

УДК 616.892

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ОБЩЕСТВЕННО
ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Светлана Викторовна Корнилова

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского Минздрава России, г. Москва, 119034, Кропоткинский переулок, д. 23,
e-mail: sveta-korn@mail.ru

Реферат. Изучены клинико-динамические показатели и проведен клинико-психопатологический анализ общественно-опасных действий, совершенных больными эпилепсией. Выявлены наиболее характерные психопатологические механизмы общественно-опасных действий. Больным, признанным невменяемыми, характерна значительная представленность негативно-личностных механизмов противоправного поведения. У лиц, признанных ограниченно вменяемыми, большее значение имеют свойственные им личностные расстройства.

Ключевые слова: эпилепсия, агрессивное поведение, саморегуляция, общественная опасность.

PSYCHOPATHOLOGICAL MECHANISMS OF SOCIALLY
DANGEROUS ACTS IN EPILEPTIC PATIENTS

Svetlana V. Kornilova

V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry
and Drug Abuse, Russian Ministry of Health, Moscow, 119034,
Kropotkinsky pereulok, 23, e-mail: sveta-korn@mail.ru

Clinical and dynamic indices were studied and a clinical-psycho-pathological analysis of socially dangerous actions (OOD) performed by epileptic patients was carried out. The most characteristic psychopathological mechanisms of OOD are revealed. Patients who are deemed insane, are characterized by a significant representation of negative personal mechanisms of wrongful conduct. In persons recognized as severely sane, the personality disorders inherent in them are more important.

Key words: epilepsy, aggressive behavior, self-regulation, public danger.

Особая связь между клиническими проявлениями при эпилепсии и характером поведения отмечается многими авторами [1, 9, 10, 16, 23]. Обсуждая проблему специфичности психических расстройств при эпилепсии [7, 15, 18, 20] авторы отмечают значимость аффективных нарушений и психотической симптоматики [13, 17, 22, 24], наличие поведенческих расстройств [5], что обуславливает аномальное поведение больных, в первую очередь – агрессивное.

Рассматривая взаимоотношение между эпилепсией и насильственным поведением, отмечают периодические вспышки агрессивности, которые значительно превосходят по своей выраженности, вызвавшие их психосоциальные стрессы [14, 19]. В настоящее время проявления агрессии оценивают преимущест-

венно в рамках того или иного психопатологического расстройства. Одним из аспектов данной проблемы является взаимосвязь агрессивных форм поведения и эпилепсии [4, 9, 21, 23].

Цель исследования – выявление наиболее характерных для эпилепсии психопатологических механизмов общественно-опасных действий (ООД).

Материалы и методы: было обследовано 146 мужчин, больных эпилепсией, обвиняемых в правонарушениях против личности при значительной представленности убийств (49,15%), угрозы убийством (20,3%) и телесных повреждений (21,2%), признанных экспертной комиссией невменяемыми или ограниченно вменяемыми. Использован клинико-психопатологический метод исследования. Обработка полученных результатов производилась с использованием лицензированной программы Statistica 10.0 for Windows.

Результаты исследования. Анализ клинико-динамических показателей обследуемых лиц свидетельствует о преобладании в группе лиц, признанных невменяемыми, особенностей раннего периода развития, выражающихся в трудностях обучения, а также свойственных им с детства девиантных форм поведения с преобладанием психической расторможенности, психопатоподобного поведения. В ряде случаев раннее начало заболевания приводило к формированию уже к пубертатному возрасту достаточно отчетливых специфических эпилептических изменений личности с преобладанием агрессивных форм поведения. В дальнейшем течение заболевания у этой категории больных характеризовалось выраженной прогрессивностью. Отсутствие систематического лечения, злоупотребление психоактивными веществами обследуемыми способствовало утяжелению течения заболевания с возникновением частых аффективных вспышек с гетероагрессивными реакциями и нередко с аутоагрессией.

Анализируя особенности личности обследуемых в анамнезе, у признанных невменяемыми, отмечено преобладание жестокости (50,8%; $p < 0,01$), властности (15,25%; $p < 0,05$), злопамятности (61,8%; $p < 0,01$), обидчивости (88,9%), злобности (72,03%; $p < 0,05$), брутальности с аффективной напряженностью (30,5%; $p < 0,01$),

застреваемостью, и в то же время – мелочность, назойливость, недоверчивость и подозрительность. У лиц, признанных ограниченно вменяемыми, преобладали угодливость (46,4%), сензитивность (42,8%), мнительность (53,5%; $p < 0,01$), тревожность (60,7%), нерешительность (28,57%), педантичность (32,14%), аккуратность (28,57%).

