



Возможности нейропсихологической диагностики психических расстройств в практике судебной психиатрии

В.В. Вандыш-Бубко¹, Ю.В. Микадзе^{2,3}, Д.А. Пилечев¹, Д.В. Велисевич¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Москва

² ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»; Россия, г. Москва

³ ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» Федерального медико-биологического агентства Российской Федерации; Россия, г. Москва

РЕЗЮМЕ

Цель обзора: на основе анализа классических и современных эмпирических исследований, проведенных с использованием психометрических и нейровизуализационных методов, обосновать возможность применения нейропсихологической оценки когнитивных нарушений при некоторых актуальных в судебной психиатрии психических расстройствах.

Основные положения. Биопсихосоциальная природа нарушений, возникающих при психической патологии, может рассматриваться как методологическая основа для выбора диагностических процедур разной направленности при изучении психических расстройств. Анализ биологических и психологических аспектов при таком подходе может быть связан с диагностикой нейрокогнитивных нарушений. Термин «нейрокогнитивные расстройства», означающий нарушение познавательных функций, приводящее к расстройству реализации профессиональных, социальных и бытовых функций, все чаще используется в совместной деятельности психиатров и психологов, а в ближайшее время будет официально включен в рубрику диагностируемых расстройств Международной классификации болезней 11-го пересмотра. Рассматривается обоснованность внедрения операциональных методов оценки когнитивных функций, в частности нейропсихологического обследования, в практику судебной психиатрии для обеспечения валидности экспертных выводов при оценке психических расстройств пограничного уровня.

Заключение. Применение нейропсихологических методов оценки когнитивных нарушений в психиатрической практике, в частности в судебно-психиатрической экспертизе, является перспективным для выявления структуры актуальных нарушений когнитивных функций с возможностью топического диагноза обнаруженных дисфункций и дименсиональной оценки выраженности нейрокогнитивных нарушений.
Ключевые слова: нейропсихология, когнитивные функции, органическое психическое расстройство, перспективы экспертной оценки.

Вклад авторов: Вандыш-Бубко В.В., Микадзе Ю.В. — проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации; Пилечев Д.А. — обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи; Велисевич Д.В. — написание текста рукописи.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Вандыш-Бубко В.В., Микадзе Ю.В., Пилечев Д.А., Велисевич Д.В. Возможности нейропсихологической диагностики психических расстройств в практике судебной психиатрии. Доктор.Ру. 2021; 20(9): 60–65. DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-9-60-65



Neuropsychological Diagnostics of Mental Disorders in Forensic Psychiatry

V.V. Vandysch-Bubko¹, Yu.V. Mikadze^{2,3}, D.A. Pilechev¹, D.V. Velisevich¹

¹ V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology (a Federal Government-funded Institution), Russian Federation Ministry of Health; 23 Kropotkinsky Pereulok, Moscow, Russian Federation 119034

² Lomonosov Moscow State University; 11 Mokhovaya St., Bld. 9, Moscow, Russian Federation 125009

³ Federal Centre for Brain and Neurotechnologies of the Federal Medical and Biological Agency of the Russian Federation; 1/10 Ostrovityanova Str., Moscow, Russian Federation 117513

ABSTRACT

Objective of the Review: To justify possible use of neuropsychological assessment of cognitive impairments in some most common mental disorders encountered in forensic psychiatry, using analysis of the classic and modern empiric studies conducted with the help of psychometric and brain imaging methods.

Вандыш-Бубко Василий Васильевич — д. м. н., профессор, главный научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 119034, Россия, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. eLIBRARY.RU SPIN: 9726-6825. E-mail: vandysch@mail.ru

Микадзе Юрий Владимирович — д. психол. н., профессор кафедры нейро- и патопсихологии ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова»; ведущий научный сотрудник ФГБУ ФЦМН ФМБА России. 117513, Россия, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 10. eLIBRARY.RU SPIN: 7799-8969. <https://orcid.org/0000-0001-8137-9611>. E-mail: ymikadze@yandex.ru

Пилечев Дмитрий Анатольевич (автор для переписки) — научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 119034, Россия, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. eLIBRARY.RU SPIN: 6418-6527. E-mail: pilechev.d@yandex.ru

Велисевич Дарья Владимировна — аспирант отделения экзогенных психических расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 119034, Россия, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23. eLIBRARY.RU SPIN: 3628-5120. E-mail: darya-t@yandex.ru

Key Points. The biopsychological and social nature of disorders associated with a mental pathology can form the methodological basis to choose various diagnostic procedures to study mental disorders. Analysis of biological and psychological aspects within such an approach can be associated with diagnostics of neurocognitive impairments. The term “neurocognitive impairments”, meaning cognitive disorders causing impaired fulfilment of professional, social and community functions, is now commonly used by psychiatrists and psychologists, and soon it will be officially included into diagnosable disorders of the International Classification of Diseases, revision 11. The article discusses justification of introduction of operational methods to assess cognitive dysfunction, in particular of neuropsychological assessment, into forensic psychiatry to ensure that expert conclusions made during borderline mental disorder assessment are valid.

