

КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫЕ ОСНОВАНИЯ ОЦЕНКИ СПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ У ЖЕНЩИНЫ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ)*

А. Джорджанова, Д. Радойнова, К. Куков

Описана экспертная оценка случая клинико-психологического исследования молодой женщины, имеющей опыт многократной госпитализации в психиатрический стационар с диагнозом параноидной шизофрении, выполненная в связи с необходимостью решения вопроса возможности осуществления ею родительских прав в ситуации определения места жительства ребенка после развода родителей. Описанные в публикации материалы подробной клинико-психологической оценки не подтверждают ранее вынесенного диагноза параноидной шизофрении. Вместе с тем, у подэкспертной установлено биполярное аффективное расстройство с ремиссией в период обследования, не влияющее на ее актуальный психический статус и способность к адекватному выполнению родительских обязанностей. Результаты экспертной оценки не позволяют решать вопрос о лишении ее права совместного проживания с ребенком. Представлены клинические и экспертные критерии, лежащие в основе изменения ранее вынесенной квалификации психиатрического статуса пациентки и обосновывающие ее родительскую дееспособность. К числу таких критериев относятся: анамнестические данные о наличии эпизодов аффективного расстройства биполярного характера; неадекватная квалификация аффективных нарушений, протекающих с симптоматикой, сходной с расстройствами психотического уровня; вынесение клинического диагноза без опоры на критерии Международной классификации болезней 10-го пересмотра; ошибки в тактике вынесения предварительного диагноза, проявляющиеся необоснованным вынесением фактически заключительного диагноза шизофрении вместо ревизиорного диагноза острого полиморфного шизофреноподобного расстройства, требующего последующего динамического наблюдения; отсутствие адекватной оценки описанных в медицинской документации признаков спонтанной ремиссии, не характерной для расстройств шизофренического спектра, произошедшей на фоне отсутствия адекватной для таких расстройств психофармакотерапии; необоснованность подтверждения при последующем наблюдении по месту жительства пациентки ранее вынесенного ей в университетской клинике диагноза при наличии у нее не согласующихся с ним симптомов. Представленные описания клинического статуса на момент экспертного исследования, материалы психологического исследования, критический анализ клинико-анамнестических данных являются убедительными аргументами в пользу вынесенного нового клинического диагноза, а их изложение в экспертном заключении лежит в основе судебного решения в пользу сохранения права пациентки на совместное проживание с ребенком. В экспертном заключении представлены также рекомендации прогностического характера.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, биполярное аффективное расстройство, дееспособность, способность осуществления родительских прав.

Основными аспектами представляемой ниже публикации является анализ эффективности судебной психолого-психиатрической экспертизы на примере конкретного случая исследования в рамках гражданского судопроизводства.

Дефиницию возможностей осуществления гражданских и, в частности, родительских прав по возрастным категориям граждан Республики Болгария (РБ), опираясь на текст соответствующего Закона РБ, можно представить как способность физического лица (гра-

* Научно-литературный перевод статьи на русский язык выполнен одним из ее авторов – доктором А. Джорджановой (Республика Болгария) и кандидатом медицинских наук, доцентом М.А. Беребиным.

жданина) приобретать права и принимать на себя обязательства по личным действиям, создающим возможность к самореализации определенных прав и определенных обязанностей, предполагающих наличие некоторых умственных и физических способностей. Предполагается, что такая способность наступает с достижением гражданином возраста 18 лет, в котором человек становится полностью трудоспособным [6, с. 248–249].

В статье 2 Закона Республики Болгария «Законът за лицата и семейството» указано, что «В возрасте 18 лет люди становятся полностью и вполне способными своими действиями приобретать и использовать свои права» [11]. Одним из таких гражданских прав является осуществление родительских прав.

Указание на необходимость наличия у гражданина определенных умственных и физических способностей, необходимых для осуществления им гражданских прав и обязанностей, предполагает необходимость проведения медицинской (и психиатрической, в частности) оценки статуса человека как субъекта гражданских прав и обязанностей.

При этом потребность в психиатрической экспертизе возникает в случаях, когда предметом спора является человек, не способный осуществлять свои родительские права из-за длительного физического или психического заболевания, вследствие которого поведение родителя представляет опасность для личности, образования, здоровья или имущественного положения ребенка (статья 131 упомянутого выше Закона).

В целом текст Закона содержит конкретные основополагающие принципы и рамки, которые необходимо учитывать при проведении экспертного исследования. Отметим, что экспертиза лиц с диагнозом психических заболеваний требует применения прежде всего к пациентам с длительным течением психического заболевания, которое может являться причиной и основанием для патологического расстройства способности осуществления родительских прав. Кроме того, необходимо раскрыть психологическую информацию о характере и тяжести симптомов такого расстройства и их влияния на неполностью (неисключительно) предусмотренный Законом определенный набор психических качеств, позволяющих гражданину нести гражданскую ответственность. Экспертная оценка должна учитывать не только психологически и глобально специализированный интеллектуальный потенциал

личности, который определяет поведение, представляющее либо не представляющее «опасность для личности, образования, здоровья или имущественного положения ребенка».

Особенности правового определения способности осуществления родительских прав и обязанностей при относительно обособленных психиатрических проявлениях требуют учета различных мнений экспертов. Некоторые психические расстройства могут создать невыносимые условия для воспитания детей (например, хронический алкоголизм, тяжелые расстройства личности и психопатоподобные синдромы и др.). Однако иногда и сформировавшиеся в результате психоза изменения психической деятельности и личностных черт (например, последствия первого эпизода шизофрении, посттравматические и эпилептические изменения личности) не могут существенно повлиять на способность человека любить и проявлять преданность, тепло, заботу и внимание к своим детям, которую они не могут получить от родственников и незнакомых людей.

Анализ описанной выше законодательно-правовой базы и теоретических разработок показывает, что от участвующих в судебной психолого-психиатрической экспертизе специалистов требуется профессиональная клиническая и экспертная компетентность. В связи с этим приведем пример показательного, на наш взгляд, случая.

ОПИСАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРЕДПОСЫЛОК ЭКСПЕРТИЗЫ

Гражданка Болгарии, М.Б.Х., женщина, возраст 27 лет, разведена. Родилась первым ребенком в семье с двумя детьми. При рождении вес 2000 граммов, вынесены диагнозы недоношенности и ателектаз легких. По словам матери, М.Б.Х. говорить начала вовремя. Однако ходить начала только в возрасте около двух лет, вследствие того, что был вынесен диагноз спастического нижнего парапареза, по поводу которого были проведены активное лечение и реабилитация. Эта реабилитация проводилась при обучении в школе г. Тузла с 4 до 8 класса включительно, что привело к значительному улучшению двигательной функции. Получила среднее образование со средним баллом общей успеваемостью 4.50. Некоторое время работала швеей, но по настоянию родителей ушла с этой работы и стала помогать им в домашнем хозяйстве. В 2011 году вышла замуж и переехала жить в другую деревню, в семью супруга, где в 2012 году родила мальчика. С конца мая 2012 года живет в семье родителей после развода с мужем. При этом отец ребенка самовольно оставил его проживать с собой. На описываемый в статье момент назначена судебно-психиатрическая экспертиза по поводу определения родительских прав и определения места жительства ребенка, инициированная М.Б.Х. Районным судом первой инстанции за ней признаны родительские права.

Описание хода заболевания:

Со слов матери, осенью 2006 года без всякой причины М.Б.Х стала грустить, объясняя это головной болью. Появились нервные тики, имевшие, по словам больной, локализацию в области лица, однако описать детально их не может. Отказывалась от пищи, похудела на 13 кг (раньше весила 60 кг при росте 155), страдала бессонницей. Однажды после выполнения сельскохозяйственных работ вошла в ванную комнату, чтобы помыться, закрылась и начала кричать, что не хочет выходить из нее, начала тереть нос и не могла ответить на вопрос, почему она его трет.

Первая госпитализация 2 октября 2006 года в женское психиатрическое отделение.

Анамнез: «...с 04.09.2006 г. без причины стала неспокойной, плакала, появились движения потирания носа, вплоть до повреждения кожи. Закрылась в ванной, говорила сама с собой, плакала, не спала. Отмечались подъемы температуры до 38 °С. После осмотра психиатром было отказано в госпитализации в городе С. из-за отсутствия направления из лечебного учреждения по месту жительства. Выписаны успокаивающие лекарства. Стала более спокойной, но стала рассказывать, что имеет шестое чувство. После посещения ходжи¹ стала спокойнее. Рассказала также, что в школьные годы испытывала притеснения со стороны учеников. Однако по истечении трех дней стала снова неспокойной и часто плакала...»

Психический статус: «Явное психомоторное напряжение. Дезорганизованное поведение и речь (с проявлениями манерности и чужаковатости в поведении). Некритична к ситуации. Отмечаются многочисленные вербальные галлюцинации комментирующего и императивного характера. Процесс мышления ускоренный, с элементами разорванности и бреда воздействия. Эмоционально-лабильная, с неадекватным аффектом...»

Течение заболевания: В начале госпитализации получала лечение Клопиксолом и Диазепамом в адекватных дозах. Пациентка была очень неспокойна, активная, разорвала простыни. Речемыслительные процессы напоминали «словесную крошку», налицо были также гебефренические симптомы. В поведении пациентки наблюдались элементы кататонного возбуждения с проявлениями манерности и импульсивности в действиях. В терапию был добавлен Халдол в адекватной дозе. За короткое время психотические проявления начали редуцироваться. Была продолжена терапия Рисполептом, Депакином хроно и Диазепамом. Пациентка была включена в группы психо-и трудотерапии. Стала более спокойной, но поведение в определенной мере определялось под влиянием содержания активной психотичной продукции. До конца периода госпитализации отмечались легко выраженные проявления парамимии и паратимии.

Выписана 20.10.2006 г. с дифференциальным диагнозом «Болезнь Блейлера» (Параноидная шизофрения) и рекомендацией продолжительного амбулаторного лечения.

Повторная госпитализация спустя 6 дней в это же отделение:

Анамнез: «...Спустя несколько дней после выписки состояние пациентки снова ухудшилось: появилось психомоторное возбуждение, беспричинный смех, бессвязная речь...»

Психический статус: «Психомоторное возбуждение. Поведение и речь дезорганизованное. В беседе смеется без причины, вне контекста беседы. Контактная. К проявлениям болезни не критична. Сообщает сведения о наличии обильных псевдогаллюцинаций комментирующего и императивного характера. Речемыслительная деятельность с проявлениями разорванности мышления, в содержании высказываний обнаруживается наличие идей отношения и воздействия параноидного характера. Эмоционально лабильна, с элементами паратимии. Волевая сфера – без качественных расстройств. Память и интеллект – в пределах нормы.

Течение заболевания: Проводилось лечение Рисполептом, Депакином и Диазепамом в адекватных дозах. Выраженное психомоторное возбуждение с гебефреническими симптомами. В поведении пациентки наблюдались элементы кататонного возбуждения в виде манерности и импульсивных действий. На фоне лечения постепенно стала более спокойной, с уравновешенным поведением. В беседе о переживаниях и проявлениях психотического характера не сообщала. Критического отношения к проявлению своей болезни не обнаруживает. В связи с появлением в клинической картине экстрапиримидной симптоматики в медикаментозную добавлен Акинетон.

Выписана с диагнозом «Параноидная шизофрения. Галлюцинаторно-параноидный синдром с гебефреническими симптомами».

Третья госпитализация 27.11.2007 г. в психиатрическое отделение при МБАЛ²* города С.

Анамнез: «Прошла лечение в психиатрической клинике ... Выписана с рекомендацией продолжительного амбулаторного лечения Рисперидоном, Депакином, Диазепамом и корректором. Родные сообщают, что стала безынициативной, не выходила из дома, целыми днями лежала, заметно ограничила контакты с окружающими. В апреле 2007 г. врачебно-трудоустройственной комиссией установлена утрата трудоспособности (60 % нетрудоспособности). По словам родителей, на протяжении около 2 недель то была неспокойна, то смотрела в одну точку. Не выходила из дома, не общалась, нуждалась в постоянном напоминании о необходимости принятия пищи и в одежде...»