Существенное влияние на формирование агрессивного криминального поведения и реализацию агрессии могут оказывать психопатологические проявления, главным образом, ведущий психопатологический синдром [3]. На момент ООД преобладал среди непсихотических – психопатоподобный синдром, выявленный у 52,5% лиц, признанных невменяемыми и у 78,6% ($p < 0,01$), признанных ограниченно вменяемыми. При ведущем значении психопатоподобных расстройств в генезе ООД придается специфическим личностным особенностям, характерным для эпилептического процесса. Анализ взаимодействия психопатологического состояния и криминальной ситуации позволил оценить соответствие ее сложности потенциальным ресурсам личности, измененным вследствие болезненных расстройств. При этом подвергалась оценке адекватность восприятия данной ситуации больными, возможность выбора иных форм поведения в ней, а также способность прогнозировать результат избранной поведенческой стратегии. Свойственные больным обидчивость, мстительность, злопамятность, брутальность, сочетаясь с недостаточной дифференцированностью эмоциональной сферы, не позволяли им различать нюансы поведения других лиц, а зачастую и всей ситуации в целом, что приводило к вспышкам агрессии, импульсивности поступков, которые были несоразмерны вызвавшему их поводу. Недостаточная пластичность психики больных и постепенное усвоение наиболее простых, однотипных элементарных форм реагирования вне зависимости от сложности и разнообразия тех или иных ситуаций, определяли преобладание негибких форм поведения. Осознание собственной неполноценности, а также отмечающиеся у ряда больных сензитивность, тревожность, ипохондричность затрудняли формирование коммуникативных навыков, что приводило к повышенной уязвимости, склонности к застреванию на психотравмирующих ситуациях. Ригидность мыслительных процессов, застойность аффективных переживаний определяли в ряде случаев трудности непосредственного эмоционального отреагирования на ситуацию. При наличии в качестве ведущего дисфорического синдрома (1,7%) психическое состояние характеризовалось длительным постепенно наступающим изменением настроения в сторону пониженного тосливо-злобного, когда больные становились угрюмыми и раздражительными по малейшему поводу. В состоянии дисфории больные совершали агрессивные действия в отношении лиц, которые когда-либо ущемляли их интересы. На первый план высту-

пала упорная злость с утверждением своей правоты, с вязкой агрессивной настроенностью. При наличии в качестве ведущего синдрома явления эпилептического слабоумия больными усваивались подчас чисто декларативные ценности, доходящие до ханжеского следования неким абстрактным нормам конформного существования. Требования неукоснительного следования этим правилам от лиц ближайшего окружения приводили не только к однотипным конфликтам, но и определяли весь образ жизни близких. Любое отклонение от навязываемых устоев, а также неблагоприятное поведение решительно пресекались вербальной агрессией и в ряде случаев нанесением телесных повреждений. У больных с нарушением когнитивных функций и утратой критики, при отсутствии способности оценивать социально-значимые особенности ситуации происходила реализация устойчивых стереотипов поведения без учета конкретных ситуаций.

Н.И. Введенский [2] подчеркивал, что преступления, совершаемые больными эпилепсией, характеризуются неистовым и бесцельно кровавым выполнением (отделение головы, расчленение трупа и т.п.), предопределяют необходимость иметь в виду возможность эпилептических механизмов. У больных эпилепсией, признанных невменяемыми, психопатологические механизмы (по М.М. Мальцевой) на момент ООД были представлены помимо продуктивно-психотических негативно-личностными [8]. Среди ситуационно-спровоцированных негативно-личностных механизмов ведущими психопатологическими синдромами являлась аффектогенная бесконтрольность и интеллектуальная несостоятельность. Аффектогенная бесконтрольность (42,4%; $p < 0,01$) выражалась в сочетании психопатоподобного и дисфорического синдромов, когда злобно-тоскливое настроение, внутренняя напряженность и повышенная чувствительность к внешним раздражителям делали этих больных постоянно готовыми к агрессивным разрядам. Больные были не в состоянии контролировать и корректировать эмоциональные реакции. При наличии интеллектуальной несостоятельности (9,3%) криминальный эпизод являлся результатом недостаточного осмысления ситуации, сложность которой не соответствовала потенциальным возможностям обследуемых к восприятию всех составляющих ее элементов и к предвидению возможных путей ее развития, а соответственно – вероятных последствий при различных вариантах поведения в ней. Синдром повышенной внушаемости и подчиняемости (1,7%) характеризовался зависимостью поведения больных от мнения окружающих, которое определяло криминальную направленность действий обследуемых.

