

## МОДЕЛИ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Д. Н. Корзун, А. А. Ткаченко

*ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии  
им. В.П.Сербского»*

Одной из ключевых проблем судебной психиатрии является обеспечение доказательности экспертных выводов. Данная задача стала особенно актуальной в свете последних изменений гражданского законодательства. Им предшествовало Постановление Европейского Суда по правам человека от 27.03.2008 года по делу «Штукатуров против России», в котором говорилось, что экспертное заключение «не отражало всех обстоятельств, способных влиять на недееспособность..., в нем не содержалась информация о последствиях болезни для социальной жизни больного, его здоровья и личных интересов; из заключения не явствовало также, в чем именно выражалась неспособность понимать значение своих действий и руководить ими». Данная позиция относительно понимания существа дееспособности и доказательств недееспособности разделена и российскими судами. Согласно Постановлению Конституционного Суда РФ от 27.02.2009 года №4-П, «заключение эксперта не имеет для судьи заранее установленной силы и подлежит оценке в совокупности с другими доказательствами... в том, что отсутствуют основания для сомнений в достоверности, подлинности, профессиональном уровне и полноте заключения экспертов о характере и тяжести заболевания, о возможных последствиях болезни гражданина для его социальной жизни, здоровья, имущественных интересов, о том, какого рода действия он не может понимать и контролировать и т.д.» [11]. 27 июня 2012 года Конституционный Суд РФ признал взаимосвязанные положения пункта 1 и 2 статьи 29, пункта 2 статьи 31 и статьи 32 ГК РФ не соответствующими Конституции РФ. Конституционный Суд РФ обязал федерального законодателя до 1 января 2013 года внести изменения в действующий механизм защиты прав граждан, страдающих психическими расстройствами, которые позволяли бы «учитывать степень нарушения способности таких граждан понимать значение своих действий или руководить ими» [12]. Таким образом, изменения, вносимые в законодательство, ставят новые задачи по разработке дифференцирован-

ных экспертных подходов и доказательности экспертных выводов.

Проведенный анализ 80 повторных судебно-психиатрических экспертиз по определению дееспособности гражданина выявил отчетливую тенденцию к пересмотру первоначального экспертного вывода о недееспособности гражданина. Так, в 34 наблюдениях (42,5%) первоначальное экспертное решение о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими было изменено на противоположное. В отношении 12 подэкспертных (15%) при первичной экспертизе поставленные судом вопросы не были решены, при повторной же экспертизе был сделан вывод о дееспособности этих лиц, и еще в 9 наблюдениях (11,3%) первоначальное решение о недееспособности было поставлено под сомнение. Таким образом, в 55 наблюдениях (68,8%) экспертный вывод был изменен в сторону дееспособности лица.

При анализе обоснования выводов было установлено, что в 70,9% наблюдений причиной экспертных расхождений был недоучет внутрисиндромальных отношений, что не позволяло осуществить дифференциацию процессуальных и дефицитарных психических изменений, стержневого расстройства и личностной реакции на него. Выявленные проблемы обусловили необходимость обращения к принципам диагностики психического расстройства, которые максимально приближают к вынесению обоснованного экспертного вывода.

Наиболее устоявшимися на сегодняшний день моделями диагностики психических расстройств следует считать категориальную (дескриптивную) и операциональную (критериальную) [6].

*Категориальная модель*, являющаяся традиционной для отечественной психиатрической школы, основывается на дескриптивном (описательном) подходе, предполагает существование четких границ между нормой и патологией, отдельными нозологическими категориями. Симптомы психического расстройства рассматриваются как иерархическая совокупность с устанавливаемы-

ми причинно-следственными отношениями. Синдром представляет собой систему взаимосвязанных симптомов. Вне этой системы симптом утрачивает смысл. Изменение числа симптомов, их взаимоотношения приводит к переходу одного синдрома в другой. Из последовательной смены синдромов складывается клиническая картина болезни и ее развитие. Диагностика психического расстройства основывается на оценке динамики синдромов [16].

Проведенный анализ повторных судебно-психиатрических экспертиз по делам об определении дееспособности гражданина показал, что выделение наиболее общих свойств и связей различных проявлений заболевания обеспечивает достаточную обоснованность клинической диагностики. Именно опора на закономерности синдрообразования позволяла осуществить дифференциальную диагностику, судить об обратимости выявляемых психических расстройств, что при полиморфности психопатологического оформления синдрома помогало избрать верную экспертную тактику. Недостатком категориальной модели следует признать трудности воспроизводимости симптомов психического заболевания вследствие недостаточности четких описательных характеристик, что при нозологической квалификации ряда состояний (например, деменция – психоорганический синдром, оценка выраженности аффективной патологии) допускает неоднозначные диагностические оценки. Вместе с тем возникающие при этом диагностические расхождения не ведут к неоднозначной экспертной оценке.