Психический статус: «Психомоторно спокойна, парамимична. Контактна, говорит тихим, монотонным голосом. Без адекватного визуального контакта. Ориентировка всех видов сохранена. Наличие продуктивной симптоматики отрицает, но своим поведением создает впечатление о наличии слуховых галлюцинаций (периодически засматривается, заслушивается). Речемыслительная деятельность протекает в медленном темпе, ассоциативно бедная. Гипобулична, паратимна, со сниженным эмоциональным резонансом. Пробы на память и интеллектуальные функции выполняет в ситуации болезненной заторможенности.

Проводилось лечение Рисперидоном, Биперидоном, Клоназепамом.

В целом за период пребывания в больнице были характерны спокойствие, паратимность, аутистичность, безынициативность. Ведущей являлась негативная симптоматика. Приступы возбуждения не регистрировались».

¹ мусульманский священник.

² МБАЛ – многопрофильная больница активного лечения.

Выписана без существенного улучшения с диагнозом «Параноидная шизофрения с устойчивым дефицитом».

Четвертая госпитализация 27.05.2008 г.–13.06.2008 г. в психиатрическое отделение при МБАЛ г. С., по поводу двухмесячной аменореи.

Анамнез: «...Ухудшение самочувствия в связи с увеличением массы тела и наступившей аменореей... По объективным данным, после первого психотического приступа (2 года тому назад) стала медлительной, безынициативной, аспонтанной, изолировала себя от отношений с окружающими.

Психический статус: Психомоторно спокойна, с мимически неподвижным лицом, парамимична. Говорит тихо, монотонно, избегает зрительного контакта. Все виды ориентировки не нарушены. Галлюцинаторной симптоматики не обнаруживает. Речемыслительный процесс характеризуется медленным темпом протекания, ассоциативной и тематической бедностью, аспонтанностью содержания. Отмечается субъективная малоценность переживания аменореи, сужение круга интересов и безынициативность. Сохраняется гипобуличность, аутистичность, паратимность, притупление эмоционального резонанса. Характеристики памяти и интеллекта проявляются с патологической заторможенностью.

В связи с гиперпролактинемией и повышенным весом лечащими врачами был избран селективный препарат для поддерживающего лечения, и, дополнительно, после консультации кардиолога программа лечения дополнена Зелдоксом.

Во время пребывания в отделении в поведении пациентки доминировала негативная симптоматика: стремилась оставаться одна в палате, по отношению к требованиям была пассивно послушна, инертна. Эпизодически регистрировались проявления парамимии и паратимного смеха, была недоступна в отношении вопросов об актуализации как вербальных псевдогаллюцинаций, так и резидуальных параноидных идей отношения и феноменов магического содержания. Практически не вербализует своих переживаний, эмоционально притуплена».

Выписана с диагнозом «Параноидная шизофрения. Непрерывное протекание с устойчивым дефицитом, без существенного улучшения», с ведущий негативной симптоматикой по типу «изменения личности с регрессом».

Запись в ЛАК³ ... «29.02.2012 г.: Живет с мужем в деревне с марта 2011 года. 12.02.2012 г. родила мальчика. На протяжении недели после возвращения домой плохо спала; считала, что слышит детский плач; днем напряжена и тревожна; стала сензитивной, периодически – раздражительной и вспыльчивой, в таком состоянии разбрасывает вещи по дому.

Объективно: Сензитивный синдром. Назначена терапия: Зелдокс, Диазепам на ночь и Хлорпротиксен».

Госпитализация 25.05.2012 г. – 08.06.2012 г. в психиатрическое отделение при МБАЛ г. С.

Анамнез: «...Приехала с родителями. Шесть месяцев тому назад родила ребенка и продолжила лечение Зипразином, которое приостановила во время беременности. За неделю до поступления стала беспокойной, раздражительной, конфликтовала с родными, появилась быстрая речь, переходящая в крик, вплоть до непрерывной крикливости, бессонница. В связи с этим супруг привез пациентку в дом ее родителей на посто-

янное жительство. При осмотре в приемном покое отделения установлен синдром мании с идеями самоценности семейного плана, без формирования параноидной систематизации.

Психический статус: Напряжена, речь громкая, в форме крика, одергивает и прерывает высказывания родителей, но обнаруживает сотрудничество с медицинскими специалистами. Полностью и верно ориентирована в происходящем и собственной личности. Галлюцинаций не обнаруживает. Речемыслительный процесс протекает в ускоренном темпе, с сохранением правильной структуры высказываний. В их содержании раскрывается слегка завышенная самооценка, с едва уловимыми параноидными суждениями, без их систематизации. Настроение преимущественно дисфорическое. (...) На фоне медикаментозной терапии быстро наступило нейрорепитивное подавление психопатологической симптоматики с редуцированием психомоторного возбуждения. Постепенно наступило улучшение сна, аппетита, восстановился волевой контроль, наблюдалась дезактуализация параноидных и мегаломанических идей».

Выписана с диагнозом «Параноидная шизофрения. Эпизодическое протекание с устойчивым дефицитом», в начале стадии ремиссии с рекомендацией продолжения лечения Конвулексом, Клопиксолом и Акинестатом.

Последняя госпитализация с 01.02.2013 г. – 08.02.2013 г. в психиатрическое отделение при МБАЛ г. С.

Анамнез: «Поступила по направлению Врачебно-трудовой экспертной комиссии для нового обследования в связи с неявкой пациентки в установленный срок для прохождения переосвидетельствования. После последней госпитализации в мае 2012 года живет вместе с родителями, разведена, но в настоящее время участвует в судебной процедуре по определению родительских прав и места жительства ребенка. Получает лечение Клопиксолом и Карбамазепином. (...) При обследовании и беседе проявлений продуктивной и параноидной симптоматики не обнаруживает. Доминирующими проявлениями являются симптомы эмоционально-волевого изменения личности...

