

**СОВРЕМЕННЫЕ  
ВИДЫ И МЕТОДЫ  
КОМПЛЕКСНЫХ  
СУДЕБНО-  
ПСИХИАТРИЧЕСКИХ  
ЭКСПЕРТНЫХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ  
(ВЫПУСК 2)**

**СБОРНИК МЕТОДИЧЕСКИХ  
РЕКОМЕНДАЦИЙ И ПОСОБИЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**

**СОВРЕМЕННЫЕ ВИДЫ  
И МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНЫХ  
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ  
ЭКСПЕРТНЫХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ (ВЫПУСК 2)**

**СБОРНИК МЕТОДИЧЕСКИХ  
РЕКОМЕНДАЦИЙ И ПОСОБИЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**



Москва  
Институт проблем управления  
здравоохранением  
2009

УДК 340.66:616.89 (072)  
ББК 56.14  
С56

*Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Федеральное государственное учреждение  
«Государственный научный центр социальной  
и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»*

С56 **Современные виды и методы комплексных судебно-психиатрических экспертных исследований (выпуск 2)**: Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей. — М.: ООО «ИПУЗ», 2009. — 224 с.  
**ISBN 978-5-91863-028-0**

УДК 340.66:616.89 (072)  
ББК 56.14

**ISBN 978-5-91863-028-0**

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Комплексная оценка патологических и непатологических аффективных реакций у несовершеннолетних</b>	
<i>Методические рекомендации</i>	
<b>Макушкин Е.В., Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д., Ошевский Д.С., Терехина С.А., Сыроквашина К.В., Голуб С.В., Кузнецова И.А.</b>	
Список сокращений, условных обозначений и терминов.....	11
Введение.....	12
1. Эмоции и непатологические аффективные реакции у несовершеннолетних.....	14
1.1. Эмоции как психический феномен.....	14
1.2. Особенности развития эмоций у подростков.....	15
1.3. Совершение правонарушений в состоянии аффекта: правовые и экспертные подходы.....	17
1.4. Судебная психолого-психиатрическая оценка эмоциональных состояний у несовершеннолетних обвиняемых.....	19
1.4.1. Состояние аффекта у несовершеннолетних при совершении ими агрессивного-насильственных правонарушений.....	21
1.4.2. Эмоциональные состояния, оказавшие существенное влияние на сознание и регуляцию поведения.....	25
1.4.3. Эмоциональные состояния, нашедшие отражение в поведении, но не оказавшие существенного влияния на сознание и регуляцию поведения несовершеннолетнего обвиняемого.....	27
1.4.4. Аффект у несовершеннолетних с психическими расстройствами, не исключающими вменяемость.....	27
2. Клиническая картина и судебно-психиатрическое значение патологических аффективных реакций — «исключительных состояний» у несовершеннолетних.....	29
2.1. Острые аффективные патологические реакции («реакции короткого замыкания»).....	30
2.2. Сумеречное помрачение сознания.....	34
2.3. Патологическое просоночное состояние.....	35



3. Судебно-психиатрическая и комплексная психолого-психиатрическая оценка аффективных деликтов в подростковом возрасте .....	37
--	----

**Особенности производства комплексной психолого-психиатрической экспертизы в рамках гражданского процесса**

*Методические рекомендации*

**Харитонов Н.К., Сафуанов Ф.С., Королева Е.В., Корзун Д.Н.**

Список сокращений .....	43
Введение .....	44
Основная часть .....	47
1. Нормы Гражданского кодекса Российской Федерации о недействительности сделки с «пороком воли»: правовой анализ .....	47
2. Юридически значимые клиничко-психологические признаки видов «порока воли» при совершении сделки: судебно-экспертологический анализ .....	52
2.1. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам о признании сделок недействительными вследствие неспособности гражданина понимать значение своих действий или руководить ими (ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации).....	54
2.2. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам о признании сделок недействительными вследствие заблуждения (ст. 178 Гражданского кодекса Российской Федерации).....	57
2.3. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам о признании недействительными сделок, совершенных под влиянием обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения представителя одной стороны с другой стороной или стечения тяжелых обстоятельств (ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации).....	59

3. Методологические особенности производства комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делам о признании сделки недействительной .....	61
4. Вопросы суда, подлежащие разрешению в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делам о признании сделок с «пороком воли» недействительными .....	65
5. Структура заключения КСППЭ .....	66

**Методология обоснования интегративных экспертных выводов в комплексных судебных психолого-психиатрических экспертизах (психологический аспект)**

*Методические рекомендации*

**Кудрявцев И.А., Морозова М.В., Савина О.Ф.**

Список сокращений и условных обозначений .....	71
Введение .....	72
Методические принципы и основания интеграции экспертов-психологов и психиатров при проведении различных видов КСППЭ .....	75

**Комплексная сексолого-психиатрическая экспертиза процессуальной дееспособности потерпевших — жертв сексуальных правонарушений**

*Методические рекомендации*

**Ткаченко А.А., Яковлева Е.Ю.**

Список сокращений .....	99
Введение .....	100
Основная часть .....	103
Нарушение способности воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела .....	104
Нарушение восприятия внешней стороны событий .....	104
Нарушение восприятия внутренней стороны событий .....	105
Нарушение способности давать показания .....	109
Ретроспективная оценка способности давать показания .....	109
Презентальная оценка способности давать показания .....	112
Прогностическая оценка способности давать показания .....	116



**Обеспечение качества комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы психических расстройств у больных шизофренией, совершивших сделки**