Среди инициативных действий на первое место выступала псевдосоциальная гиперактивность (6,78%). Целью такого поведения становилось согласование существующих реально обстоятельств и межличностных отношений со сложившейся у больных

картиной мира, подчиненной негибким схемам. В этих случаях объективно неадекватные способы достижения подобной цели оказывались для больных единственно возможными и уместными, что часто приводило к резкому диссонансу между объективной, в том числе уголовно правовой оценкой их деяний и собственной критической их оценкой. Инициативные действия в виде расторможенности и извращенности влечений (5,1%) приводили к совершению сексуальных деликтов, поджогов, краж. Дефицит высших эмоций был представлен в 3,4% случаев, когда обследуемому было недоступно проведение анализа своих действий в рамках общечеловеческих ценностей, характерно преобладание низменных интересов и потребностей.

Экспертная оценка психического состояния подэкспертного, в отношении которого предполагается дать заключение об ограниченной вменяемости, не может быть основана на сугубо психопатологических критериях — она требует и психологического исследования структуры личности, прежде всего мотивационной сферы [12]. У лиц с признаками органического поражения головного мозга с выраженным эпилептоидным радикалом наблюдается нарушение произвольной саморегуляции деятельности, когда особое значение приобретает конфликтная ситуация, предъявляющая субъективно повышенные требования к подэкспертному, что в совокупности с личностными особенностями и эмоциональным напряжением, препятствующим выбору конвенциональных способов решения проблемы, как правило, приводит к агрессивнo-насильственным действиям [6]. При эпилепсии возможно применение ст.22 УК РФ в связи с наличием при данном заболевании изменений личности и частых дисфорических состояний, а также пароксизмальных расстройств [11].

При формально правильно воспринимаемых ситуативных обстоятельствах у больных, признанных ограниченно вменяемыми, неадекватное, чрезмерное эмоциональное отреагирование было связано со свойственными больным эпилепсией личностными особенностями, дисфорическими состояниями. Когда особое значение приобретала конфликтная ситуация, предъявляющая субъективно повышенные требования, что в совокупности с личностными особенностями и эмоциональным напряжением, препятствовало выбору способов решения проблемы, как правило, приводило к агрессивнo-насильственным действиям.

В период ООД в 78,6% случаев у больных эпилепсией, признанных ограниченно вменяемыми преобладал психопатоподобный синдром. В силу имеющих у испытуемых личностных особенностей они не могли в полной мере осмыслить криминальную ситуацию, оценить свою роль в ней, выбрать поведение и конкретное решение проблемы. Во время ООД у обследуемых лиц актуализировались личностная диспозиция на фоне снижения подвижности и гибкости психических процессов, ригидности в отста-

ивании собственных позиций, постоянной готовности к агрессивным действиям по отношению к обидчикам, застойность эмоционально насыщенных переживаний. У других обследуемых усугубление специфической личностной патологии с наличием аффективной логики с представлением об ущемлении в правах на фоне мстительности, обидчивости, эгоцентризма, подозрительности, тревожности, повышенной требовательности проявлялись в условиях исключительно конфликтной психогенно-травмирующей ситуации. Эмоциональное состояние в момент совершения агрессивных действий характеризовалось повышенной раздражительностью, злобой, оскорбленным самолюбием, желанием отомстить. Неадекватная самооценка, плохое понимание мотивов поступков и эмоций других людей, склонность к формированию труднокорректируемых суждений, сниженная способность к планированию своих поступков и прогнозированию их последствий ограничивали способность в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими в момент ООД. Дисфорический синдром (7,14%), не доходящий до психотического уровня, характеризовался внезапною возникновением беспричинного стойкого аффекта злобы, агрессии, гнева на фоне тоскливого настроения с усугублением личностных особенностей в виде напряженности и застойности аффекта, брутальности, что в совокупности приводило к снижению волевого контроля с недостаточностью прогноза. Агрессивные действия обследуемых, обусловленные дисфорическим состоянием на фоне алкогольного опьянения, носили импульсивный характер с направлением вектора агрессии не только на «обидчика», но и на других людей, оказавшихся рядом. При этом эмоциональный ответ был избыточен без достаточного уровня критичности и прогноза последствий. Наличие когнитивных нарушений (7,14%) характеризовалось поверхностностью и легковесностью суждений, некоторой внушаемостью, робостью, зависимостью от внешних оценок, психической заторможенностью, обусловленной замедленностью и инертностью психических процессов, некоторым снижением памяти, в тоже время раздражительностью, неспособностью правильно реагировать и контролировать свои действия в момент ООД. Синдром расстройства влечений в момент ООД (7,14%), проявлялся выраженным эгоцентризмом, «изоэцентричной» агрессивностью, внутренней напряженностью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям на фоне замкнутости, малообщительности, что сочеталось с психическим инфантилизмом со склонностью к фиксации и накоплению отрицательных переживаний с понижением ресурсов волевой регуляции поведения.