Психический статус: Психомоторного возбуждения не проявляется, сотрудничает при клиническом исследовании, улыбается, поведение и жесты с признаками инфантильных манер и мимики. Полностью ориентирована в себе и происходящих событиях. Галлюцинаторной симптоматики не выявляется. Речемыслительный процесс протекает в ускоренном темпе, с правильной структурой речевых высказываний. В содержании суждений улавливается слегка завышенная самооценка, формальная критичность по поводу последнего психотического эпизода, но с очевидно уловимой легкой недооценкой факта его наличия. Эмоциональный фон слегка гипертимный (...). Во время пребывания в отделении была преимущественно спокойна, без каких-либо проявлений продуктивной симптоматики и мотивационно-поведенческих проявлений параноидного типа. Наблюдалась ремиссия ранее регистрировавшейся психопатологической симптоматики с признаками изменения личности на фоне поддерживающего лечения нейрорепитивными с удовлетворительным противорецидивным и стабилизирующим эффектом.

Выписана с диагнозом «Параноидная шизофрения. Эпизодическое протекание с устойчивым дефицитом» с рекомендацией продолжения лечения Неуротопом, Клопиксолом и Акинестатом.

³ ЛАК – личная амбулаторная карточка пациента.

ОПИСАНИЕ СУДЕБНОГО ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ ПО ЕГО РЕЗУЛЬТАТАМ

Психический статус по время судебно-психиатрического освидетельствования. Психомоторно спокойная, в начале интервью ситуативно внутренне напряжена, но в его ходе постепенно успокаивается. Приветливая, имеет опрятный вид. Осуществляет и поддерживает хороший вербальный контакт. Ориентированность всех видов сохранена. Критична. Галлюцинации не обнаруживаются. Процесс мышления апсихотичный, нормальный по темпу, структуре. Поведение с адекватным аффектом и с нормальной кинезией. Характеристики памяти и интеллекта соответственно возрасту, образованию и социальному опыту.

Результаты первичной экспертной оценки потребовали стационарного наблюдения в женском психиатрическом отделении МБАЛ г. В., госпитализация в которое была выполнена с согласия М.Б.Х. и ее родителей.

Во время интервью при поступлении в отделение М.Б.Х. рассказала следующее: «Чувствую себя хорошо, но мне не хватает ребенка. Мне его жаль. Есть у меня и настроение и энергия, есть и аппетит, хорошо сплю. В 2006 году не было аппетита, весила 47 кг, тогда не могла спать. Сама не знаю, почему закрылась в ванной, кричала, грустила, плакала, не спала. Все помню. Только один раз я слышала голос, который не был настоящим. После родов в ванной слышала плач ребенка и подумала, что это плачет мой малыш. Нет, никогда я не слышала никакие голоса. В первый раз в больнице рассердилась на родителей, что они меня оставили там и поэтому порвала простыни, перевернула кровать. Нет, и тогда я не слышала никакие голоса. (...) Заботилась о ребенке, принимала Зелдокс и мне очень хотелось спать, но я все же заботилась о нем. Не знаю, что со мной...»

Во время пребывания в психиатрическом отделении с целью диагностического уточнения статуса М.Б.Х. было проведено психологическое исследование клиническим психологом.

Заключение по результатам психологического исследования

В ходе исследования М.Б.Х. сообщает информацию о себе и своем опыте, эмоциональная экспрессия преимущественно ограниченная, в статической ситуации обследования и после периода адаптации к исследованию эмоциональное выражение стало положительным. Выполняя инструкции, работала медленно и методично, признаков усталости не наблюдалось.

Обобщенные данные схемы исследования:

Основные характеристики исследованных когнитивных процессов и интеллекта определялись с помощью классических экспериментально-психологических методик.

Внимание: сниженные (относительно средних значений по методикам) способность концентрации и устойчивости внимания, нарушены переключаемость и распределение внимания.

Память: слуховая вербальная память (по результатам пробы А.Р. Лурия) с фиксацией и сохранением в норме возрастания кривой по типу теста Бенгтона. Подэкспертная не делает ошибок в репродукции при выполнении теста, пытается воспроизвести стимулы подробно с максимально возможной точностью.

Мышление. Осуществляет операции логического анализа низкого уровня сложности и очень хорошо выполняет задания, требующие использования логических

операций конкретного характера. Обнаруживает медленный темп психической деятельности, трудности встраиваемости и обучения новым навыкам. Не установлено никаких патопсихологических доказательств психических расстройств в осуществлении логико-мыслительной деятельности и формировании ассоциативной стороны мышления.

Интеллект. Интеллектуальный уровень по результатам исследования теста Raven–72 IQ балла (низкий интеллект, что соотносится с образовательным и социальным уровнем пациентки). Снижение уровня визуального контроля за процессом и результатами исполнительской и умственной деятельности. При выполнении заданий усваивает новые базовые знания и обретает определенный опыт преимущественно за счет сохранной памяти.

Психологическое исследование личности проводилось с помощью анкетирования по личностной методике ММРІ (краткая форма) и использования проективных тестов Розенцвейга, Люшера, Varteg, а также стресстеста.

Краткая форма ММРІ. Профиль по оценочным шкалам L, F и K отражает наличие личностных черт, характерных для людей с примитивной психической организацией, недостаточным самопониманием и низкой способностью к адаптации. При этом личностное реагирование на обследование может иметь отклоняющийся от нормальных реакций личности характер, при том, что испытуемая благоприятно воспринимает себя или сознательно скрывает свои недостатки и актуальные конфликты. Значения результатов обследования по клиническим шкалам находятся в диапазоне 55–67 Т-баллов, что соответствует стандартным нормативным значениям.

По результатам исследования по проективным тестам обнаруживает хорошие возможности анализа проблемных жизненных ситуаций, устанавливать адекватные, хотя и примитивные взаимосвязи с гибкой и мобильной их системой, выдает хороший эмоциональный резонанс на окружающие события, активную жизненную позицию по защите своих интересов. При решении проблемных ситуаций в жизни реализует преимущественно примитивные стратегии, проявляющиеся вариантом пассивного ожидания действий других лиц по решению имеющихся проблем, способность проявлять инициативу и руководить своей деятельностью лишь в отношении реализации своих базовых потребностей, связанных с ее образом жизни. Способна организовать решение задач удовлетворения своих основных потребностей в повседневной жизни, выполнять простые виды деятельности, при которой требуется хорошее ее планирование и контроль каждого шага поведения.