*Методические рекомендации*

**Харитонова Н.К., Сафуанов Ф.С., Королева Е.В., Корзун Д.Н.**

Список сокращений, условных обозначений и терминов.....	125
Введение.....	126
1. Правовые основания производства судебно-психиатрической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.....	128
2. Принципы экспертной оценки психических расстройств у больных шизофренией, совершивших сделки.....	131
3. Обеспечение качества вводной части заключения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы больных шизофренией, совершивших сделки.....	136
4. Обеспечение качества исследовательской части заключения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы больных шизофренией, совершивших сделки.....	138
4.1. Перечень применяемых методов обследования при производстве судебно-психиатрической экспертизы содержится в Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)».....	138
4.2. Общие требования к составлению анамнестической части заключения имеются в Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)».....	143
4.3. Обеспечение качества исследования соматического, неврологического и психического состояния.....	146
4.4. Экспериментально-психологическое обследование должно соответствовать требованиям, изложенным в Протоколе ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза».....	148
5. Обеспечение качества выводов комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы больных шизофренией, совершивших сделки.....	150
5.1. Обеспечение качества выводов с точки зрения разграничения профессиональной компетенции экспертов.....	150

5.2. Обеспечение качества обоснования диагноза шизофрении определяется соответствием стандартам диагностики.....	151
5.3. Одним из основных требований обеспечения качества экспертного вывода является его соответствие принципам экспертной оценки психических расстройств у больных шизофренией при заключении сделок.....	152
5.4. Психологический анализ в рамках КСППЭ проводится по всем представленным данным: с учетом материалов гражданского дела, медицинской документации, данных результатов предыдущих осмотров психологом в сопоставлении с результатами направленной беседы и экспериментально-психологического обследования.....	154
5.5. Соответствие выводов экспертному заданию.....	154

**Обеспечение качества комплексной экспертной оценки шизотипического расстройства в уголовном процессе**

*Методические рекомендации*

**Фастовцов Г.А., Кондратьев Ф.В., Осколкова С.Н., Клембовская Е.В., Василевский В.Г.**

Список сокращений, условных обозначений и терминов.....	157
Введение.....	158
Основные дефиниции шизотипического расстройства.....	159
Шизотипическое личностное расстройство.....	160
Шизофреническая реакция.....	161
Латентная шизофрения.....	162
Бедная симптомами шизофрения.....	163
Судебно-психиатрическая оценка.....	165
Общие положения судебно-психиатрического подхода к шизотипическому расстройству.....	176
Варианты экспертной тактики при сложности нозологической квалификации шизотипического расстройства.....	177

**Обоснование общественной опасности  
и выбора мер медицинского характера  
при психических расстройствах вследствие эпилепсии**

*Методические рекомендации*

**Усюкина М.В., Корнилова С.В., Булыгина В.Г.**

Введение.....	187
Обоснование общественной опасности больных эпилепсией.....	189
Ведущие психопатологические синдромы.....	191
Психопатологические механизмы ООД.....	201
Формы течения заболевания.....	206
Повторность механизмов ООД.....	209
Применение и обоснование принудительных мер медицинского характера.....	212

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА  
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ  
И НЕПАТОЛОГИЧЕСКИХ  
АФФЕКТИВНЫХ РЕАКЦИЙ  
У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

*Методические рекомендации*

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ И ТЕРМИНОВ

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

ООД — общественно-опасное деяние.

КСППЭ — комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

СПЭ — судебно-психиатрическая экспертиза.

УК РФ — Уголовный кодекс Российской Федерации.

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) — Справочник по диагностике и статистике психических расстройств; принят в США, представляет многоосевую нозологическую систему.



## ВВЕДЕНИЕ

Проблема оценки кратковременно протекающих аффективных реакций патологического (психотическое расстройство) и непатологического (аффект) уровней — один из наиболее интересных, сложных и объективно крайне трудно доказуемых вопросов судебной психиатрии. По-прежнему остаются спорными синдромологическая, нозологическая и экспертная квалификации таких состояний.

Изучение выраженных, «аффектогенных» эмоциональных реакций проводилось на материале судебно-психиатрических и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз. При этом традиционно рассматривались «патологический» и «физиологический» аффекты. Определялись и обосновывались дифференциально-диагностические критерии, клинические особенности и динамика протекания реакций, зависимость между типом ситуации, особенностями личности и структурой аффективных реакций неболезненного характера и патологическим аффектом — кратковременных психотических состояний с нарушенным сознанием, отнесенных в последующем к так называемым исключительным состояниям, которые обуславливают полную «невменяемость» лица.

В современной судебно-психиатрической экспертной клинике при исследовании транзиторных аффективных состояний непсихотического (аффект) и психотического уровней комплексный психолого-психиатрический подход стал практически обязательным. Психические расстройства, которые могут наблюдаться в структуре аффективных реакций, безусловно, влияют на характер экспертных решений, которые распределяются в континууме: «невменяемость» → «ограниченная вменяемость» → «вменяемость».

В подростковом возрасте при исследовании возникновения и развития аффективных состояний на «патологической почве», сочетания дезорганизующего влияния аффекта с другими обстоятельствами большое значение отводится стрессорным

факторам. В целом судебно-психиатрическая оценка патологических и непатологических реакций в подростковом возрасте в момент совершения ООД требует обязательного учета многих факторов: личностных особенностей несовершеннолетнего, взаимодействия его и психотравмирующей ситуации, выраженности дизонтогенетической и органической, иной «патологической почвы», степени изменения сознания и его помрачения, дезорганизации психической деятельности, мотивации и критичности, поведенческой дизрегуляции.