Conclusion. The use of neuropsychological methods for cognitive disorder assessment in psychiatry, especially in forensic examinations, is a promising tool for identification of actual cognitive impairments with the possibility to locally diagnose dysfunctions and dimensionally assess the intensity of neurocognitive disorders.

Keywords: neuropsychology, cognitive functions, organic mental disorders, expert assessment outlooks.

Contributions: Vandysh-Bubko, V.V. and Mikadze, Yu.V. — review of critically important material, approval of the manuscript for publication; Pilechev, D.A. — review of thematic publications, text of the article; Velisevich, D.V. — text of the article.

Conflict of interest: The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For citation: Vandysh-Bubko V.V., Mikadze Yu.V., Pilechev D.A., Velisevich D.V. Neuropsychological Diagnostics of Mental Disorders in Forensic Psychiatry. Doctor.Ru. 2021; 20(9): 60–65. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-9-60-65

Отечественная нейропсихология, в которой был разработан метод качественного синдромного анализа расстройств психических функций и топической диагностики поврежденных или дисфункциональных зон мозга, начала развиваться в середине 1900-х годов [1], в частности в работах А.Р. Лурии [2–4]. Появление во второй половине прошлого века методов нейровизуализации мозга сняло необходимость использования нейропсихологического тестирования для определения топика мозгового повреждения; его основная задача переместилась в область объективной качественной и количественной оценки расстройств когнитивных функций, прогнозирования функционирования пациентов в повседневной жизни [5].

В области неврологии и нейрохирургии междисциплинарное взаимодействие врачей с нейропсихологом существенно не изменилось, но появились новые клинические области применения нейропсихологии. Развитие биопсихосоциального подхода к патогенетическим механизмам эндогенных психических заболеваний привело к возникновению термина «нейрокогнитивные расстройства», который все чаще используется в совместной деятельности психиатров и психологов [6], а в ближайшее время будет официально включен в рубрику диагностируемых расстройств МКБ-11 [7, 8].

В рамках нейропсихологического подхода становится возможным понять или интерпретировать расстройства познавательной (когнитивной) сферы в связи с изменениями работы мозга и его отдельных структур. В поле зрения нейропсихологов оказались такие заболевания, как деменция позднего возраста, шизофрения, депрессия и другие группы психических расстройств. Закономерно, что акцент сместился с топической на функциональную диагностику особенностей познавательной деятельности.

Цель нашего обзора — на основе анализа классических и современных эмпирических исследований, проведенных с использованием психометрических и нейровизуализационных методов, обосновать возможность применения нейропсихологической оценки когнитивных нарушений при некоторых актуальных в судебной психиатрии психических расстройствах

Отечественное направление нейропсихологии создавалось А.Р. Лурией [3, 4] на основе анализа специфичности расстройства психических функций при разных по локализации (ограниченных) поражениях мозга. Обращение к системным расстройствам мозга, приводящим к сочетанной дисфункции разных мозговых структур, увеличило актуальность и наполнило новым клиническим содержанием структур-

но-функциональную модель интегративной работы мозга [4]. Это проявилось в создании нейропсихологических методик, ориентированных на общую оценку функционального статуса человека, то есть на применение субтестов, относящихся к анализу состояния разных когнитивных функций и разных мозговых систем. Новой задачей для нейропсихологической диагностики в этом случае оказывается оценка продромального состояния когнитивных функций, которое предшествует наступающим мозговым изменениям и обнаруживается на функциональном уровне (опережающая диагностика).

Зарубежная практика включения нейропсихологического заключения в судебно-медицинскую экспертизу связана с высоким уровнем нейроратологических отклонений у подэкспертных. Задачи: выявить актуальное состояние когнитивной сферы, дать поведенческий прогноз.

Определенное место занимает практика предоставления нейропсихологических доказательств и заключений. Оценка когнитивного функционирования может иметь решающее значение при решении широкого круга психолого-юридических вопросов. Хотя большинство судебных экспертиз нейропсихологов в первые годы развития этой области знания были связаны с гражданскими процессами, возможности судебно-медицинской экспертизы расширились, включив и криминальную область.

Результаты национального опроса сертифицированных нейропсихологов США показали, что 4% проводимых нейропсихологических исследований относятся к сфере криминалистики. Внимание уделяется в основном развивающейся области судебной нейропсихологии при оценке правонарушений, связанных с насилием, в частности нейропсихологическим и неврологическим факторам риска насильственных преступлений и преступлений сексуального характера, особенно при оценке внимания, исполнительных функций [9].

По некоторым данным, 46–50% судебных психологов используют ту или иную форму нейропсихологической оценки в досудебном процессе. Профессиональные опросы показывают, что участие в судебно-медицинской экспертизе стало обычной частью профессиональной практики клинических нейропсихологов в Западной Европе и США.