Может анализировать свои имеющиеся проблемы и найти простые, но адекватные их решения. Обладает базовыми навыками общения в ее сохранившемся непосредственном окружении и сохраняет элементарные контакты на более высоком уровне окружения, которые способна использовать для защиты своих интересов и удовлетворения потребностей своих дружеских отношений. Среди черт характера доминируют простота, примитивизм и изменчивость, обнаруживает тенденцию оказывать влияние на руководство других и руководить самой, дружелюбие и, в то же время, появляется недооценка намерений других лиц в случае более сложных отношений и конфликтных ситуаций. Владеет основным потенциалом своего интеллекта и социальных навыков в достаточной мере, чтобы организовать свою собствен-

ную внутреннюю жизнь, заботиться о себе, управлять основными направлениями своей деятельности и решать свои финансовые проблемы.

Обобщенные данные анкетирования и проективных методов описывают личность с примитивным типом структуры, но с положительной социальной жизненной позицией и отношением к жизни, ограниченным диапазоном эмоционального реагирования, низкой интенсивностью аффекта, способностью к формированию соответствующих ситуации исследования взаимосвязанных положительных и отрицательных эмоций.

Заключение психологического исследования. По результатам психологических исследований отмечаются незначительные колебания работоспособности, отсутствие патопсихологических признаков расстройств мыслительных операций, сохранность процессов памяти, снижение интеллектуального функционирования, которые согласуются с имеющимся у подэкспертной социальным опытом и образовательным цензом. Не получены данные о хронических изменениях личности, способных нарушить когнитивные процессы, психическую деятельность в целом и личностное функционирование. Перенесенный в прошлом эпизод психотических нарушений не привел к изменению базовых структур личности М.Б.Х. и ее способностей. В настоящее время отмечается стадия стабилизации и ресоциализации.

Специализированной судебно-экспертной комиссией Второго психиатрического отделения МБАЛ «Света Марина» г. Варна 20.03.2013 года рассматривались вопросы ранних этапов заболевания М.Б.Х., его динамики и актуальное психическое состояние М.Б.Х. В результате обсуждения медицинской документации, материалов обширного клинического интервью и психологического исследования комиссия единодушно пришла к выводу о том, что наблюдаемые у М.Б.Х. на всех этапах течения ее заболевания симптомы соответствуют критериям биполярного аффективного расстройства. Отсутствуют какие-либо данные в пользу подтверждения диагноза параноидной шизофрении, как по состоянию на момент проведения исследования, так и в более ранний период времени. На основании такого вывода и заключения диагноз параноидной шизофрении у М.Б.Х. был снят.

О критериях и симптомах психического расстройства М.Б.Х и комментариев к его последствиям

В наиболее общем виде принято считать, что основные источники экспертных ошибок лежат в нескольких сферах [13, с. 651–658]:

- организационные ошибки;
- методологические ошибки;
- медицинские ошибки.

Среди последних наиболее частыми являются поверхностно собранный анамнез, неполное описание и оценка психического статуса и ригидное некритичное принятие поставленного в прошлом диагноза. Такие ошибки возникают вследствие различных групп факторов объективного, субъективного и собственно медицинского (клинического) характера.

Рассмотрим с описанных выше позиций рассматриваемый случай судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Вышеописанный случай отвечает диагностическим критериям депрессивного эпизода в разделе F(V) «Психические и поведенческие расстройства» Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [5]. При госпитализации в женское психиатрическое отделение университетской клиники в 2006 году лечащим врачом был установлен шизофренный процесс. По высказанным во время экспертного интервью 18.03.2013 г. словам М.Б.Х. следует считать, что во время первого стационарного пребывания она установочно давала неверную информацию о своем психическом состоянии и отвечала на все заданные вопросы необоснованно утвердительно. Вынесенный при выписке диагноз «параноидная шизофрения» не отвечает не только действительному ее психическому состоянию на момент госпитализации, но и не является адекватным по той причине, что этот диагноз вынесен при первичном (формально вероятно правильно либо ошибочно диагностированном) шизофренном эпизоде. По рекомендуемым МКБ-10 диагностическим критериям и тактике вынесения диагноза при первом эпизоде свое место находит так называемый «превизорный» диагноз, который в данном случае мог быть сформулирован в следующем виде: «острое шизофреноподобное полиморфное расстройство». Последующие госпитализации осуществлялись в психиатрическом стационаре ближайшей к месту жительства М.Б.Х. больнице, где диагноз был принят без его ревизии и критической оценки применительно к ее новому состоянию, в том числе и ввиду того факта, что он был вынесен в университетской клинике. В этой же больнице после третьей госпитализации пациентки при ее выписке диагноз «параноидная шизофрения» был дополнен формулировкой о наличии «устойчивого (?) дефицита», что в клинической практике наблюдается чаще всего только после длительного периода протекания болезни. Вторая госпитализация в МБАЛ г. С. была по поводу побочных эффектов получаемых М.Б.Х. психофармакологических препаратов антипсихотического спектра, а именно аменореи на фоне гиперпролактинемии и повышенного веса тела. В катamnестическом плане были зарегистрированы периоды адекватного социального функционирования пациентки, несмотря на вынесенный тяжелый диагноз инвалидизирующего психи-

ческого расстройства. В этот период М.Б.Х. вышла замуж, забеременела и в течение всей беременности не получала противоречивого лечения и находилась в стабильном психическом состоянии. Следует отметить, что за этот период не обращалась за специализированной медицинской помощью, поэтому, вероятно, в медицинской документации отсутствуют сведения, доказывающие обратную гипотезу. После родов наступила декомпенсация состояния, о чем свидетельствует запись в дневнике консультации: «На протяжении недели плохо спала, слышала детский плач, днем была напряжена и тревожна, стала сензитивной, временами раздражительной и вспыльчивой, разбрасывала вещи по дому. Объективно: Сензитивный синдром». После того, как по настоянию свекрови муж М.Б.Х. забрал у нее ребенка и отправил ее к родителям, зарегистрирована госпитализация, во время которой установлен синдром мании с идеями самоотношения семейного круга, без формирования параноидной систематизации. В ходе всех описанных эпизодов болезни достаточно четко очерчиваются смешанные депрессивные эпизоды и эпизод мании, которые обосновывают постановку диагноза биполярного аффективного расстройства.