# 1. ЭМОЦИИ И НЕПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АФФЕКТИВНЫЕ РЕАКЦИИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

## 1.1. ЭМОЦИИ КАК ПСИХИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Эмоции играют в жизни человека чрезвычайно важную роль, выполняя ряд значимых функций. Информационная функция эмоций заключается в отражении событий и явлений в особой форме их непосредственного субъективного переживания, в котором выражается смысл событий для человека. Если важные для человека потребности не удовлетворяются, то возникающие эмоции отражают существование противоречия и его интенсивность (оценочная функция эмоций), необходимость изменения ситуации (сигнальная функция), побуждают к действиям, направленным на ее преобразование (мотивирующая функция). Эмоции можно определить как субъективную форму проявления мотивации.

В норме развитая личность характеризуется дифференцированной иерархически организованной системой мотивов и смыслов, включая ценности, принципы и правила собственного поведения. Эта система является основой саморегуляции субъектом социальных отношений, а в ее структуре эмоции представляют собой один из регуляторов поведения человека.

Эмоции различаются по модальности (радость, удивление, страх, гнев и др.), динамическим характеристикам (длительность, лабильность), интенсивности, которая может варьировать от слабых реакций до выраженных аффективных прояв-

лений. Энергетическая характеристика эмоций тесно связана с их мотивирующей функцией. Вместе с тем чрезвычайно сильные эмоциональные реакции дезорганизуют деятельность, делают ее менее осознанной и произвольно регулируемой. Максимальной степенью интенсивности эмоций характеризуется аффект — эмоциональный процесс взрывного характера, не подчиняющийся сознательному волевому контролю. Вместе с тем аффект рассматривается в целом как естественная стрессовая реакция высокой интенсивности, которая возникает у нормального человека в ответ на особые, зачастую исключительные, обстоятельства, превышающие его обычные возможности адаптации.

## 1.2. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

Согласно принятой в отечественной возрастной психологии периодизации психического и личностного развития, принято различать подростковый (от 11–12 до 14–15 лет) и юношеский (от 14–15 до 17–18 лет) возрастные периоды.

Правовая категория несовершеннолетия в российском уголовном праве охватывает период от 14 до 18 лет, включающий в себя как часть подросткового, так и юношеский возраст. В дальнейшем понятия «несовершеннолетний» и «подросток» будут употребляться как синонимы.

Подростковый период представляет собой первую фазу перехода от детства к взрослости, время значительных качественных преобразований в физическом, психическом, личностном становлении человека, которые происходят в результате прохождения подросткового кризиса развития. Интенсивный физический рост, развитие эндокринной и половой систем приводят к существенным физиологическим изменениям организма подростка. Расширение социальных отношений и сфер

деятельности подростка, его стремление к самостоятельности, протест против внешнего контроля, оппозиционность по отношению к взрослым зачастую, наряду с колебаниями самооценки и неуверенностью в себе, создают почву для возникновения новых проблем и конфликтов, как внешних, так и внутренних. Бурный характер происходящих перемен, их комплексный характер и в то же время неравномерность развития отдельных сфер, сложность социальной ситуации развития отражаются в особенностях эмоциональной сферы подростка. Эмоциональная неустойчивость с повышенной возбудимостью, полярностью настроений и реакций, склонность к непосредственным реакциям, повышенная ранимость, обидчивость и чувствительность к внешним оценкам нередко, наряду с проявлениями черствости и грубости по отношению к окружающим, типичны для подростка. В то же время к концу периода (14–15 годам) с развитием интеллектуальной сферы, расширением социальных связей, постепенным накоплением опыта формируется самосознание молодого человека как основа эффективной саморегуляции.

В юношеском периоде в норме происходит стабилизация основных линий развития и его относительная гармонизация. Большую устойчивость приобретает система мотивов и смыслов. Закрепляются индивидуальные характерологические особенности как типичные формы отношений и поведения в социальном контексте. Более дифференцированными и уравновешенными становятся эмоции. Формируется система внутреннего управления поведением. Вместе с тем становление личности еще не завершено, и признаки некоторой незрелости, в частности неустойчивости эмоций и поведения, склонности к непосредственным реакциям, в особенности в эмоционально насыщенных и субъективно сложных обстоятельствах, не являются отклонением от нормы.

### 1.3. СОВЕРШЕНИЕ ПРАВОНАРУШЕНИЙ В СОСТОЯНИИ АФФЕКТА: ПРАВОВЫЕ И ЭКСПЕРТНЫЕ ПОДХОДЫ

Влияние выраженных эмоциональных состояний на регуляцию действий при совершении агрессивно-насильственных правонарушений учитывается как в российском, так и в зарубежных законодательствах. В УК РФ убийство (ст. 107) либо причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью (ст. 113) в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного неправомерными действиями потерпевшего, относятся к «привилегированному» составу преступлений, который предполагает существенное смягчение наказания. *Уголовная ответственность по этим статьям наступает с 16-летнего возраста.*

#### Статья 107. Убийство, совершенное в состоянии аффекта

1. Убийство, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего, наказывается ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на тот же срок.
2. Убийство двух или более лиц, совершенное в состоянии аффекта, наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

Установление наличия или отсутствия у обвиняемого (подсудимого) состояния аффекта в момент совершения преступления входит в компетенцию судебно-психологической (СПЭ) или комплексной судебной психолого-психиатрической эксперти-



зы (КСППЭ). В рамках последней задача эксперта-психиатра состоит в исключении патологических состояний психики подэкспертного во время совершения им противоправных действий, а эксперта-психолога — в квалификации эмоционального состояния, в котором находился подэкспертный, как аффекта или иной формы эмоционального реагирования.

### Статья 113. Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта

Умышленное причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего, наказывается ограничением свободы на срок до двух лет или лишением свободы на тот же срок.

При проведении экспертной диагностики эмоциональных состояний в уголовно релевантной ситуации следует, с одной стороны, отделять собственно аффект от других эмоциональных состояний, с другой — оценивать глубину нарушений регуляции деятельности при различных типах аффективного реагирования.

