания условных смыслов, разноплановость), чаще отмечаемые у больных параноидной шизофренией вне зависимости от длительности заболевания.

2. Психотическая симптоматика (бред, галлюцинации, психические автоматизмы).

3. Грубые нарушения эмоциональной сферы (эмоциональная амбивалентность, утрата высших эмоций, ангедония), чаще отмечаемые у больных параноидной шизофренией с большой давностью заболевания.

4. Грубый псевдоорганический дефект с регрессом личности, свойственный больным параноидной шизофренией.

5. Синдром аутизации с эмоциональным обеднением, а также дефект с преобладанием внушаемости, волевой неустойчивости, отмечавшиеся у больных параноидной шизофренией вне зависимости от давности заболевания.

6. Дефект типа фершробен, в нашем исследовании отмечавшийся у больных параноидной шизофренией с небольшим сроком давности, а также у подэкспертных с непсихотическими формами шизофрении.

**Юридически значимые клинические характеристики,  
влияющие на уголовно-процессуальную дееспособность**

Уголовно-процессуальная дееспособность	Ограниченная уголовно-процессуальная дееспособность	Уголовно-процессуальная недееспособность
Легкие постпсихотические изменения склада личности без типологической дифференциации	Астено-анергический дефект Психастеноподобный дефект Ригидно-стенический дефект при непсихотических формах шизофрении	Грубый псевдоорганический дефект Аутизация с эмоциональным обеднением Дефект с преобладанием внушаемости, волевой неустойчивости Дефект типа фершробен

Основанием для отнесения выявленного психического расстройства к психическим недостаткам, препятствующим осуществлению своего права на защиту, может являться диагностика астено-анергического, психастеноподобного либо ригидно-стенического дефекта в рамках непсихотических

форм шизофрении. Наконец, основанием для экспертного вывода об уголовно-процессуальной дееспособности больных параноидной шизофренией может являться диагностика у них легких постпсихотических изменений склада личности без типологической дифференциации.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
2. Василюк Ф.Е. Структура образа // Вопросы психологии. 1993. № 5. С. 5–19.
3. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний / под ред. В.С. Ястребова, А.К. Ануфриева, М.А. Лисиной. М.: ВНИЦПЗ АМН СССР, 1990. 105 с.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Издательство Московского университета, 1986. 204 с.
5. Козелецкий Ю. Психологическая теория решений. Пер. с польского / под ред. Б.В.Бирюковой. М.: «Прогресс», 1979. 600 с.
6. Корзун Д.Н., Ткаченко А.А. Проблемы экспертной дифференциации юридически значимых способностей лиц с психическими расстройствами // Психическое здоровье. 2012. № 11. С. 36–41.
7. Корзун Д.Н., Ткаченко А.А. Судебно-психиатрическая оценка юридически значимых способностей и механизмов регуляции поведения // Российский психиатрический журнал. 2013. № 3. С. 4–12.
8. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. 1991. 254 с.
9. 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.
10. Леонтьев Д.А. Психология смысла. Природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2003. 486 с.
11. Самылкин Д.В., Ткаченко А.А. Клинико-психопатологическая дифференциация расстройств шизофренического спектра у обвиняемых // Российский психиатрический журнал. 2015. № 2. С. 15–23.
12. Федеральный закон от 29.11.2010 N 323-ФЗ «О внесении изменений в уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» // СЗ РФ.
13. 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.
14. Mossman D. et al. AAPL Practice Guideline for the Forensic Psychiatric Evaluation of Competence to Stand Trial // J. Am. Acad. Psychiatry Law. 2007. Vol. 35, N 4. Suppl. 73.

## СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**А.А. Ткаченко, Д.В. Самылкин**

В статье рассматриваются вопросы судебно-психиатрической оценки уголовно-процессуальной дееспособности на примере больных с расстройствами шизофренического спектра. Юридический критерий уголовно-процессуальной дееспособности проанализирован в свете психологической теории саморегуляции, включающей смысловой и целевой уровни. В соответствии с этим выде-

лены различные механизмы нарушения саморегуляции, обуславливающие дифференцированную оценку уголовно-процессуальной дееспособности.

**Ключевые слова:** шизофрения, шизотипическое расстройство, уголовно-процессуальная дееспособность, саморегуляция, судебно-психиатрическая экспертиза.

## FORENSIC PSYCHIATRIC EVALUATION OF PROCEDURAL COMPETENCE IN OFFENDERS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

**A.A. Tkachenko, D.V. Samylkin**

The authors discuss the issue of forensic psychiatric evaluation of procedural competence using the example of offenders with schizophrenia spectrum disorders. The authors approach the juridical procedural competence criterion from the standpoint of psychological self-regulation theory including the essence and goal levels. The authors

distinguish different mechanisms of impaired self-regulation that play a role in differential evaluation of procedural competence in criminal offenders.

**Key words:** schizophrenia, schizotypal disorder, procedural competence, self-regulation, forensic psychiatric evaluation.

**Ткаченко Андрей Анатольевич** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: tkatchenko\_gnc@mail.ru

**Самылкин Денис Викторович** – заведующий отделением ГБУ «ПНИ №12» ДСЗН г.Москвы; e-mail: denis-s1982@list.ru