*Операциональная модель* диагностики психических расстройств основана на одном из направлений философии науки – операционализме (от латинского *operatio* – действие), когда содержание научных концептов и конструкций обуславливается способами (схемами и практическими и/или умственными процедурами) взаимодействия субъекта с объектом. В операционализме понятия конструируются через описание совокупности экспериментально-измерительных операций. Постулируется, что на операциональный анализ возлагаются функции по «уточнению области применимости понятий» и «обнаружению псевдопроблемы в конкретных теоретических областях» в случае «неосуществимости процедуры понимания через действие» [9]. Операциональная модель диагностики отрицает четкие границы между нормой и патологией и отдельными диагностическими категориями. Симптомы психического расстройства рассматриваются как имеющие одинаковый диагностический вес. Более того, ориентация описаний на внешне сходные, но качественно различные симптомы не всегда позволяет осуществлять их дифференциацию, что значимо, например, при диагностике депрессивных и дефицитарных расстройств. Под синдромом понимается свободное сочетание симптомов. Диагностика пси-

хического расстройства основывается лишь на описании набора признаков.

Операциональный принцип диагностики психических расстройств реализован в действующей Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [7]. Справедливости ради нужно отметить, что формализованное описание «диагностических указаний» дополнено и другими требованиями к диагностике. Например, указывается на «общую четкую этиологию» при органических психических расстройствах, вводятся временные параметры («присутствие симптомов не более месяца» при остром полиморфном психотическом расстройстве), выделяются «наиболее типичные» и «другие симптомы» при депрессивном эпизоде, что, однако, не ставит перед психиатром задачи по установлению иерархии симптомов и их взаимосвязи, а также выявлению синдромакинеза, то есть исключается задача по установлению патогенеза психического расстройства. Таким образом, операциональный подход к диагностике, заложенный в действующей классификации, обеспечивает воспроизводимость симптомов психического расстройства, однако, не позволяет установить его нозологическую достоверность. Применение операциональных принципов диагностики приводит к включению патогенетически неоднородных состояний в один и тот же нозологический кластер. Наиболее красноречиво это проявляется на примере органического психического расстройства, которое может рассматриваться и как «церебрально-органическая болезнь» со специфическими проявлениями клинической динамики – декомпенсации, обострения с последовательным нарастанием дефицитарных психоорганических расстройств, и как резидуальное патологическое состояние, являющееся следствием закончившегося органического заболевания головного мозга [1, 2]. Между тем, дифференциация резидуальной и текущей психической патологии имеет первостепенное значение при экспертизе дееспособности, которая наряду с выраженностью расстройства опирается на его прогноз.

В изученных нами наблюдениях не отмечалось случаев гипердиагностики психического расстройства. Во многом это обусловлено требованиями МКБ-10 по выявлению достаточного набора признаков (диагностических указаний). Следование данному принципу классификации позволяет исключить часть экспертных ошибок, причиной которых является расширительная диагностика психических расстройств при недостаточности феноменологических описаний. Данное требование классификации отчасти задает рамки судебно-психиатрического экспертного исследования. Выявление и описание достаточного набора психопатологических феноменов, которые напрямую или в совокупности соответствуют «диагностическим указаниям» МКБ-10, является первым этапом на пути повышения дока-

зательности экспертного вывода. Однако выявленные признаки психического расстройства являются лишь своего рода «первичным материалом». Интерпретация выявленных психопатологических феноменов, установление взаимосвязей между ними, определение их иерархии возможно лишь в рамках категориальной модели диагностики. Поэтому в ходе проведения судебно-психиатрической экспертизы необходимо дополнение критериальной диагностики синдромальным анализом.

В настоящее время активно обсуждается дименсиональная модель шизофрении, в основе которой лежит представление о самостоятельности дименсиональных психопатологических образований, которые соотносятся с выделением дифференцированных целевых симптомокомплексов (когнитивные, негативные, позитивные, аффективные). Одним из аргументов, приводимых в пользу дименсиональной модели шизофрении, является избирательное влияние современных психотропных средств на определенные психопатологические структуры. Считается, что психофармакотерапия используется как инструмент тестирования дименсиональной модели шизофрении [14]. Обоснованность выделения дименсиональной модели шизофрении ставится под сомнение на том основании, что она была сформирована с учетом математической обработки результатов шкал, которые не обладают достаточной чувствительностью для дифференциации первичных симптомов и изначально не учитывают внутрисиндромальные взаимосвязи [8, 10, 17].