В континууме эмоциональных реакций аффективного спектра выделяются следующие варианты:

- физиологический аффект (как общепсихологический аффект);
- кумулятивный аффект;
- выраженное эмоциональное напряжение, оказывающие существенное влияние на способность субъекта к осознанной регуляции своего поведения.

Общая характеристика таких эмоциональных состояний — нарушение сознательного волевого контроля собственных действий правонарушителя, позволяющее дать специальную юридическую оценку противоправных поступков обвиняемых. Задача эксперта-психолога состоит в проведении дифференциальной диагностики между аффектом и эмоциональными состояниями, не достигающими степени выраженности аффекта и не оказывающими существенного влияния на способность к осознанной регуляции деятельности.

## 1.4. СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБВИНЯЕМЫХ

Потребность в экспертной квалификации эмоциональных состояний у подростков, совершивших агрессивно-насильственные деликты, за последнее десятилетие увеличилась (рис. 1), что, в частности, может быть связано с общим ростом агрессивно-насильственных криминальных актов, совершаемых несовершеннолетними.

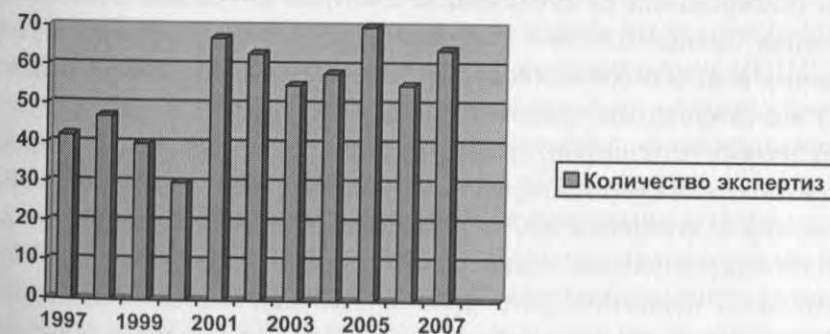


Рис. 1. Динамика количества комплексных экспертиз несовершеннолетних обвиняемых, совершивших агрессивно-насильственные правонарушения (по данным ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава»).

Полная и всесторонняя оценка эмоционального состояния у подростков при совершении ими агрессивных правонарушений возможна в рамках комплексной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ).

Алгоритм проведения КСППЭ эмоциональных состояний предполагает выявление экспертом-психиатром патологических аффективных реакций у несовершеннолетнего, лишивших его в период совершения правонарушения способности к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий и руководству ими. При отсутствии таких реакций перед экспертом-психологом встает задача по определению характера и степени выраженности эмоционального состояния непатологической природы.

Психологический анализ при КСППЭ эмоциональных состояний предполагает детальное изучение ситуации правонарушения, личностных особенностей подэкспертного, его индивидуальных характеристик, актуального психофизиологического состояния к моменту криминального деликта, а также поведения обвиняемого в момент аффективного реагирования и в период после совершения им правонарушения. Для несовершеннолетних особую роль приобретает анализ предшествующего преступлению периода жизни, системы значимых отношений, характерного для личности способа реагирования на субъективно сложные ситуации. Экспертная оценка эмоционального состояния подростков в момент совершения ими агрессивных правонарушений связана со значительными трудностями. Прежде всего, по мнению подростков психиатров, существует опасность недооценки степени психопатологических нарушений у несовершеннолетних, которая связана с атипичностью и рудиментарностью соответствующих феноменологических проявлений, а также с длительным преобладанием невротического уровня дезорганизации психической деятельности. Но даже с учетом данной тенденции число решений экспертной комиссии о том, что несовершеннолетний в момент правонарушения находился в состоянии временного болезненного расстройства, намного превышает выявленные состояния аффекта

и эмоциональных состояний, оказавших существенное влияние на сознание и поведение подростков.

Разграничение у подростков аффективных реакций патологического и непатологического характера представляет определенную проблему в связи с атипичностью динамики эмоционального реагирования, фрагментарностью соответствующих феноменологических проявлений как с точки зрения психологии, так и психиатрии. Так, например, нарушения сознания, памяти и восприятия наблюдаются и на определенных стадиях состояния аффекта, и при более выраженных патологических состояниях, а объективная оценка глубины нарушений в отдельных случаях значительно затруднена. Таким образом, КСППЭ эмоциональных состояний несовершеннолетних при агрессивных правонарушениях остается одним из самых сложных видов современной экспертизы.

#### 1.4.1. СОСТОЯНИЕ АФФЕКТА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРИ СОВЕРШЕНИИ ИМИ АГРЕССИВНО-НАСИЛЬСТВЕННЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ

Квалификация эмоционального состояния обвиняемого подростка в момент совершения им агрессивного правонарушения как аффекта в практике проведения КСППЭ встречается значительно реже по сравнению с взрослыми обвиняемыми, что обусловлено незавершенностью формирования психологических, личностных структур в подростковом возрасте. В поведении подростков сохраняется тенденция к непосредственному отреагированию негативно окрашенных переживаний. Периодическая разрядка возникающего внутреннего напряжения препятствует процессу его накопления, который рассматривается в качестве необходимого условия для формирования эмоциональных состояний, сопровождающихся нарушениями осознанной регуляции противоправных действий.

Состояния физиологического аффекта, вызванного единичным психотравмирующим действием потерпевшего, у подростков практически не встречаются. Как правило, аффект у несовершеннолетнего имеет **кумулятивный** характер.

Выделены признаки аффективного состояния у подростка, которые могут служить критериями экспертной оценки.