К моменту судебно-психиатрического освидетельствования и во время последнего пребывания в психиатрической клинике не было зарегистрировано никаких шизофренических, депрессивных или манических симптомов. Кроме того, следует подчеркнуть, что требования МКБ-10 четко фиксируют, что «диагноз шизофрении не следует выносить при наличии выраженных депрессивных или манических симптомов, если не установлено, что шизофренические симптомы предшествовали появлению аффективных нарушений». Именно подобные симптомы доминировали в клинической картине М.Б.Х. при ее госпитализации в предшествовавший судебно-психиатрическому освидетельствованию период.

Одним из самых важных аргументов в пользу решения судебной экспертной комиссии являются данные психологического исследования, в ходе которого не было выявлено каких-либо патопсихологических признаков расстройств мыслительных операций (в том числе и расстройств мышления, патогномичных для шизофренического патопсихологического синдрома, который с высокой вероятностью должен был бы сформироваться в случае клинического диагноза шизофрении с наличием *устойчивого* дефицита). Кроме

того, не выявлены личностные изменения, которые высоковероятно могли бы сформироваться в случае относительно продолжительного (более 5 лет) формирования патопсихологической симптоматики при шизофрении. В процессе патопсихологического исследования выявлены колебания работоспособности на фоне сохранности процессов памяти, некоторое снижение интеллектуального функционирования, согласующееся с социальным опытом и образовательным цензом пациентки. В целом в результатах исследования пациентки не получено данных о хронических изменениях личности и конкретных психических функций, способных нарушить когнитивные процессы, психическую деятельность в целом и личностное функционирование, описываемые в клинических и статистических классификациях в качестве диагностических критериев шизофрении.

Клинико-психологический анализ случая

Определение способности к осуществлению родительских прав и обязанностей является одной из самых актуальных проблем судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизы [3, 7]. Классические основы оценки способности к осуществлению родительских прав и обязанностей описаны прежде всего в связи с определением «вменяемость», применяющимся прежде всего при оценке дееспособности родителей на основе анализа адекватности и выраженности родительских чувств и гармоничности личности родителя. Психиатрическая экспертиза назначается в случаях рассмотрения дел гражданского судопроизводства, в которых предмет правового спора и сам правовой спор связаны с «имеющим и осуществляющим родительские права» лицом, имеющим длительную физическую или душевную болезнь, при которой «поведение родителя представляет опасность для личности, воспитания, здоровья или имущественного положения детей» [8, ст. 131, ч. 1].

Текст закона определяет специфические подходы и рамки экспертного заключения.

Экспертиза должна опираться на диагноз имеющегося психического расстройства.

Не всякая, а только продолжительная душевная болезнь может являться основанием для признания нарушения способности к осуществлению родительских прав и обязанностей в связи с болезнью.

Поэтому необходимо раскрытие природы и тяжести симптомов болезни, их характера

воздействия, приводящих к формированию относительно специфического набора психических качеств, которые законодательно определены как способности к осуществлению родительских прав и обязанностей.

Рассматриваемый случай представляет собой пример того, что затруднения, вызванные ошибками в оценке статуса и в диагностике, могли бы привести к неправильным экспертным выводам. Вынесение диагноза шизофрении, не учитывающее диагностические указания МКБ-10 и необходимость динамического наблюдения после вынесенного превизорного диагноза, нанесло определенный вред М.Б.Х. Следование врачей ранее поставленному диагнозу шизофрении как определенной «самодеказательной данности» отражает определенную инертность врачебного мышления. Причины этого связаны с наличием побочных эффектов медикаментов, которые изменяют и в значительной степени унифицируют поведение больного. С другой стороны, любая «странность» и особенность поведения больного может быть принята за «сумасшествие» и может рассматриваться как вторично подкрепляющая этот диагноз. В описанном случае первичные симптомы невозможно верифицировать как шизофренические, персистирующие в определенный первичный эпизод заболевания, отсутствуют основания принимать наблюдаемые расстройства как шизофрению по критериям как МКБ-10, так и DSM-IV. В описании первичной истории болезни выделено, что мыслительный процесс разобщен до «словесной крошки»⁴ и протекает с гебефренической симптоматикой. В поведении пациентки имеются элементы кататонной истеро-возбудимости⁵, импульсивности действий. Не цитируются буквально высказывания больной, при этом остаются без описания так называемые гебефренические симптомы. В катанестическом исследовании установлено, что ранее описанная «словесная крошка» на самом деле представляет собой «вихрь идей»⁶, а кататонические симптомы, в случае их наличия, являются нозонеспецифическими. Особенно слабыми при прохождении экспертного клинического исследования медицинской документации являются описания так называемого «устойчивого дефици-