Различные аспекты судебной нейропсихологии стали обсуждаться в нейропсихологической литературе, на соответствующих профессиональных форумах [10]. Частично это может быть обусловлено растущим осознанием высокого уровня неврологических отклонений среди криминального контингента, более глубоким пониманием влияния мозговых

дисфункций на поведение, в частности преступное, а также связанных с ним правовых последствий.

Нейропсихологическая оценка может предоставить информацию об актуальном состоянии познавательной деятельности (актуальном статусе) и определить риск развития нарушений, имеющих психолого-правовые последствия. Становится возможным установить связь между результатами нейропсихологического обследования и поведением человека, предсказать (прогнозировать) поведенческие и социальные проявления и дисфункции на основе выявленных неврологических когнитивных расстройств.

Обоснование экспертных выводов при судебно-психиатрическом освидетельствовании, как известно, осуществляется последовательно, в соответствии с задачами его этапов. На первом из них, в случае выявления психического расстройства как такового, дается оценка его базисных клинико-психопатологических параметров — этиологии, экспертно приоритетного синдрома, значимых для экспертной оценки параметров, клинической динамики. Традиционный качественный принцип диагностики предполагает на этом этапе обоснование определенных категорий, в частности соответствующих требованиям медицинского критерия формулы невменяемости — хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие, иное расстройство. Практика показывает, что возможности нейропсихологического исследования в этом диагностическом процессе в силу ряда причин (в том числе псевдопрагматических установок клиницистов) используются недостаточно, что может снижать валидность экспертного заключения.

ВИДЫ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ МОЗГА, КОТОРЫЕ МОГУТ ИМЕТЬ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ. ХАРАКТЕР КОГНИТИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ПЕРЕЧЕНЬ МОЗГОВЫХ СТРУКТУР, ВОВЛЕКАЕМЫХ В ОРГАНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ

Перспективным для практической реализации междисциплинарного (клинико-психопатологического/нейропсихологического) диагностического подхода является актуальное в судебной психиатрии органическое психическое расстройство [11, 12]. Отмеченные преимущества нейропсихологического исследования — совмещение возможностей топической диагностики и оценки на функциональном уровне — могут быть реализованы при экспертной квалификации данной патологии — континуума сопряженных по тяжести последствий органического поражения головного мозга. Это могут быть разные по тяжести формы патологии мозга и их последствия для нейрокогнитивного функционирования, среди которых выделяются органическое расстройство личности (ОРЛ), легкое когнитивное расстройство (ЛКР).

ОРЛ характеризуется значительными изменениями личности индивида с точки зрения аффекта, поведения и познавательных функций, обусловленными органическим повреждением мозга. Частота встречаемости ОРЛ среди подэкспертных составляет около 34,6% [13].

ОРЛ — это традиционная диагностическая категория, используемая для учета расстройств личности после черепно-мозговых травм (ЧМТ) различной степени тяжести, которые являются наиболее распространенным вариантом церебральной органической патологии. Тяжесть ЧМТ тесно связана с частотой возникновения ОРЛ, а также влияет на клинические особенности последнего, что имеет определенное значение при судебно-психиатрической оценке. Среди

пациентов с умеренными и тяжелыми ЧМТ распространенность ОРЛ составляет 34,9% и 49,5% соответственно, что значительно выше, чем у пациентов с легкими ЧМТ (18,7%).

Нейропсихологическая оценка, как правило, выявляет средний уровень интеллектуального функционирования у данной категории больных. В то же время отмечаются значительное снижение скорости обработки информации, устойчивости внимания, управляющих функций, ухудшение слухоречевой и зрительной памяти, зрительно-моторной координации и зрительно-пространственного моделирования [14, 15]. Нейропсихологический анализ дефицитарных явлений у пациентов с ОРЛ указывает на диффузное поражение головного мозга с участием в первую очередь лобной, теменной и височной долей.

Нейропсихологическая оценка управляющих функций у пациентов с ОРЛ (при ЧМТ) показала, что при декларативном осознании собственных когнитивных дефицитов в ряде случаев это осознание либо было недоступно пациентам в ситуации непосредственного принятия решения, либо не могло быть своевременно интегрировано в процесс обдумывания при решении различных задач [16], также отмечается снижение способности отстраняться от непосредственных сигналов и стимулов, тем самым откладывая свою поведенческую реакцию, предоставляя себе время для обдумывания и адекватного реагирования.

Таким образом, лица с ОРЛ демонстрируют неспособность подавить не опосредованные размышлением непосредственные поведенческие реакции в ответ на воспринимаемый стимул из внешней или внутренней среды [17]. Им также трудно прервать (переклечь) процесс обдумывания, чтобы вернуться к непосредственной ситуации (например, при обычном выборе «что выпить: чай или горячий шоколад?»), что может приводить к парализующим и неразрешимым циклам процессов обдумывания. У лиц с ОРЛ отмечаются нарушения способности к нормативной ориентации в условиях конкретной ситуации, неспособность прогнозировать результат действия в процессе принятия решения. Это не означает, что ситуация принятия решения является для них нормативно «пустой», но скорее то, что важные нормативные смыслы ситуации осознаются ими уже после принятия решения — «я не понимаю, пока не станет слишком поздно» [18].