### 1. Доаффективная стадия.

- Наличие психотравмирующей ситуации (в семейной или иной субъективно значимой сфере личностных отношений).
  - Содержанием психотравмирующей ситуации, как правило, являются сложные конфликтные взаимоотношения обвиняемого с одним из членов семьи или другим значимым лицом, вызванные оскорбительным, унижающим поведением последнего, в отдельных случаях с применением физического насилия и элементами жестокости. Психотравмирующая ситуация затрагивает основные личностные смыслы подростка, систему его ценностных ориентаций, препятствуя удовлетворению жизненно важных потребностей, в частности потребности в безопасности для себя и близких.
- Попытки неудачного разрешения психотравмирующей ситуации (использование привычных способов разрешения субъективно сложных ситуаций).
  - Причиной неудач часто служат свойственные подростку узость репертуара способов совладающего поведения, их неконструктивность (реакции избегания и др.), пассивность и несамостоятельность в принятии решений, а также объективные трудности изменения ситуации.
- Отсутствие (недостаточность) интеллектуальной переработки негативных переживаний, связанных с психотравмой.
- Наличие негативно окрашенных субъективных переживаний по поводу психотравмирующей ситуации (ощущения безысходности положения, с элементами фантазирования о способах ее возможного разрешения).

- Накопление негативно окрашенных переживаний (возможна «волнообразная» динамика уровня эмоционального напряжения в зависимости от развития травмирующей ситуации).
  - Длительная фрустрация основных потребностей подростка приводит к возникновению и нарастанию состояния эмоционального напряжения. Для несовершеннолетних обвиняемых, состояние которых впоследствии квалифицировалось как аффект, характерны индивидуально-психологические особенности, способствующие возникновению и накоплению эмоционального напряжения. К ним относятся сензитивность, повышенная чувствительность к фрустрации, склонность к фиксации на негативных переживаниях, трудности нахождения конструктивных решений в субъективно сложных и эмоционально насыщенных ситуациях, недостаточная сформированность прогноза возможных последствий своих действий, а также пассивность, несамостоятельность, зависимость от мнений и оценок окружающих. Подэкспертные, совершившие агрессивно-насильственные правонарушения в состоянии аффекта, как правило, отличаются позитивной социальной и личностной направленностью, отсутствием выраженных агрессивных тенденций.
- Субъективно неожиданное психотравмирующее воздействие со стороны потерпевшего (связанное с предшествующей психотравмирующей ситуацией)
  - Ситуация, непосредственно предвещающая совершение агрессивно-насильственных действий, представляет собой очередной тяжелый для подростка конфликт с лицом, создававшим предшествующую психотравмирующую ситуацию. Последний, выступая инициатором конфликта, предпринимает действия агрессивного характера, высказывает угрозы в адрес несовершеннолетнего или его близких, унижает его человеческое достоинство. Действия и высказывания потерпевшего воспринимаются подэкспертным как



реальная угроза и способствуют нарастанию состояния эмоционального напряжения, которое сопровождается переживаниями чувства обиды, несправедливости, страха. Попытки несовершеннолетнего разрешить вновь возникшую конфликтную ситуацию оказываются неуспешными, вследствие чего к его чувству субъективной безвыходности ситуации и острого страха присоединяется злость. Уже на этом этапе могут отмечаться изменения в восприятии окружающего в виде сужения поля восприятия и его избирательного характера, полной фиксации внимания на потерпевшем.

- Субъективно внезапное возникновение аффективного взрыва в ответ на непосредственное психотравмирующее воздействие.

## 2. Стадия аффективного взрыва.

На фоне уже имеющегося эмоционального напряжения *субъективно внезапно* для подэкспертного происходит спонтанная аффективная разрядка эмоционального напряжения в деструктивных действиях, имеющая взрывной характер, с резким повышением уровня энергетики, сопровождающаяся ограничением способности к произвольной регуляции деятельности, целостному осмыслению ситуации и прогнозу возможных последствий своих действий, специфическими изменениями сознания и восприятия. Возможна амнезия момента наивысшего эмоционального напряжения, включая количество и месторасположение нанесенных ударов.

- Аффективно обусловленные изменения сознания, в том числе:
  - заполненность сознания переживаниями, связанными с психотравмирующей ситуацией;
  - избирательность и сужение поля восприятия;
  - изменения чувствительности (визуальной, слуховой, болевой).
- Нарушения произвольной регуляции деятельности (выраженное снижение способности к оценке, контролю и прогнозу собственной деятельности)

## 3. Постаффективная стадия.

- Физическая астения.
- Психическая астения.

Физическая и психическая астения — один из вариантов постаффективного состояния с выраженным вегетативным компонентом, сопровождающийся ощущениями нереальности происходящего. Явления астенизации могут иметь отсроченный характер.

- Дезорганизация психической деятельности (возможно с явлениями остаточного возбуждения), в том числе:
  - действия по типу «двигательных клише»;
  - несоответствующий цели и мотивам характер действий при их внешней упорядоченности.

Второй вариант — дезорганизация — выражается в нецеленаправленной двигательной активности, сохранении повышенного уровня возбуждения с недостаточным осмыслением происходящего, а также частичным запамятованием текущих событий. Признаки дезорганизации могут проявляться и при попытках несовершеннолетнего скрыть следы содеянного.

Особую проблему представляет квалификация аффекта на фоне алкогольного опьянения. Установлено, что при легкой степени простой формы алкогольного опьянения признаки, свидетельствующие о наличии аффекта, сохраняются, а средняя и тяжелая степень опьянения исключают возможность аффекта, так как при этом поведение определяется патологическим протеканием психических процессов, обусловленным алкоголем.