Поскольку в основе дименсиональной модели шизофрении лежат представления об относительной независимости симптомокомплексов, ее следует рассматривать как частный случай операционального принципа диагностики. Дименсиональная модель шизофрении имеет значение для разработки методов лечения и проведения психофармакологических исследований. Учитывая высказываемые критические замечания, в настоящее время возможность ее применения в судебной психиатрии является как минимум спорной. Вместе с тем, полученные в ходе клинических испытаний данные о влиянии атипичных антипсихотиков на «негативные симптомокомплексы» необходимо учитывать при прогностической экспертной оценке психического состояния больных шизофренией, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу по делам об определении дееспособности. Кроме того, необходимость обращения к дименсиональной модели шизофрении может возникнуть в тех случаях, когда сама оценка качества лечения становится предметом экспертного исследования. Возникновение подобной ситуации возможно, например, при обжаловании пациентами в судебном порядке действий врачей-психиатров, осуществляющих лечение либо клинические испытания новых лекарственных препаратов.

Альтернативным операциональному подходу, обеспечивающим удобство практического применения, считается метод прототипной диагностики [20], в ходе применения которого врачи сравнивают общую клиническую картину, наблюдаемую у пациента, с набором диагностических прототипов (коротких, длиной в параграф, описаний эмпирически выделенных расстройств) и определяют степень соответствия клинической картины пациента прототипу. Вместо подсчета симптомов расстройства и определения, переходят ли они условную границу, задача диагноста в этом случае состоит в том, чтобы измерить степень, в которой статус пациента соответствует краткому описанию расстройства, используя для этого простую пятибалльную шкалу от 1 («отсутствие или наличие несущественного совпадения») до 5 («очень точное совпадение»). По мнению D. Westen, результатом становится одновременно и дименсиональный диагноз, который оценивает степень, в которой пациент «имеет» расстройство, и категориальный диагноз, где 4 и 5 баллов соответствуют наличию расстройства, а 3 балла указывают на «подпороговые» или «клинически значимые признаки», выраженность которых не достигает степени расстройства. Расстройства и критерии, вплетенные в прототипы, можно идентифицировать эмпирически, так что прототипы одновременно и научно обоснованы, и удобны в клиническом использовании. Чтобы определить, переходит ли пациент диагностический порог для «случая», клиницист может использовать все доступные данные, включая клиническое обследование, ответы пациента, анамнез, данные прошлых обращений или сведения родственников и описание пациентом своих проблем и взаимоотношений [21, 22].

Проведенный анализ обоснований экспертных выводов повторных судебно-психиатрических экспертиз по делам о признании гражданина недееспособным показал, что диагностика психического расстройства опирается на последовательную смену симптомов, синдромов, анализ типа течения (непрерывный либо эпизодический), соотношения продуктивных и негативных симптомов. Используемый подход более отвечает категориальной модели диагностики. Однако на аналитической стадии экспертного исследования, предполагающей выдвижение максимально возможного числа диагностических версий [15], используется и прототипная диагностика, которая позволяет выстроить наиболее оптимальную систему гипотез без детальной проработки исходных данных и свести, таким образом, возможные действия и операции к минимуму. Однако сопоставление клинической картины с прототипом в судебной психиатрии не может рассматриваться как конечный этап диагностики психического расстройства. В изученных нами наблюдениях только прототипная диагностика не позволяла бы приблизиться к вынесению обоснованного вывода о

дее/недееспособности лица. Во-первых, это связано с тем, что в предложенной D. Westen модели балльная оценка сходства с прототипом выглядит чрезвычайно субъективной. Остается неясным, какие именно признаки: феноменологические, динамические патогенетические и пр. должны быть взяты за основу при балльной оценке сходства с прототипом, либо она основывается лишь на интуитивной оценке врача. Во-вторых, с нашей точки зрения повышение балльной оценки с «3» до «4», основанное на более высоком уровне сходства выявляемого расстройства с прототипом, не позволяет говорить о переходе к категориальной диагностике. Действительно, прототипная диагностика существенно ближе к категориальному принципу, чем операциональная, поскольку сам по себе прототип основан на определенном сочетании симптомов, между которыми должны существовать определенные зависимости. Однако даже очень высокий уровень феноменологического сходства с прототипом еще не позволяет говорить о том, что у подэкспертного были выявлены все те сложные структурно-динамические и патогенетические особенности заболевания, которые приближали бы судебно-психиатрического эксперта к категориальной диагностике. В третьих, прототипная диагностика является методом со средней корреляцией оценок между клиницистами от 0,50 до 0,70 [18, 23]. Возможно, с точки зрения использования данной модели клиницистами разных стран, данные показатели являются и неплохими, но они не могут удовлетворить потребности судебно-психиатрической практики. Следует оговориться, что воспроизводимость прототипной диагностики при использовании ее представителями одной психиатрической школы может оказаться существенно выше.