Наблюдаемая «лобная» симптоматика у пациентов с ОРЛ часто возникает в результате травмы, неоплазмы, нарушения мозгового кровообращения, нейродегенеративных заболеваний, инфекции ЦНС и других нарушений, сопровождаемых изменением черт характера и поведения пациента.

Заинтересованность лобных долей может обуславливать высокие показатели психических отклонений, наблюдаемые у совершивших насильственные правонарушения, и указанные отклонения имеют разнообразные проявления в зависимости от локализации патологического процесса. При орбитомедиальной и орбитофронтальной локализации патологического процесса нарушения психических функций могут быть представлены конфабуляциями, амнезией, расторможенностью, изменениями личности в виде склонности к шуткам, ребячеству, сексуальной расторможенности, агрессии и проявлениям насилия; при поражении префронтальной области отмечается более выраженная импульсивность, сочетающаяся с агрессивным поведением.

При дорсолатеральной локализации патологического процесса у больных наблюдаются апатия, нестабильность способности к саморегуляции, контроля побуждений (импульсов). Зафиксированы также изменения в функционировании

структур лимбической системы, особенно миндалин, проявляющиеся в нарушениях базовых эмоциональных процессов [19]. В то же время достоверных подтверждений прямой связи дисфункции лобных долей с совершением агрессивных общественно опасных деяний в доступной литературе нет.

Пограничное расстройство личности (ПРЛ): при нейропсихологическом обследовании лиц с ПРЛ выявлен дефицит в широком спектре когнитивных областей, включая внимание, когнитивную гибкость, память, управляющие функции, планирование, обработку информации и зрительно-пространственные функции, слухоречевую память и беглость речи, а также снижение скорости психомоторной реакции и координации, когда на первый план выходят трудности подавления непосредственных импульсивных реакций, что проявляется не только при прохождении тестов, но и в поведении [20]. Нарушения управляющих функций, связанные с импульсивностью при психических расстройствах пограничного уровня, характеризуются быстрой незапланированной реакцией на стимул до полной обработки воспринимаемой информации, отсутствием учета долгосрочных последствий, снижением чувствительности к негативным последствиям поведения.

Результаты нейропсихологического тестирования лиц с ПРЛ обнаруживают связь между высокими показателями первичной психопатии и дефицитом управляющих функций [21]. Высказано предположение, что общее ухудшение познавательных функций способствует не только развитию, но и хронизации ПРЛ [22].

ПРЛ — актуальная в судебной психиатрии категория в силу специфики облигатных расстройств, она близко примыкает по своим клиническим характеристикам, их влиянию на повседневное функционирование к ОРЛ.

ЛКР — также актуальная в психиатрии категория расстройств, при которых нарушения когнитивных функций уже очевидны, но еще не имеют достаточной степени выраженности симптомов уровня деменции [23, 24], которые могут быть подтверждены в результате нейропсихологического обследования [25]. Это важно, поскольку при тестировании по скрининговым шкалам — по Краткой шкале оценки психического статуса и Шкале активности повседневной жизни — показатели у таких пациентов могут быть в пределах нормы [26].

Выделяют несколько подтипов ЛКР, при которых отмечаются нарушения памяти, управляющих функций, речи, зрительно-пространственного восприятия [27]. Один из вариантов ЛКР представлен преимущественно амнестическим синдромом и сочетанными нарушениями [28] и характеризуется субъективными жалобами на память с ухудшением выполнения соответствующих тестов (в соответствии с возрастом), эпизодической, слухоречевой памяти (или снижением по модально-неспецифическому типу) на фоне относительной сохранности общего когнитивного функционирования. При этом пациенты часто осознают имеющийся у них дефицит, активно применяют компенсаторные стратегии для его преодоления, сохраняют способность адекватно оценивать окружающие условия при решении повседневных задач, у них отмечается ухудшение способности к абстрактному мышлению [29]. Обычно амнестические расстройства сочетаются с другими когнитивными нарушениями — речевыми, дефицитом внимания.

При амнестических вариантах ЛКР наблюдаемые когнитивные дефициты ассоциируются с дисфункцией таких отделов и структур головного мозга, как медиальная височная

доля, средняя височная извилина, гиппокамп и веретеновидная извилина, задняя поясная извилина [30]. При хроническом течении амнестического варианта ЛКР отмечается расширение борозд, особенно в верхней лобной и верхней височной областях; патологический процесс может распространяться на весь гиппокамп, височно-теменную область, миндалину и даже лобные доли.