### 1.4.2. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ОКАЗАВШИЕ СУЩЕСТВЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НА СОЗНАНИЕ И РЕГУЛЯЦИЮ ПОВЕДЕНИЯ

Констатация существенного влияния эмоционального состояния на осознанность и произвольность поведения несовершеннолетнего, совершившего агрессивно-насильственные действия, как

и аффект, встречается редко. Практика показывает, что информацию о наличии такого рода состояния суды используют по своему усмотрению в качестве обстоятельства, смягчающего вину несовершеннолетнего (ст. 89 УК РФ).

Среди эмоциональных состояний, оказавших существенное влияние на сознание и регуляцию поведения, выделяют состояние эмоционального напряжения, состояние эмоционального возбуждения, состояние острого стресса и т.д. Основным отличием данной категории состояний от аффекта является отсутствие типичной трехфазной динамики протекания эмоциональных реакций, а также резкого взрывного характера изменения деятельности в фазе аффективной разрядки. В то же время некоторые из них сопровождаются таким ростом психической напряженности, при котором наблюдаются частичное сужение сознания, снижение контроля и регуляции поведения. Указанные особенности позволяют эксперту-психологу сделать вывод о существенном влиянии данного эмоционального состояния на сознание и поведение подэкспертного. Действия подэкспертного носят малообдуманный характер со сниженным прогнозом всех возможных последствий, недостаточным осмыслением обстоятельств, слабой целостной критической оценкой происходящего.

Значительный вклад в развитие данных состояний вносят индивидуально-психологические особенности подэкспертных, такие как личностная незрелость, недостаточная ориентация в социально значимых аспектах ситуаций межличностного взаимодействия, несформированность навыков конструктивного разрешения проблем, пониженные критические и прогностические способности, а также недостаточность социального опыта с фиксацией на психотравмирующих обстоятельствах и постепенным накоплением внутреннего напряжения, чувством растерянности, тревоги. При этом в силу недостаточности ресурсов адекватного личностного реагирования в подобных обстоятельствах подэкспертные воспринимают ситуацию как субъективно безвыходную, не могут найти эффективных способов ее разрешения.

Эмоциональные состояния, не достигающие выраженности аффекта, часто характеризуются отсутствием постаффективной стадии. У подэкспертных сохраняется сложноорганизованный и целенаправленный характер деятельности.

#### **1.4.3. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, НАШЕДШИЕ ОТРАЖЕНИЕ В ПОВЕДЕНИИ, НО НЕ ОКАЗАВШИЕ СУЩЕСТВЕННОГО ВЛИЯНИЯ НА СОЗНАНИЕ И РЕГУЛЯЦИЮ ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ОБВИНЯЕМОГО**

Эмоциональные реакции, не оказавшие существенного влияния на сознание и регуляцию поведения несовершеннолетнего при совершении правонарушения, констатируются экспертами достаточно часто. Подобным реакциям присущи прежде всего такие черты, как отсутствие аффективной суженности сознания, сохранность произвольности поведения, отсутствие внезапности противоправного поступка, соответствие реакции привычному поведенческому стереотипу реагирования в трудных ситуациях, а также отсутствие физической и психической астенизации с возможностью дальнейшего роста эмоционального напряжения. В подобных случаях у подэкспертных не отмечается каких-либо резких изменений психической деятельности. В последующем они достаточно подробно воспроизводят обстоятельства правонарушения.

#### **1.4.4. АФФЕКТ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НЕ ИСКЛЮЧАЮЩИМИ ВМЕНЯЕМОСТЬ**

Если признаки, соответствующие основным критериям аффективных состояний, обнаруживаются у лиц с психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, то их эмоциональ-

ное состояние в момент совершения противоправного деяния может быть квалифицировано как аффект. Однако встречаются такие эмоциональные реакции, которые внешне похожи на аффект, однако отличаются от него по своим механизмам. В этих случаях следует решать вопрос о неполной способности обвиняемого к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий и руководству ими в рамках ст. 22 УК РФ. Решение сложных в экспертном плане вопросов должно опираться на конструктивное взаимодействие психологов и психиатров, позволяющее полнее раскрыть механизмы регуляции поведения в момент совершения ООД и максимально использовать исследовательские возможности обеих научных дисциплин.

Проведенный анализ показывает, что, несмотря на редкую встречаемость классической феноменологии аффекта у подростков, проблема квалификации характера эмоционального реагирования, дифференциации эмоциональных состояний различного качества и интенсивности у несовершеннолетних обвиняемых стоит достаточно остро. Один из важных ее аспектов — отграничение от патологических временных болезненных реакций, которые лишают подростков возможности осознанно и произвольно регулировать свое поведение и ведут к признанию их судом невменяемыми (ст. 21 УК РФ).

## **2. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ АФФЕКТИВНЫХ РЕАКЦИЙ — «ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ» У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

К патологическим аффективным реакциям («исключительным состояниям») традиционно относят: патологический аффект, реакции короткого замыкания, патологическое просоночное состояние, патологическое опьянение. Общим признаком для всех патологических состояний является сумеречное помрачение сознания. При этом обобщающее понятие «исключительные состояния», к сожалению, в судебной практике и подростковой клинике используется все реже в силу развития жестких унифицированных диагностических подходов, предписанных положениями действующих международных классификаций (МКБ, ICD, DSM) и соответствующей международной терминологией. Тем не менее опора на типологию, систематику и диагностику острых патологических аффективных реакций, предложенные классиками психиатрии и современными подростковыми психиатрами, сохраняется в отечественной экспертной практике. Рассмотрим ряд базисных клинических положений психогенно обусловленных патологических форм реагирования в их обязательном сопоставлении с МКБ-10.



Наряду с существованием значимой для подростка психотравмы (стресс-фактор), как правило, общими признаками могут считаться:

- выраженное, вплоть до сумеречного, помрачение сознания;
- дизрегуляция поведения;
- дезорганизация психической деятельности с нарушением критичности, брутальностью агрессивных поступков, нередко с двигательными автоматизмами и стереотипными действиями.