Однако сказанное не снижает ценности прототипной диагностики как модели. Многие зависят от возможностей совершенствования самого прототипа, например, включения в него специфических симптомов, динамических параметров и пр. В разрабатываемой МКБ-11 подход аналогичен соотношению с прототипом, предлагаемому D. Westen в том, что в нем воздерживаются от определения расстройства с точки зрения псевдоточных критериев с условными границами, вместо этого привлекается решение клинициста о том, насколько диагностические черты, описанные в клиническом описании, совпадают с таковыми у пациента. Тем не менее, в отличие от системы соотношения с прототипом, которая предлагает только буквальное краткое описание типичного пациента и ничего более, подход МКБ-11 несет в себе большее количество клинически значимой информации о расстройстве, включая как существенные, так и типичные черты, дифференциальный диагноз, границу с нормой, типичное течение заболевания, особенности на разных этапах развития и культурально-специфические особенности [19].

Таким образом, прототипная модель диагностики является достаточно перспективной, в значительной степени она уже реализована в МКБ-10 на уровне описаний диагностических рубрик, которые предваряют «диагностические указания». Вместе с тем, возможность ее использования в «чистом виде» в судебной психиатрии будет зависеть от того, насколько намеченные пути ее совершенствования будут реализованы в новой классификации.

Хотя даже в самой МКБ-10 постулируется, что она «предназначена прежде всего для статистических целей (большое значение при работе над ней придавалось достижению высокой воспроизводимости в диагностических оценках разными клиницистами), и не должна подменять собой концептуальных классификаций, сохраняющих свое значение для психиатрической науки и практики» [7], по-видимому, именно необходимость использования заложенных в ней диагностических стандартов имеет заметные отрицательные последствия, что установлено в ходе анализа повторных судебно-психиатрических экспертиз по делам о признании гражданина недееспособным. Основное требование МКБ-10 по выявлению минимально достаточного числа симптомов формирует упрощенное представление о диагностике психических расстройств. Зачастую квалификация отдельных психопатологических феноменов на уровне симптомов расценивается как завершающий этап анализа психического состояния, который непосредственно предваряет постановку диагноза психического расстройства. При этом исключается квалификация психического состояния на синдромальном уровне. Между тем, использование только критериальной модели диагностики при проведении судебно-психиатрических экспертиз по оценке дее/недееспособности приводит к целому ряду системных ошибок, возникающих вследствие недостаточного учета внутрисиндромальных отношений.

При производстве судебно-психиатрических экспертиз по уголовным делам на необходимость анализа структуры синдрома указывается при решении как диагностических, так и экспертных задач. Важное место в системе экспертной оценки психоорганического синдрома отводится таким его показателям, как сформированность и структура. Исходя из принципов обоснования экспертного диагноза важно разграничение синдромов не столько на простые/сложные, что характеризует индивидуальную картину болезни в каждом конкретном случае, сколько на ведущие/сопутствующие, т.е. по степени значимости при оценке актуального психического состояния субъекта. Под ведущим при судебно-психиатрической экспертизе понимается расстройство, наиболее значимое при оценке актуального психического состояния, имеющее приоритетное значение при вынесении экспертного решения относительно таких экспертных вопросов, как

способность лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период совершения инкриминируемого правонарушения либо на момент производства по делу; как необходимость применения мер медицинского характера. Меньшее экспертное значение имеют сопутствующие психоорганические расстройства. Тем не менее, они дают представление о полной клинической картине анализируемого состояния, в некоторых же случаях затрудняют выделение ведущего синдрома и, соответственно, экспертную оценку [2].