Заключение. Полученные данные говорят о преобладании у больных эпилепсией, признанных невменяемыми, негативно-личностных механизмов по типу аффектогенной бесконтрольности и интеллектуальной несостоятельности. Результаты исследования с одной

стороны, свидетельствует о нарушении саморегуляции, а с другой – о столь же высоком риске повторных криминальных действий. У больных, признанных ограниченно вменяемыми, при формально правильно воспринимаемых ситуативных обстоятельствах, чрезмерное эмоциональное реагирование было связано со свойственными больным эпилепсией личностными особенностями, дисфорическими состояниями. Аффективная напряженность в сочетании с повышенной чувствительностью к внешним раздражителям порождает постоянную готовность к агрессивным действиям. В ряде случаев общественная опасность лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, была связана с неспособностью охватить ситуацию в целом, предвидеть ближайшие и отдаленные, прямые и косвенные последствия своих действий, прогнозировать развитие событий, соизмерять свои возможности с трудностью задач и условиями ситуации ее решения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болдырев А.И. Психические особенности больных эпилепсией. М.: Медицина, 2000. 383 с.
2. Введенский Н.И. Эпилепсия с судебно-психиатрической точки зрения // Проблемы судебной психиатрии. М., 1941. № 3. С. 3–37.
3. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Психопатология и агрессивное поведение // Материалы Всероссийского съезда психиатров. М., 2000. С. 204.
4. Калинин В.В., Железнова Е.В., Рогачева Т.А., Соколова Л.В. и др. Психические расстройства при эпилепсии. Пособие для врачей. М., 2006. 27 с.
5. Киссин М.Я., Незнанов Н.Г. Особенности клиники эпилепсии у больных с простыми парциальными «психическими» припадками // Российский психиатрический журнал. М., 2007. № 2. С. 33–36.
6. Кудрявцев И.А., Морозова М.В., Савина О.Ф. Использование психологических познаний при определении меры способности к произвольной саморегуляции (в рамках ст. 22 УК РФ) / Ограниченная вменяемость. М., 2005. С. 134–142.
7. Максимова А.Л. Психопатология при эпилепсии // Современная психиатрия им. П.Б. Ганнушкина. 1998. № 5. С. 4–9.
8. Мальцева М.М. Общественно опасные действия психически больных и принципы их профилактики: (клинико-статистические исследования). Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1987. 414 с.
9. Простова А.С. Психические расстройства при височной эпилепсии и их судебно-психиатрическая оценка. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 234 с.
10. Усюкина М.В. Судебно-психиатрическая экспертиза психических расстройств при эпилепсии / Руководство по судебной психиатрии М.: Юрайт. 2017. С. 233–252.
11. Хрящев А.В. Некоторые критерии применения ст. 22 УК РФ в судебно-психиатрической практике // Российский психиатрический журнал, 2000. №3. С. 45–48.
12. Шостакович Б.В., Горинов В.В. Ограниченная вменяемость в судебно-психиатрической практике. М., 1998. С. 11–18.
13. Baumgartner C. Postictal psychosis // Abstracts from the 21st International Congress-Sydney. 1995. P. 218.
14. Burcet-Darde J. Medicine and law. Legal aspects of the epilepsies // Servicio de Neurologia; Hospital Sant Juan de Dios, Palma de Mallorca, 07007, Espana. Rev Neurol. 2002. Mar 16-31. Vol. 34(6). P. 551–555.
15. Friedrich S. Somatic anxiety syndromes // Current opinion in psychiatry. 1999. Vol. 12. supp II. P. 120.
16. Helmstaedter C., Witt J.-A. Epilepsy and cognition – A bidirectional relationship? // Seizure. 2017. Vol.49. P. 83–89.
17. Ignatowicz L. Psychiatric aspects of epilepsy in childhood treated with tigretol // Abstracts from the 21st International Epilepsy congress. Sydney. 1995. Vol. 36. P. 128.
18. Kanner A.M. Corrigendum to “Depression and epilepsy: Epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence” [Epilepsy Behav. 24/2 (2012) 156–168] // Epilepsy & Behavior. 2014. Vol. 32. P. 170.
19. Kowalik A. Behavioral disturbances in children with temporal lobe epilepsy // Abstracts from the International Epilepsy Congress-Sydney. 1995. P. 177.
20. Mula M. The interictal dysphoric disorder of epilepsy: a still open debate // Curr Neurol Neurosci Rep. 2013. Vol. 13(6). P. 355.
21. van Ool J. S., Snoeijs-Schouwenaars F.M., Tan I.Y. et al. Challenging behavior in adults with epilepsy and intellectual disability: An analysis of epilepsy characteristics // Epilepsy & Behavior. 2018. Vol. 86. pp. 72–78.
22. Oueslati B., Fekih-Romdhane F., Ridha R. Postictal Delirium and Violent Behavior in Patients with Post-Neurosurgical Epilepsy // World Neurosurgery. 2018. Vol. 115. pp. 193–195.
23. Ritaccio A., Devinsky O. Personality disorders in epilepsy. In: Psychiatric issues in epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment [A. Ettinger, A. Kanner (eds.)]. Philadelphia, 2001. pp. 147–161.
24. Shah E., Bird J. S., Shotbolt P. Epilepsy and concomitant obsessive-compulsive disorder // Epilepsy & Behavior Case Reports. Available online 20, 2018.