Как уже было отмечено, синдром ЛКР затрагивает несколько сфер когнитивной деятельности [31]. Нарушение управляющих функций также признано относительно распространенным у данной категории больных и может служить предиктором развития деменции, а также сопутствующих нарушений — апатии [32], анозогнозии [33, 34]. Дезрегуляторный вариант ЛКР характеризуется такими нарушениями познавательной деятельности, как дефицит внимания и контроля психической деятельности, ухудшение рабочей памяти в общем ряду с нарушениями вербальной и зрительной памяти.

Дефицит управляющих функций (в частности планирования, рабочей памяти) обнаружен в той или иной степени выраженности во всех подгруппах ЛКР, даже при однодомном амнестическом варианте, что может свидетельствовать о сложной взаимосвязи между памятью и управляющими функциями с более выраженным дефицитом последних у испытуемых со смешанным субтипом ЛКР [35].

У лиц с преимущественно амнестическим подтипом ЛКР наблюдаются трудности планирования и создания собственного плана действия и следования ему, обусловленные нарушениями управляющих функций, и вторичные трудности реализации зрительно-пространственных функций. Пациенты со смешанным или преимущественно дезрегуляторным вариантом ЛКР отличаются дефицитом идентификации эмоционального содержания лиц у других людей, трудностями понимания контекста ситуации, что может приводить к нарушению социального взаимодействия и трудностям межличностной коммуникации.

Отмечается ассоциация ухудшения таких показателей управляющих функций, как торможение/переключение, с дисфункцией верхней и средней лобной коры, латеральной/медиальной орбитофронтальной и ретроспленальной коры, а толщина каудальной средней лобной коры связана с вниманием и разделенным вниманием. Эпизодическая память и управляющие функции связаны с активностью лобных областей.

У людей с более выраженным дефицитом управляющих функций при ЛКР наблюдается истончение в дорсолатеральной (с двух сторон), префронтальной областях и задней поясной извилине, также у них выражена радиальная и средняя диффузность белого вещества в областях, лежащих под медиальной орбитофронтальной, ростральной средней лобной, каудальной передней и задней поясной извилинами [36].

В подгруппе ЛКР с более выраженным дефицитом управляющих функций и снижением скорости обработки информации уровень нарушений белого вещества значительно выше, чем при ЛКР других подгрупп.

Структурные изменения при ЛКР могут встречаться при различных нейродегенеративных и хронических вариантах сосудистой патологии. В целом изменения белого вещества при различных вариантах ЛКР отмечаются в таких мозговых структурах, как гиппокамп, ядра таламуса, поясная извилина, парагиппокампальная область, височные, лобные и теменные доли, что свидетельствует о диффузных поражениях, лежащих в основе нейрокогнитивного снижения при ЛКР [26].

Депрессия как расстройство репрезентации и регуляции настроения и эмоций с разнообразным набором симптомов (апатия, грусть, усталость, нарушение сна, изменение пищевого поведения, суицидальные мысли) широко изучается с точки зрения нейробиологии. Нейрокогнитивные нарушения у людей, страдающих депрессией, могут иметь различную природу. Депрессивное расстройство считается частым сопутствующим заболеванием при органических психических расстройствах, в частности в клинике последствий ЧМТ.

В течение первых трех месяцев после легкой ЧМТ, по результатам нейропсихологического обследования, у пациентов отмечаются снижение внимания и скорости обработки информации, запоминания новой информации и ухудшение управляющих функций (переключения, торможения, рабочей памяти) [37]. В свою очередь, дифференциальная оценка познавательной деятельности при ЧМТ может быть осложнена эпизодами сопутствующей депрессии. От 15% до 52% пациентов с легкой ЧМТ имеют клинически значимые симптомы депрессивного расстройства в течение первого года после травмы [37, 38].

Депрессия при ЧМТ, как полагают, усугубляет возникающие когнитивные нарушения [39]. При легких или умеренных ЧМТ при наличии сопутствующей депрессии через 7 месяцев после травмы показатели нейропсихологического тестирования оказались в целом хуже по таким параметрам познавательной деятельности, как скорость обработки информации, рабочая и эпизодическая память и управляющие функции, чем у пациентов с ЧМТ, но без признаков сопутствующей депрессии. Наличие депрессии при ЧМТ значимо коррелировало с худшими когнитивными показателями (скорости обработки информации и управляющих функций, но не с эпизодической памятью) через год после травмы [40].

В то же время у пациентов с генерализованным депрессивным расстройством (без травмы) при нейропсихологическом тестировании также выявлены дефицит внимания, снижение скорости обработки информации, ухудшение управляющих

функций, способности к обучению новой информации, памяти, наблюдаемые прежде всего в активной фазе заболевания. Когнитивные расстройства при депрессии характеризуются нарушениями управляющих функций и дефицитом внимания.