Вместе с тем анализ психического состояния не исчерпывается разграничением на простые и сложные синдромы, ведущие и сопутствующие. Возможно различие непосредственных, «первичных» и «вторичных», «непрямых», «патопластических» и «реактивных» симптомов или синдромальных проявлений [5]. Результатом подобного анализа в клинике судебной психиатрии становится выявление стержневых синдромообразующих симптомов, вторичных психопатологических образований, их взаимосвязи и взаимного влияния. При вынесении экспертного вывода первичные и «реактивные» психопатологические феномены не могут суммироваться, их роль в оценке той или иной потенциальной юридически значимой способности должна оцениваться как антагонистическая. Так, если выраженность стержневого симптома является аргументом в пользу нарушения осознания и/или регуляции юридического поведения, то вторичные психопатологические образования, обусловленные личностной реакцией на основное страдание, скорее могут рассматриваться как свидетельствующие о сохранности способности лица понимать значение своих действий и руководить ими, и уж во всяком случае, не могут являться аргументом в пользу ее нарушения.

Еще одной важной задачей анализа структуры синдрома становится дифференциация процессуальной и собственно дефицитарной симптоматики. Продуктивные и дефицитарные психические нарушения выявляются как в процессуальной стадии болезни, так и по ее завершении. Понятия «продуктивный» и «процессуальный» и, соответственно, «дефицитарный» и «дефектный» не тождественны. Для процессуальной, характеризующей активное течение болезни, симптоматики свойственна определенная динамика, закономерная смена одних психопатологических явлений другими, постепенное нарастание негативных расстройств. Исключая формирующиеся при этом явления дефекта, указанная симптоматика в значительной степени обратима. Постпроцессуальные нарушения – явления собственно психического дефекта (как негативные, так и продуктивные симптомы) более устойчивы, стабильны, возможность их обратного развития менее очевидна. Поэтому установленный психический дефект позднее таковым не оказывается либо выясняется, что степень

его была преувеличенной [4]. К негативным психическим расстройствам относятся только стойкие, малообратимые изменения. К ним не могут быть отнесены все те разнообразные нарушения мышления и восприятия, которые развиваясь довольно быстро, характеризуясь динамичностью и, как правило, обратимостью под влиянием терапии, типичны для острых психотических состояний и наблюдаются в картине синдромов – кататонических, галлюцинаторных, парафренных и т.д. [16]. Между тем, указывается, что диагностика психического дефекта на практике наталкивается на серьезные препятствия, так как достоверных клинических критериев его нет [4]. Для дифференциации симптоматики, отражающей активное течение болезни, и собственно психического дефекта, оценка структуры синдрома должна быть дополнена динамическим анализом. При этом значение имеют механизмы синдромотики: качественные характеристики и последовательность появления аффективных, галлюцинаторных, бредовых расстройств, нарушений мышления, эмоционально-волевой измененности, а также обратного развития симптомов на предшествующих этапах заболевания. Таким образом, структурно-динамический анализ становится и инструментом для определения этапа течения заболевания на момент обследования (декомпенсация, обострение, становление ремиссии, сформировавшаяся ремиссия, компенсация и пр.).

Судебно-психиатрический эксперт в отличие от врача-психиатра общей практики обладает большими возможностями для проведения структурно-динамического анализа психического состояния подэкспертного. Это гарантируется законодательной базой, которая, во-первых, дает эксперту право знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы, просить суд о предоставлении ему дополнительных материалов и документов для исследования, в том числе из различных медицинских учреждений; задавать в судебном заседании вопросы лицам, участвующим в деле, и свидетелям. Во-вторых, эксперт имеет возможность избрать различную экспертную тактику. Например, мотивировав сообщение о невозможности дать заключение в связи с невозможностью однозначно оценить актуальное психическое состояние подэкспертного, рекомендовать проведение нового экспертного исследования, что допустимо в свете ст. 85 ГПК РФ [3].

Наиболее востребованным структурно-динамический анализ является при проведении судебно-психиатрических экспертиз по делам о признании гражданина недееспособным. Главным образом это связано с необходимостью оценки потенциальной способности лица понимать значение своих действий и руководить ими, что предполагает обязательную дифференциацию между процессуальными и собственно дефицитарными симпто-

мами, а также учет взаимопотенцирующего влияния симптомов.

Следует отметить, что контингент лиц, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу по делам о признании гражданина недееспособным, в подавляющем большинстве составляют больные, длительно страдающие психическим расстройством, у которых диагноз был многократно верифицирован. Недостаточность анализа структуры психопатологического синдрома, как правило, не является причиной принципиальных диагностических расхождений. Однако игнорирование структурно-динамического анализа приводит к неверной оценке выраженности психических изменений и, соответственно, ошибочному экспертному выводу. К сожалению, зачастую при обосновании юридического критерия недееспособности используется чисто механистический подход, при котором клиническое обоснование экспертного решения в лучшем случае ограничивается перечислением всех психопатологических феноменов и патопсихологических нарушений. В худшем – экспертный вывод обосновывается диагнозом психического расстройства напрямую или с введением промежуточного понятия «степень», которое, являясь лишенным какой-либо аргументации, представляет собой не более чем рудимент функционального диагноза. Таким образом, при проведении судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам о признании гражданина недееспособным структурно-динамический анализ синдрома практически не осуществляется.