REFERENCES

1. Boldyrev A.I. Psikhicheskie osobennosti bol'nykh epilepsiei. Moscow: Meditsina, 2000. 383 p. (in Russian)
2. Vvedenskii N.I. Problemy sudebnoi psikhii. Moscow, 1941. № 3. pp.3–37. (in Russian)
3. Dmitrieva T.B., Shostakovich B.V. Psikhopatologiya i agresivnoe povedenie. *Proceedings of the All-Russian Congress of Psychiatrists*. Moscow, 2000. P. 204. (in Russian)
4. Kalinin V.V., Zheleznova E.V., Rogacheva T.A., Sokolova L.V. et al. Psikhicheskie rasstroistva pri epilepsii. Posobie dlya vrachei. Moscow, 2006. 27 p. (in Russian)
5. Kissin M.Ya., Neznanov N.G. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal. Moscow, 2007. № 2. pp. 33–36. (in Russian)
6. Kudryavtsev I.A., Morozova M.V., Savina O.F. In: Ogranichennaya vmenyaemost'. Moscow, 2005. pp.134–142. (in Russian)
7. Maksutova A.L. Sovremennaya psikhiiatriya im. P.B. Gannushkina. 1998. № 5. pp.4–9. (in Russian)
8. Mal'tseva M.M. Obshchestvenno opasnye deistviya psikhicheski bol'nykh i printsipy ikh profilaktiki: (kliniko-statisticheskie issledovaniya). *MD dissertation (Medicine)*. Moscow, 1987. 414 p. (in Russian)
9. Prostova A.S. Psikhicheskie rasstroistva pri visochnoi epilepsii i ikh sudebno-psikhiatricheskaya otsenka. *PhD dissertation (Medicine)*. Moscow, 2005. 234 p. (in Russian)
10. Usyukina M.V. Sudebno-psikhiatricheskaya ekspertiza psikhicheskikh rasstroistv pri epilepsii. *Rukovodstvo po sudebnoi psikhiiatrii*. Moscow: Yurait. 2017. pp. 233–252. (in Russian)
11. Khryashchev A.V. Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal, 2000. №3. pp. 45–48. (in Russian)
12. Shostakovich B.V., Gorinov V.V. Ogranichennaya vmenyaemost' v sudebno-psikhiatricheskoi praktike. Moscow, 1998. pp. 11–18. (in Russian)

Поступила 20.09.18.