Нейрофизиологические исследования у лиц с депрессивным расстройством показали фоновое повышение активации в дорсальной префронтальной коре и передней поясной извилине, именно в тех областях, которые принято считать субстратом произвольного внимания у здоровых людей [41]. Депрессия может повлиять на функционирование мозга и, как следствие, способствовать нарушению познавательной деятельности; также изменения функционирования в головном мозге могут привести к появлению сопутствующей депрессии. В настоящее время считается более вероятным, что связь между этими переменными является сложной и разнонаправленной.

При нейропсихологическом обследовании пациентов с депрессией важно учитывать снижение усилий, которые они прикладывают при выполнении проб и тестов [42], поскольку существует связь между симптомами психического расстройства и нейрокогнитивными показателями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нейропсихолог может произвести системный анализ нарушений высших психических функций с целью решения следующих задач в контексте судебно-психиатрической экспертизы: определение уровня нарушений психических функций (первичного дефекта и его системного влияния); установление причин аномального психического функционирования; оценку динамики состояния психического функционирования; дименсиональную оценку (возможность не только качественной, но и количественной объективизации выраженности наблюдаемых нарушений) [43–45]. При необходимости возможна и постановка топического диагноза, указывающего на функциональную недостаточность или повреждение мозговых структур.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Boone K.B. *Forensic neuropsychology. Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. 2017; 1: 769–78.
- Лурия А.Р. *Травматическая афазия: клиника, семиотика и восстановительная терапия*. М.: Управление делами Совета Министров СССР; 1947. 368 с. [Luriya A.R. *Traumatic aphasia: clinical manifestations, symptomatology, and restorative treatment*. М.: Council of Ministers Administration of the USSR; 1947. 368 p. (in Russian)]
- Лурия А.Р. *Высшие корковые функции человека*. СПб.: Питер; 2018. 768 с. [Luriya A.R. *Higher cortical functions of humans*. SPb.: Piter; 2018. 768 p. (in Russian)]
- Лурия А.Р. *Основы нейропсихологии: учебное пособие для студентов высших учебных заведений*. М.: Академия; 2003. Т. 3. 384 с. [Luriya A.R. *Neuropsychology fundamentals: a study guide for university students*. М.: Akademia; 2003. Vol. 3. 384 p. (in Russian)]
- Gust T, Boone K.B., ed. *Assessment of feigned cognitive impairment: a neuropsychological perspective*. *J. Police. Crim. Psych.* 2009; 24(1): 61–5. DOI: 10.1007/s11896-008-9038-3
- Левин О.С. *Преддементные нейрокогнитивные нарушения у пожилых. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2019; 119(9): 10–17. [Levin O.S. *Predementia neurocognitive impairment in the elderly*. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. Special issues*. 2019; 119(9): 10–17. (in Russian)]. DOI: 10.17116/jnevro201911909210
- Гейдешман С.Ю., Шарафетдинова Ж.А. *Новое в психиатрическом освидетельствовании в рамках перехода на МКБ-11. В кн.: Сборник материалов научно-практической конференции по актуальным проблемам медико-социальной экспертизы*. М.; 2020: 179. [Geideshman S.Yu., Sharafetdinova Zh.A. *Novelties in psychiatric examinations during transition to ICD-11*. In: *Proceedings*

of the scientific and practical conference in the topical issues of medical and social assessment. М.; 2020: 179. (in Russian)]

- Вандыш-Бубко В.В. *Органическое психическое расстройство: судебно-психиатрический диагноз. Судебная психиатрия: современные проблемы теории и практики (диагностика, экспертиза, профилактика)*. 2018: 36–8. [Vandysh-Bubko V.V. *Organic mental disorder: forensic psychiatry diagnosis. Forensic psychiatry: present theoretical and practical problems (diagnosis, examination, prevention)*. 2018: 36–8. (in Russian)]
- Fabian J.M. *Forensic neuropsychology and violence: neuroscientific and legal implications*. In: Beech A.R., Carter A.J., Mann R.E. et al., eds. *The Wiley Blackwell handbook of forensic neuroscience*. 2018: 837–87. DOI: 10.1002/9781118650868.ch32
- Sweet J.J., Kaufmann P.M., Ecklund-Johnson E. et al. *Forensic neuropsychology: an overview of issues, admissibility, and directions*. In: Morgan J.E., Ricker J.H., eds. *Textbook of clinical neuropsychology*. Taylor & Francis; 2017.
- Вандыш-Бубко В.В., Пилечев Д.А. *Клинико-нейропсихологические корреляции в системе критериев судебно-психиатрической оценки органического психического расстройства. Психическое здоровье*. 2020; 10: 9–13. [Vandysh-Bubko V.V., Pilechev D.A. *Clinical-neuropsychological correlations in the system of criteria of forensic-psychiatric assessment of organic mental disorder*. *Mental Health*. 2020; 10: 9–13. (in Russian)]. DOI: 10.25557/2074-014X.2020.10.9-13
- Вандыш-Бубко В.В., Пилечев Д.А., Велисевич Д.В. *Некоторые нейропсихологические паттерны экспертной оценки органического психического расстройства. В кн.: Вандыш-Бубко В.В., ред. Судебная психиатрия. Актуальные проблемы*. 2020; 17: 16–29. [Vandysh-Bubko V.V., Pilechev D.A., Velisevich D.V. *Some neuropsychological patterns of an expert examination of an organic*