Между тем, направление на повторную судебно-психиатрическую экспертизу обусловлено несогласием судов с заключением первичной судебно-психиатрической экспертизы о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими. Отчасти мнение суда формируется после допроса подэкспертного в судебном заседании, в ходе которого создавшееся у суда впечатление о психическом состоянии гражданина не согласуется с экспертным выводом. В ходе проведения повторной судебно-психиатрической экспертизы также наблюдается значительная положительная динамика психического состояния подэкспертного в сравнении с первичным обследованием. В большинстве случаев данная ситуация обусловлена неверной оценкой выраженности и обратимости наблюдавшихся при первичной судебно-психиатрической экспертизе психических нарушений.

Проведенный анализ экспертиз, где отмечались расхождения экспертных выводов (55 наблюдений), позволил выделить несколько наиболее значимых комбинаций симптомокомплексов, недооценка соотношений между которыми ведет к неправомерным экспертным заключениям о недееспособности лица.

Первой парой симптомокомплексов являются депрессивные расстройства и эмоционально-волевой дефект у больных шизофренией (18,2%). При про-

ведении структурно-динамического анализа основной задачей становится дифференциация относительно сходных, но патогенетически различных состояний: депрессивного синдрома и апатических дефицитарных изменений. Поскольку их различение представляется весьма сложной задачей, утверждение об их взаимопотенцирующем влиянии являлось бы в значительной степени надуманным. Наличие депрессивного аффекта как стержневого симптома должно являться основанием для квалификации наблюдаемого состояния как обратимого. Дифференциация же апатической депрессии и волевого дефекта возможна лишь при динамическом анализе развития болезненного состояния. Отсутствие в период предшествовавших интермиссий выраженных волевых расстройств, относительно небольшая длительность выявляемых симптомов позволяют усомниться в стойкости болезненных проявлений, что делает вынесение экспертного решения о недееспособности таких лиц преждевременным. Более оправданной являлась бы тактика «отсроченного экспертного решения».

Выявление стержневых симптомов при сочетании маниакальных, бредовых нарушений и расстройств мышления (16,3%) зависит от нюансов психопатологических феноменов, включенных в каждый из этих симптомокомплексов. При значительном удельном весе аффективных расстройств, незавершенности и полиморфности бредовых построений синдромообразующим фактором выступает аффективная патология. Маниакальное (гипоманиакальное) состояние, которое само по себе характеризуется ускоренностью и непоследовательностью мышления, накладываясь на уже частично сформированную дефицитарную симптоматику, создает впечатление о грубых нарушениях мышления. Маниакальное состояние с явлениями сверхвключений обуславливает и возникновение большого числа политематичных, нестойких бредовых идей. В этих случаях выявляемые нарушения мышления должны расцениваться как процессуальные, а не как проявления дефекта психики.

В случаях же, когда аффективные расстройства не выходят за уровень гипомании, бредовые идеи являются стойкими, а в мышлении проявляются резонерство, элементы шизофазии, синдромообразующая роль аффективной патологии может быть взята под сомнение. Имеющиеся нарушения мышления с большей степенью вероятности могут рассматриваться как дефицитарные, что является предпосылкой экспертного вывода о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими.

Соотношение бреда и расстройств мышления (12,7% наблюдений) в рамках паранойяльного синдрома в практике судебно-психиатрической экспертизы трактуется неоднозначно. Главным образом это касается квалифицирующих оценок мышления.

При идентичности клинической картины в одних случаях такие характеристики мышления как «паралогичность», «непоследовательность» и пр. даются на основании оценки имеющихся бредовых построений. Причем расстройства мышления наряду с бредом рассматриваются как паритетные клинические аргументы при обосновании экспертного вывода о недееспособности лица. В других случаях оценка мышления осуществляется, исключая бредовую систему. Структурный анализ показывает, что хотя первичный систематизированный бред толкования различного содержания (ревности, ущерба, преследования и др.) основывается на паралогичных построениях («кривое мышление») и сопровождается бредовой детализацией, способность к правильным суждениям и умозаключениям по вопросам, не затрагивающим бредовые убеждения, заметно не нарушается, что указывает на кататимные (связанные с комплексом аффективно окрашенных представлений) механизмы бредаобразования, а не общим изменением строя мышления. Поэтому речь идет о процессуальных, кататимных расстройствах, а не о дефицитарных нарушениях мышления. С этих позиций возможность квалификации нарушений мышления как паралогичного, не последовательного и пр., и тем более использование ее в качестве аргумента о недееспособности лица должна быть взята под сомнение.