та», который, наиболее вероятно, является проявлениями прогрессирования негативной симптоматики и нейрокогнитивного дефицита. При актуальном экспертном исследовании М.Б.Х. эмоционально адекватна, синтонна, когнитивные способности в пределах сниженной нормы, соотносимой с ее социальным и образовательным статусом. На момент экспертного исследования у пациентки установлено биполярное аффективное расстройство второго типа с гипоманийными и депрессивными эпизодами, редуцированное до стадии доброкачественной ремиссии. Определяются следующие критерии биполярного расстройства по действующей классификации МКБ-10: «Расстройство характеризуется повторяющимися (как минимум, дважды) эпизодами, при которых настроение проявления активности являются существенно нарушенными, причем такие нарушения в некоторых случаях представлены в повышении настроения и увеличении энергичности и активности (мания или гипомания), а в других – в понижении настроения, энергии и активности (депрессия). Восстановление в период между эпизодами как правило полное, картина заболевания сходна у представителей обоих полов, в отличие от других расстройств настроения. Больные, страдающие от повторяющихся эпизодов мании, сравнительно редко отличаются по семейному анамнезу, преморбидным особенностям, возрасту начала заболевания и долгосрочному прогнозу от больных, которые на фоне мании имеют редкие депрессивные эпизоды, то есть классифицируются как пациенты с биполярным расстройством (F31.8). Эпизоды мании обыкновенно начинаются внезапно и продолжаются от 2 недель до 4–5 месяцев (средняя продолжительность около 4 месяцев). Депрессия имеет тенденцию к большей продолжительности (в среднем около 6 месяцев), но редко превышает срок в один год, особенно при увеличении выборки исследования. Эпизоды обеих форм расстройств настроения часто развиваются вследствие стрессовых жизненных событий и других психических травм, по сам факт наличия или отсутствия стресса не является существенным для диагноза этого расстройства. Первый эпизод может наступить в любом возрасте – от детского до пожилого. Частота эпизодов и характеристики периодов рецидива и ремиссии во многом изменчивы, количество ремиссий имеет тенденцию снижения с течением времени, а депрессии учащаются и продолжаются намного позже периода среднего воз-

⁴ В неформальной научной терминологии в болгарской психиатрии используется аналогичный термин «словесна салатата» (здесь и далее – примечание научных редакторов)

⁵ Болг. – «възбуда-маниеризъм».

⁶ Болг. – «идеен вихър».

раста. Расширенная комиссия экспертов после обсуждения данных анамнеза, медицинской документации, клинического психиатрического и экспериментально-психологического исследования М.Б.Х. и рассмотрения их соответствия критериям биполярного аффективного расстройства действующей классификации МКБ-10 единодушно пришла к мнению, что статус пациентки наиболее полно и адекватно соответствует этому заболеванию. Установлено, что эпизоды мании и гипомании чередовались с эпизодами депрессии и ремиссии, а ее актуальное состояние оценивается как ремиссия при биполярном аффективном расстройстве.

Специфическим разделом экспертизы являлась оценка прогноза способности к осуществлению родительских прав и обязанностей в перспективе. Тут уместно изучать факторы, неблагоприятно влияющие на возможности развития болезни и определить конкретные предложения по оценке при эвентуальной эскалации или релапса заболевания применительно к решению задач судебной психолого-психиатрической экспертизы способности к осуществлению родительских прав и обязанностей.

Заключение

Диагностические оценки в процессе лечения иногда могут и часто являются полезными при проведении судебной экспертной оценки клинических случаев. В некоторых случаях они подтверждают либо дают ошибочную информацию об освидетельствуемом лице. С другой стороны, биполярное аффективное расстройство является сложным для диагностики заболеванием, имеющим различные формы и фазы протекания, при которых оценка способности к осуществлению родительских прав и обязанностей может варьировать в достаточно широких границах. Экспертиза способности к осуществлению родительских прав и обязанностей должна исследовать и уточнять данные о первичном диагнозе заболевания, его продолжительности, проявлениях и течении, характере и проявлениях психических нарушений, а также возможности прогноза и определения негативного воздействия поведения на родительские функции и обязанности [9, 10]. Эксперты исследуют и ограничивают в обоснованном заключении степень, до которой определенная болезнь влияет или может влиять на поведение конкретного лица до уровня, способного причинить вред формированию личности, нарушать

его здоровье и воспитание (посредством неподходящего личного примера или недостаточного ухода за ребенком), либо его способности создать материальный достаток ребенку или обеспечить его необходимым имуществом.

Литература⁷

1. Граждански процесуален кодекс. Последна актуализация в ДВ, бр. 99 от 16.12.2011 г. С., „Нова звезда“, 2012 г.

2. Диагностичен и статистически наръчнк 4-та ревизия. Превод на български Веселин Тенев. 1993 год. (Американска психиатрична асоциация). 2007 год. (Българска версия, Българска психиатрична асоциация). Изд. „Изток-Запад“.

3. Дончев П. Съдебна психиатрия, 1997 год., Медицина и физкултура.

4. Дончев П. Ръководство по съдебна психиатрия, Второ допълнително и преработено издание, С., „Д-р. Иван Богоров“, 2006 г.

5. Международна класификация на болестите 10-та ревизия. Световна здравна организация, 1993 год.

6. Маринов П. Шизофренията. София, Изд. АСЯ, 2010 год (248–249).

7. Маринов П., Велинов В. Практическа психиатрия. Втори том: Съдебна психиатрия. София, Изд. АСЯ, 2009 год.

8. Семейен кодекс, обн., ДВ, бр. 47 от 23.06.2009 г. и последно изм. и доп., бр. 100 от 21.12.2010 г. С., „Нова звезда“, 2012 г.

9. Стоименов Й., Рачев И. Основи на съдебно-психиатричната теория и практика. С., Мед. и физк., 1979 г.

10. Стоименов Й. и др. Съдебна психиатрия. С., Акад. изд. „Марин Дринов“, 2003г.

11. Закон за лицата и семейството, обн., ДВ, бр.182 от 09.08.1949г. (изм. – изв., бр.89 от 1953 и последно изм. бр. 120 от 29.12.2002 г.). „Нова звезда“, 2010 г.

12. Рачев, Ив. Нищожност на брака и развод при психично болни. Плевен, изд. „ЕА“ 1994 г.

13. Costea G., Bulgaru-Iliescu D. Dilemmas in forensic psychiatric expertise activity and sources of errors of the report conclusions. In: Forensic psychiatric expertise. Interdisciplinary approach. Bulgaru-Iliescu D, Costea G et l., eds., Timpul, Iasi, 2013, (651–658).

⁷ Перечень процитированных в статье литературных источников представлен с сохранением оформления автора статьи.