- mental disorder. In: Vandysh-Bubko V.V., ed. Forensic psychiatry. Current issues. 2020; 17: 16–29. (in Russian)]
13. Li C.H., Huang L.N., Zhang M.C. et al. Forensic psychiatric assessment for organic personality disorders after craniocerebral trauma. *Fa Yi Xue Za Zhi*. 2017; 33(2): 158–61. DOI: 10.3969/j.issn.1004-5619.2017.02.010
 14. Bhutani S., Singh S., Singh P. Neuropsychological functioning of patient with organic personality disorder with caudate nucleus infarct: a case study. *Indian J. Clin. Psychol.* 2017; 45(1): 75–8.
 15. Azouvi P., Arnould A., Dromer E. et al. Neuropsychology of traumatic brain injury: an expert overview. *Rev. Neurol. (Paris)*. 2017; 173(7–8): 461–72. DOI: 10.1016/j.neurol.2017.07.006
 16. Owen G.S., Freyenhagen F., Martin W. Assessing decision-making capacity after brain injury: a phenomenological approach. *Philos. Psychiatry Psychol.* 2018; 25(1): 1–19. DOI: 10.1353/ppp.2018.0002
 17. Owen G.S., Freyenhagen F., Martin W. Authenticity, insight, and impaired decision-making capacity in acquired brain injury. *Philos. Psychiatry Psychol.* 2018; 25(1): 29–32. DOI: 10.1353/ppp.2018.0006
 18. Owen G.S., Freyenhagen F., Martin W. et al. Clinical assessment of decision-making capacity in acquired brain injury with personality change. *Neuropsychol. Rehabil.* 2017; 27(1): 133–48. DOI: 10.1080/09602011.2015.1053948
 19. Kokaçya M.H., Ortañca İ. Frontal lobe syndrome and its forensic psychiatric aspects. *Curr. Approaches Psychiatry*. 2020; 12(4): 507–18. DOI: 10.18863/pyg.657546
 20. Gagnon J. Defining borderline personality disorder impulsivity: Review of neuropsychological data and challenges that face researchers. *J. Psychiatry Psychiatr. Disord.* 2017; 1(3): 154–76.
 21. López-Villatoro J.M., Diaz-Marsá M., Mellor-Marsá B. et al. Executive dysfunction associated with the primary psychopathic features of borderline personality disorder. *Front. Psychiatr.* 2020; 11: 514905. DOI: 10.3389/fpsy.2020.514905
 22. Vai B., Cazzetta S., Scalisi R. et al. Neuropsychological deficits correlate with symptoms severity and cortical thickness in borderline personality disorder. *J. Affect. Disord.* 2021; 278: 181–8. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.060
 23. Oltra-Cucarella J., Ferrer-Cascales R., Alegret M. et al. Risk of progression to Alzheimer's disease for different neuropsychological mild cognitive impairment subtypes: a hierarchical meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Aging*. 2018; 33(7): 1007–21. DOI: 10.1037/pag0000294
 24. Belleville S., Fouquet C., Hudon C. et al. Neuropsychological measures that predict progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's type dementia in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol. Rev.* 2017; 27(4): 328–53. DOI: 10.1007/s11065-017-9361-5
 25. Nelson A.P., O'Connor M.G. Mild cognitive impairment: a neuropsychological perspective. *CNS Spectr.* 2008; 13(1): 56–64. DOI: 10.1017/S1092852900016163
 26. Kim J., Na H.K., Byun J. et al. Tracking cognitive decline in amnesic mild cognitive impairment and early-stage Alzheimer dementia: mini-mental state examination versus neuropsychological battery. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2017; 44(1–2): 105–17. DOI: 10.1159/000478520
 27. Yanhong O., Chandra M., Venkatesh D. Mild cognitive impairment in adult: a neuropsychological review. *Ann. Indian Acad. Neurol.* 2013; 16(3): 310. DOI: 10.4103/0972-2327.116907
 28. Sudo F.K., Alves C.E.O., Alves G.S. et al. Dysexecutive syndrome and cerebrovascular disease in non-amnesic mild cognitive impairment: a systematic review of the literature. *Dement. Neuropsychol.* 2012; 6(3): 145–51. DOI: 10.1590/S1980-57642012DN06030006
 29. Sudo F.K., Alves G.S., Alves C.E.O. et al. Impaired abstract thinking may discriminate between normal aging and vascular mild cognitive impairment. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2010; 68(2): 179–84. DOI: 10.1590/S0004-282X2010000200005
 30. Cardenas V.A., Du A.T., Hardin D. et al. Comparison of methods for measuring longitudinal brain change in cognitive impairment and dementia. *Neurobiol. Aging*. 2003; 24(4): 537–44. DOI: 10.1016/S0197-4580(02)00130-6