Следующей значимой парой симптомокомплексов являются интеллектуальные и психопатоподобные нарушения (7,5%). Между ними наблюдаются взаимопотенцирующие отношения, которые, в свою очередь, находятся в зависимости от внешних неблагоприятных факторов (ситуационных, интоксикационных, соматогенных). Интеллектуальное снижение обуславливает недостаточность понимания мотивов действий окружающих, низкую способность контроля поведения. Психопатоподобные реакции могут вызываться проявлениями собственной интеллектуальной недостаточности. Психопатоподобные расстройства, в свою очередь, обуславливая снижение способности к целенаправленной интеллектуальной деятельности, создают ложное впечатление об умственной несостоятельности. Зависимость от внешних неблагоприятных условий обуславливает волнообразное течение заболевания.

Структурно-динамический анализ позволяет выявить разный удельный вес интеллектуальных и психопатоподобных нарушений на разных этапах заболевания. При этом оценка интеллектуальных расстройств может колебаться от минимальных до деменции, а психопатоподобных – от умеренных до выраженных. Потенциальная сохранность интеллектуальных способностей при умеренных волевых нарушениях является основанием для экспертного вывода о способности таких больных понимать значение своих действий и руководить ими. Выявлены и иные значимые симптомокомплексы: гипомания/психопатоподобный дефект, психогенная дезорганизация/специфические процессуальные расстройства мышления, бред/бредоподобные ятрогенные переживания и др.

Таким образом, одним из основных путей повышения доказательности экспертного вывода в ходе производства судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам об определении дееспособности гражданина является совмещение операциональной и категориальной диагностических моделей, при котором установленный диагноз психического расстройства должен одновременно отвечать и операциональному, и категориальному принципам диагностики. Соответствие диагноза психического расстройства критериальным принципам диагностики, заложенным в МКБ-10, обеспечивает воспроизводимость симптомов и страхует от расширительной диагностики психического расстройства. Операциональный принцип диагностики должен быть дополнен структурно-динамическим анализом психопатологического синдрома, включая установление иерархии и взаимовлияния отдельных симптомов и значимых симптомокомплексов, что позволит достичь клинической достоверности и аргументированности экспертного вывода. Структурно-динамический анализ является основным инструментом, позволяющим дифференцировать стержневые и реактивные, процессуальные и собственно негативные симптомы психического расстройства. Учитывая недостаточную разработанность на сегодняшний день прототипной модели диагностики, ее роль в ходе проведения судебно-психиатрической экспертизы остается промежуточной, ориентирующей эксперта на выдвижение оптимальных диагностических гипотез.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вандыш-Бубко В.В. Судебно-психиатрическая экспертиза органического психического расстройства // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича, А.А.Ткаченко. М., 2004. С. 192–207.
2. Вандыш-Бубко В.В. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. А.А.Ткаченко. М., 2012. С. 241–261.
3. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 N 138-ФЗ (в ред. от 14.06.2011) // СЗ РФ.
4. Жмуров В.А. Психические нарушения. М.: «МЕДпресс-информ», 2008. С. 406.
5. Кронфельд А. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии // Труды Института им. Ганнушкина. М., 1940. С. 5–147.
6. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза) // Психиатрия и психофармакология. 2011. Т. 13, № 4. С. 9–13.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: «Оверлайд», 1994. 303 с.
8. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001.
9. Новейший философский словарь / Под ред. А.А.Грицанова. Минск, 1999. С. 487–487.
10. Оленева Е.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Прогноз эффективности применения электросудорожной терапии у резистентных к фармакотерапии больных шизофренией и некоторые методиче-