### 2.1. ОСТРЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ («РЕАКЦИИ КОРОТКОГО ЗАМЫКАНИЯ»)

Среди острых психогенных психозов острые аффективные патологические реакции занимают особое место. Это самые кратковременные психотические состояния, которые длятся от нескольких минут до нескольких часов и заканчиваются внезапно состоянием тяжелого соматопсихического истощения, выраженной астении, прострации или сном.

Сохраняя все основные качества острых психогенных психозов (острота возникновения реакции и выхода из нее, аффективное сужение сознания, интенсивный аффект страха и проч.), эти психотические реакции развиваются по механизму «короткого замыкания» и отличаются целым рядом признаков. Они, как правило, возникают при наличии «патологической почвы», чаще всего связанной с перенесенным в раннем детстве неглубоким церебрально-органическим поражением. В преморбиде у таких подростков нередко прослеживается наличие выраженных соматогенных астенизирующих факторов: физическое истощение, недосыпание, инфекционные и соматические заболевания либо протрагированной психотравмирующей ситуации, связанной с перенесенными потрясениями («жестокое обращение», «физическая и сексуальная жестокость» и проч.).

Аффективные патологические реакции типа «реакций короткого замыкания» начинаются быстро, нарастающим аффектом отчаяния, безысходности или злобы, ненависти, как правило, сочетающихся с очень сильным страхом (ужасом) за свою жизнь или жизнь самого близкого человека. Характер аффекта зависит от типа личности подростка, от преобладания тормозимости, эмоциональной лабильности, возбудимости или эпилептоидности. Аффект всегда предметен, т.е. относится только к определенному субъекту, являющемуся источником психотравматизирования. Такие острые патологические аффективно-шоковые реакции развиваются на фоне уже накопленного длительного психогенного аффективного напряжения, связанного с той же ситуацией или с тем же лицом, что и сама реакция. Непосредственным толчком к возникновению «взрывного» характера аффективного разряда является очередной конфликт со «стрессором» или какой-либо добавочный психогенный повод, который сам по себе может быть и незначительным, но, падая на подготовленную (сенситивизированную) почву, оказывается той «последней каплей, которая переполняет чашу».

О патологическом (психотическом) характере таких состояний свидетельствуют следующие признаки. Возникающий с самого начала сложный аффект с преобладанием страха, ужаса, безысходности отличается молниеносным нарастанием и возникновением «охваченности» болезненными переживаниями. Он как бы заполняет все сознание, определяя его аффективное сужение и не оставляя места для размышлений и критического анализа ситуации. Возникающее при этом некорректируемое стремление избавиться от тягостного аффекта завершается совершением импульсивных действий, не сопровождающихся ни борьбой мотивов, ни прогнозированием последствий своего поведения. Окружающее при этом воспринимается смутно, и воспоминания об этом периоде сохраняются лишь частично. Двигательное возбуждение и разрушительные действия отличаются брутальностью, массивностью и такой силой «ударов», которую трудно предположить

у подростка. Экспертной практике известны случаи, когда уже после содеянного подросток долго не мог освободиться от орудия убийства, «рука оставалась как бы скованной судорогой». Повреждения получает обычно не только субъективно значимый «стрессор» — потерпевший субъект, но и предметы, расположенные вокруг, даже случайные лица. Заканчиваются такие реакции обычно состоянием прострации, выраженной соматической и психической астенией, сном. Иногда уже после содеянного наблюдаются двигательные автоматизмы (по типу «амбулаторных») и дезориентировка без тотального терминального истощения. Последние клинические особенности отличают реакции короткого замыкания у подростков от подобных им состояний во взрослом возрасте. Совершенное деяние и последующее привлечение к уголовной ответственности оказываются новыми психогенными травмами, вызывающими реактивное состояние, чаще в виде депрессии.

Наряду с такими кратковременными психотическими состояниями, которые встречаются нечасто, в детском и особенно в подростковом возрасте, наблюдается большое количество разнообразных аффективных реакций непсихотического уровня. Особенности их клинического оформления находятся в тесной зависимости от типа личности и чаще развиваются у подростков с формирующейся личностной патологией. Эти аффективные реакции также выражаются бурной вспышкой аффекта и соответствующими поступками, отражающими направленность аффекта и особенности личности подростка (истерический припадок, взрыв гнева, агрессии, суицидальные попытки, побеги, поджоги и проч.), но не содержат той симптоматики, которая отражает глубокий уровень расстройств, нарушенного сознания (см. описание, приведенное выше). Личностные острые аффективные реакции не относятся к аффективно-шоковым. Это состояния крайнего эмоционального напряжения, обусловленные психическими травмами и кризисными ситуациями. Они также очень кратковременны (от нескольких минут до 1–2 дней). Потребность в естественном сне служит той

границей, которая определяет максимальную продолжительность острой аффективной реакции. Здесь речь идет не о психотическом уровне расстройств, а о незрелости психики, недостаточной социализации личности и невыработанности волевых издержек.

Важная роль в их возникновении принадлежит пролонгированной психогенной травматизации, которая, нарушая личностную структуру, приводит к патологизации «почвы», формированию психогенно спровоцированной депрессии, например «Пролонгированной депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации» (F43.21) и «Посттравматического стрессового расстройства» (F43.1). Что создает благоприятные условия для возникновения острых патологических аффективных реакций и способствует их более тяжелому клиническому оформлению, имеющему разнородную синдромальную структуру.