 31. Cassidy-Eagle E., Siebern A., Unti L. et al. Neuropsychological functioning in older adults with mild cognitive impairment and insomnia randomized to CBT-I or control group. *Clin. Gerontol.* 2018; 41(2): 136–44. DOI: 10.1080/07317115.2017.1384777
 32. Costa A., Peppe A., Zabberoni S. et al. Apathy in individuals with Parkinson's disease associated with mild cognitive impairment. A neuropsychological investigation. *Neuropsychologia*. 2018; 118(pt B): 4–11. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2018.05.016
 33. Orfei M.D., Assogna F., Pellicano C. et al. Anosognosia for cognitive and behavioral symptoms in Parkinson's disease with mild dementia and mild cognitive impairment: frequency and neuropsychological/neuropsychiatric correlates. *Parkinsonism Rel. Disord.* 2018; 54: 62–7. DOI: 10.1016/j.parkrel.2018.04.015
 34. Steward K.A., Bull T.P., Kennedy R. et al. Neuropsychological correlates of anosognosia for objective functional difficulties in older adults on the mild cognitive impairment spectrum. *Arch. Clin. Neuropsych.* 2020; 35(4): 365–76. DOI: 10.1093/arclin/acz065
 35. Brandt J., Aretouli E., Neijstrom E. et al. Selectivity of executive function deficits in mild cognitive impairment. *Neuropsychology*. 2009; 23(5): 607–18. DOI: 10.1037/a0015851
 36. Chang Y.L., Jacobson M.W., Fennema-Notestine C. et al. Level of executive function influences verbal memory in amnesic mild cognitive impairment and predicts prefrontal and posterior cingulate thickness. *Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Cereb. Cortex*. 2010; 20(6): 1305–13. DOI: 10.1093/cercor/bhp192
 37. Terry D.P., Brassil M., Iverson G.L. et al. Effect of depression on cognition after mild traumatic brain injury in adults. *Clin. Neuropsychol.* 2019; 33(1): 124–36. DOI: 10.1080/13854046.2018.1459853
 38. Van der Naalt J., Timmerman M.E., Koning M.E. de et al. Early predictors of outcome after mild traumatic brain injury (UPFRONT): an observational cohort study. *Lancet Neurol.* 2017; 16(7): 532–40. DOI: 10.1016/S1474-4422(17)30117-5
 39. Barker-Collo S., Jones A., Jones K. et al. Prevalence, natural course and predictors of depression 1 year following traumatic brain injury from a population-based study in New Zealand. *Brain Inj.* 2015; 29(7–8): 859–65. DOI: 10.3109/02699052.2015.1004759
 40. Suzin G., Ravona-Springer R., Ash E.L. et al. Differences in semantic memory encoding strategies in young, healthy old and MCI patients. *Front. Aging Neurosci.* 2019; 11: 306. DOI: 10.3389/fnagi.2019.00306
 41. Chen X., Zhang H., Zhang L. et al. Extraction of dynamic functional connectivity from brain grey matter and white matter for MCI classification. *Hum. Brain Mapp.* 2017; 38(10): 5019–34. DOI: 10.1002/hbm.23711
 42. Schultz I.Z., Sepehry A.A., Greer S.C. Impact of common mental health disorders on cognition: depression and posttraumatic stress disorder in forensic neuropsychology context. *Psychol. Inj. Law.* 2018; 11(2): 139–52. DOI: 10.1007/s12207-018-9322-1
 43. Микадзе Ю.В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*. 2012; 2: 96–103. [Mikadze Yu.V. Some methodological issues of qualitative and quantitative analysis in neuropsychological assessment. *Moscow University Psychology bulletin. Series 14. Psychology*. 2012; 2: 96–103. (in Russian)]
 44. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. СПб.: Стройиздательство; 1997. 360 с. [Vasserman L.I., Dorofeeva S.A., Meerson Ya.A. Methods of neuropsychological diagnosis. SPb.: Stroyizdat; 1997. 360 p. (in Russian)]
 45. Рощина И.Ф. Нейропсихологические синдромы начальных стадий деменций позднего возраста. В кн.: Хомская Е.Д., Ахутина Т.В., ред. I Международная конференция памяти А.Р. Лурия: сборник докладов. М.: Российское психологическое общество; 1998: 276–83. [Roschina I.F. Neuropsychological syndromes of early dementia in elderly people. In: Khomskaya E.D., Akhutina T.V., eds. I International conference in commemoration of A.R. Lurija: collection of reports. M.: Russian Psychology Society; 1998: 276–83. (in Russian)]

Поступила / Received: 25.10.2021

Принята к публикации / Accepted: 02.11.2021