- ские сложности использования шкалы PANSS // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2009. № 4. С. 42–46.
11. Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 27.02.2009 г. N 4-П [электронный ресурс]: Официальный сайт Конституционного суда Российской Федерации. 2008. URL: <http://www.ksrf.ru/Decision/Pages/default.aspx> (дата обращения: 30.07.2012).
  12. Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 27.06.2012 г. по делу о проверке конституционности пунктов 1 и 2 статьи 29, пункта 2 статьи 31 и статьи 32 Гражданского кодекса РФ [электронный ресурс]: Официальный сайт Конституционного суда Российской Федерации. 2008. URL: <http://www.ksrf.ru/News/Pages/ViewItem.aspx?ParamId=966> (дата обращения: 30.07.2012).
  13. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983. С. 53.
  14. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса // Психиатрия и психофармакотерапия. 2005. Т. 7, № 4. С. 3.
  15. Ткаченко А.А. Экспертное судебно-психиатрическое исследование: подготовительная и аналитическая стадии // Российский психиатрический журнал. 2005. № 3. С. 44–50.
  16. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1972. С. 225–227.
  17. Шмуклер А.Б. Проблема шизофрении в современных исследованиях: достижения и дискуссионные вопросы. М., 2011. 84 с.
  18. Defife J.A., Westen D., Bradley B. et al. Prototype personality diagnosis in clinical practice: a viable alternative for DSM-5 and ICD-11 // Prof. Psychol. Res. Pr. 2010. Vol. 41. P. 482–487.
  19. Michael B. First potential implications of the harmful dysfunction analysis for the development of DSM-V and ICD-11 // World Psychiatry. 2007. Vol. 6, N 3. P. 158–159.
  20. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes // World Psychiatry. 2012. Vol. 11. P. 16–21.
  21. Westen D., Bradley R. Prototype diagnosis of personality / S.Strack (Ed.). Handbook of personality and psychopathology. New York: Wiley, 2005. P. 238–256.
  22. Westen D., Heim A., Morrison K. et al. Simplifying diagnosis using a prototype-matching approach: implication for the next edition of the DSM: a psychological perspective. Washington: American Psychological Association, 2002. P. 221–250.
  23. Westen D., Muderrisoglu S. Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: evaluating an alternative to structured interviews // J. Pers. Dis. 2003. Vol. 17. P. 350–368.

## МОДЕЛИ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Д. Н. Корзун, А. А. Ткаченко

Изменения гражданского законодательства ставят новые экспертные задачи по разработке дифференцированных подходов и повышению доказательности выводов при производстве судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам об определении дееспособности гражданина. Одним из основных путей обеспечения обоснованности экспертного заключения становится установление оптимального соотношения между категориальной, операциональной и прототипической моделями диагностики психических расстройств. Обоснована необходимость применения структурно-динамического анализа для установления отношений между процессуальными и дефицитарными психическими изменениями, стержневым синдромом и личностной реакцией. Выделены основные комбинации значимых симптомокомплексов: депрессивные рас-

стройства и эмоционально-волевой дефект; аффективные, бредовые симптомокомплексы и нарушения мышления; интеллектуальные и психопатоподобные расстройства. Одним из основных путей повышения доказательности экспертного вывода в ходе производства судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам об определении дееспособности гражданина является совмещение операциональной и категориальной диагностических моделей. Критериальный принцип диагностики дополняется структурно-динамическим анализом.

**Ключевые слова:** категориальная модель диагностики, операциональная модель диагностики, дименсиональная модель диагностики, прототипическая модель диагностики, структурно-динамический анализ синдрома, дееспособность, гражданский процесс.

## MODELS FOR DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS IN FORENSIC PSYCHIATRIC CLINIC

D. N. Korzoun, A. A. Tkachenko

Changes in the Civil Law bring about new challenges that have to do with the development of differentiated approaches and better grounded conclusions in forensic psychiatric evaluations on civil cases concerning establishing legal (in)competence. One of major ways to reach a justified and grounded expert conclusion consists in finding the optimum ratio among the categorical, operational and prototype models of diagnosis. The authors emphasize the importance of using structural-dynamic analysis because it can reveal the relationship between progressive and defective mental changes, the pivot syndrome and the personality reaction. The authors distinguish principal combinations of significant symptom complexes such as depressive disorders

and emotional-volitional defect; affective, delusional symptom complexes and thought disorders; intellectual and psychopathic-like disorders. A combination of operational and categorical diagnostic models seems to be one of the ways to improve the quality of expert conclusion on civil cases about establishing legal (in)competence. And structural-dynamic analysis can contribute to the 'criteria' principle in diagnosis.

**Key words:** categorical model in diagnosis, operational model in diagnosis, dimensional diagnostic model, the prototype model in diagnosis, structural-dynamic analysis of the syndrome, legal competence, civil legal procedure.

**Корзун Дмитрий Николаевич** – старший научный сотрудник отделения эндогенных психозов ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского»; e-mail: [dnk-k@yandex.ru](mailto:dnk-k@yandex.ru)

**Ткаченко Андрей Анатольевич** – руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского»; e-mail: [tkachenko\\_gnc@mail.ru](mailto:tkachenko_gnc@mail.ru)