Аделина Джорджанова, судебный психиатр отделения судебной психиатрии, Первая психиатрическая клиника, многопрофильная больница активного лечения (МБАЛ) «Света Марина», г. Варна, Республика Болгария, adelina.jordjanova@abv.bg

Добринка Радойнова, доктор медицины, руководитель кафедры судебной медицины и деонтологии, Варненский медицинский университет, г. Варна, Республика Болгария, dradoinova@mail.bg

Калоян Куков, доктор психологии, клинический психолог многопрофильной больницы активного лечения (МБАЛ) «Света Марина», г. Варна, Республика Болгария, kalojan_pl@yahoo.com

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА ЖЕНА С БИПОЛЯРНО АФЕКТИВНО РАЗСРОЙСТВО И ОЦЕНКА НА РОДИТЕЛСКА ГОДНОСТ: КЛИНИКОЕКСПЕРТНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА.

Аделина Джорджанова, психиатър и съдебен психиатър, Отделение по съдебна психиатрия, Първа психиатрична клиника, МБАЛ „Св. Марина“, гр. Варна, adelina.jordjanova@abv.bg

Добринка Радойнова, ръководител на Катедрата по съдебна медицина и деонтология към МУ-Варна, Първа психиатрична клиника, МБАЛ „Св. Марина“, гр. Варна, dradoinova@mail.bg

Калоян Куков, доктор по психология, клиничен психолог, МБАЛ „Св. Марина“, гр. Варна, kalojan_pl@yahoo.com

Описана е експертна оценка на клинично-психологичен казус на млада жена, която е била многократно хоспитализирана в психиатрични стационари с диагноза параноидна шизофрения, във връзка с възможностите ѝ по отношение на родителската ѝ годност и определянето на местоживеенето на детето след развода на родителите. Описаните в публикацията материали на детайлната клинична и клинично-психологична оценка не потвърждават поставената диагноза параноидна шизофрения. Подекспертната страда от биполярно афективно разстройство, понастоящем в ремисия по време на комплексното освидетелстване, което не нарушава базисните ѝ психични годности и не я лишава от правото да полага адекватни грижи за детето си. Представени са клинични и експертни критерии, които залягат в основата на промяната на поставената на по-ранен етап диагноза и определящи родителската ѝ годност. Такива критерии са следните: анамнестични данни за налични епизоди на биполярно афективно разстройство; неадекватна квалификация на диагностицирането, което не се основава на критериите на Международната класификация на болестите – 10 ревизия; грешки в тактиката на предварително поставената диагноза параноидна шизофрения, вместо превизорната диагноза: остро полиморфно шизофреноподобно разстройство, което изисква последващо динамично наблюдение; отсъствието на адекватна оценка в описаната медицинска документация спонтанна ремисия, която не е характерна за разстройство от шизофрениния спектър, на фона на неприлагането на адекватна психофармакотерапия, специфична за това разстройство; последващите хоспитализации, проведени в психиатрично отделение по местоживеене, по време на които не са били регистрирани симптоми, които да потвърдят поставената диагноза; мултиплицираната диагноза, която първоначално е била поставена в университетска клиника и е била потвърдена в психиатрично отделение. Представените клиничен статус по време на експертното изследване, клинично-психологичното изследване, критическия анализ на клинично-анамнестичните данни са убедителни аргументи по отношение на последно поставената диагноза и тяхното изложение лежи в експертното заключение и в последвалото съдебно решение в полза на родителската годност на младата майка. Описаният от авторите случай е даден като пример-грешка в клинично-експертната оценка, което би трябвало да се изучава от студентите и от специалистите с цел превенция от подобни грешки.

Ключови думи: параноидна шизофрения, биполярно афективно разстройство, дееспособност, родителска годност и лекарски грешки.

CLINICAL-EXPERT BASE FOR EVALUATION OF THE ABILITY OF THE BASE OF PARENTAL RIGHTS BY THE WOMAN WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

A. Djordjanova, Department of Forensic Psychiatry, University Hospital St. Marina, Varna, Republic of Bulgaria, adelina.jordjanova@abv.bg

D. Radoinova, Department of Forensic Medicine, Medical University, Varna, Republic of Bulgaria, dradoinova@mail.bg

K. Kukov, Clinic St. Marina, Varna, Republic of Bulgaria, kalojan_pl@yahoo.com

This is a description of an expert assessment of clinical psychological case study of a young woman, who has been repeatedly hospitalized in psychiatric hospitals with a diagnosis of paranoid schizophrenia, in relation to her potential in terms of her parental fitness and determination of the child's residence after the parents' divorce. Materials described in the publication of detailed clinical and psychological assessment does not confirm the diagnosis paranoid schizophrenia. The woman suffers from bipolar disorder, currently in remission during the complex certification, that does not distort her primary psychological suitabilities and does not deprives her of the right to take an appropriate care of her child. We present clinical and expert criteria that have become the basis of the change of the earlier diagnosis and determine her parental fitness. These criteria are as follows: a case history data pointing the presence of episodes of bipolar affective disorder; inadequate qualification of diagnosis, which is not based on the criteria of the International Classification of Diseases – 10th revision; errors in the tactics of the predetermined diagnosis paranoid schizophrenia instead a working diagnosis: acute polymorphic psychotic disorder with symptoms of schizophrenia, that requires further dynamic monitoring; the lack of adequate assessment described in medical records of spontaneous remission, which is not typical for the schizophrenia spectrum, given the failure of establishing appropriate psychopharmacological therapy; the subsequent hospitalizations held in psychiatric ward of residence, during which symptoms confirming the diagnosis were not recorded; the multiplied diagnosis which was originally made at University Clinic and has been confirmed in a psychiatric ward. The clinical status during the expert examination, the clinical and psychological research, the critical analysis of data of clinical history and convincing arguments to the last diagnosis and their exposure lies in the expert's report and the subsequent judgment in favor of the parental fitness of the young mother. Described by the authors as a case example of error in clinical expertise, which should be studied by students and professionals favoring the prevention of such errors in the future.

Keywords: paranoid schizophrenia, bipolar affective disorder, capacity, ability to exercise of parental rights.

Поступила в редакцию 28 августа 2013 г.