С учетом необходимости анализа стрессорных факторов, изменения личности и квалификации патологической, болезненной реакции в момент ООД, экспертам при формулировании ответов на заданные прокуратурой, судом и следственными органами вопросы рекомендуется также учитывать рубрики МКБ-10 (T74 «Синдром жестокого обращения», T74.1 «Физическая жестокость», T74.2 «Сексуальная жестокость», T74.3 «Психологическая жестокость», T74.8 «Другие синдромы жестокого обращения» и Z61.5 «Проблемы, связанные с возможным изнасилованием ребенка посторонним лицом», Z61.7 «Личные потрясения, перенесенные в детстве», Z61.6 «Проблемы, связанные с возможным физическими насилием по отношению к ребенку»). При этом собственно **острые аффективные патологические реакции** (острые психогенные аффективно-шоковые реакции) наиболее часто сопоставимы с рубриками «Острая реакция на стресс» (F43.0) в связи с психосоциальной (в том числе физический и психологический стресс) обусловленностью развившегося состояния, его транзиторностью, наличием «смешанной и меняющейся картины симптомов», включая состояние «оглушенности», сужение поля



сознания и снижение внимания, ажитацию и гиперактивность (двигательная fuga), вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Классификация также не исключает присутствие частичной или полной диссоциативной амнезии (F44.0) эпизода.

## 2.2. СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ

Сумеречное помрачение сознания является как обобщающим квалифицирующим признаком, характерным для всех острых патологических аффективных (исключительных) состояний, так и самостоятельным синдромообразующим феноменом. При этом характерны дезориентировка, иллюзорно-галлюцинаторные обманы восприятия, острый образный бред, аффект ужаса, паники, страха, тоски. Иногда гнев, злоба, подобные дисфорическим переживаниям компоненты, сменяются экстатическими переживаниями. Сумеркам нередко предшествуют изменения личности на фоне субъективно значимых стрессовых, астенизирующих факторов и переживаний. В большинстве наблюдений такого рода состояний в подростковом возрасте выявляются факторы органического фона иногда в виде «мягких» неврологических знаков, связанные с перенесенной ранее внутриутробной и перинатальной патологией. Например, изменения личностной структуры (расстройства идентификации) и нарушения адаптации у девушки произошли после четырех наблюдаемых и пережитых случаев трагической гибели близких, а также последующего присутствия на похоронах и развития соответствующих затяжных депрессивных переживаний. При этом у наблюдаемой нами пациентки синдром сумеречного расстройства сознания развился на сложном личностно-органически-аффективном фоне («постоянная почва») после присоединившихся еще факторов астении и недосыпания («временная почва»). Агрессивные действия при сумерках немотивированны, они могут быть направлены как

против знакомых и близких лиц, так и против случайного окружения. Тем самым подтверждаются дезориентировка, изменение восприятия, глубина помрачения сознания.

## 2.3. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСОНОЧНОЕ СОСТОЯНИЕ

По клиническому оформлению состояние близко к собственно сумеречному расстройству сознания. Преципитирующее (подталкивающее) значение в формировании патологического просоночного помрачения сознания у подростков имеет констелляция факторов: соматическая и психическая астения, изменение формулы сна (чаще всего недосыпание), неврологическая церебрально-органическая почва (мозговая дисфункция). Как правило, вскоре после выхода из болезненного состояния у лиц, перенесших психотический эпизод, сохраняются обрывки сновидных переживаний, но иногда отмечается и тотальная амнезия. МКБ-10, определяя острый экзогенный тип реакции с дезориентировкой в месте, времени или своей личности, психомоторными расстройствами, нарушением восприятия и амнезией, а также сновидениями, которые могут продолжаться и после пробуждения в виде иллюзий и галлюцинаций, позволяет применить для клинической оценки такого состояния рубрику F05.0 — «Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами».

В свете полиморфизма кратковременных расстройств психической деятельности, представляющих собой континуум переходных форм нарушенного сознания, в ряде случаев экспертной и диагностической оценки представляется допустимым использовать рубрику F44 «Диссоциативные (конверсионные) расстройства». В МКБ-10 диссоциативные расстройства включают широкий круг переходных состояний, протекающих с той или иной глубиной нарушенного сознания — от аффективно суженного (F44.1) до психогенных сумерек (F44.8) и глубокого помра-



чения (F44.88). Соответственно, здесь объединено многообразие полиморфных состояний, относящиеся к временным видам патологии, в том числе диссоциативная амнезия (F44.0), фуга (F44.1), овладения и трансы (F44.3).

Наряду с этим «сумерки» как кратковременные психические расстройства также могут быть квалифицированы в рамках органического процесса. Их можно отнести к рубрикам F06.50–F06.57 «Органическое диссоциативное расстройство», развившееся вследствие травмы либо поражения головного мозга сосудистого, инфекционного, смешанного генеза. Сумеречное помрачение сознания при эпилепсии сопоставимо с рубрикой «Органическое диссоциативное расстройство вследствие эпилепсии» (F06.52).

Патологический аффект при объективизации клинической картины после проведения комплексного психолого-психиатрического исследования сопоставим с рубрикой F44.88 «Другие уточненные диссоциативные расстройства», где понятие «уточненные» объединяют те виды расстройств, которые имеют свое название, но редко встречаются в психиатрической практике.

Наконец, патологические аффектогенные состояния, спровоцированные приемом алкоголя, так же как и во взрослом возрасте, у подростков квалифицируются в соответствии с диагностической рубрикой F10.07 «Патологическое опьянение».

### 3. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ И КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АФФЕКТИВНЫХ ДЕЛИКТОВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

---

До настоящего времени чрезвычайно сложными оказываются вопросы диагностической квалификации эмоциональных состояний и формулирования экспертных выводов в случаях кратковременно протекающих психотических состояний у несовершеннолетних. В ГНЦССП им. В.П. Сербского на протяжении последних 15 лет сложился следующий методологический алгоритм.

1. Эксперты-психиатры и психолог осуществляют предварительную оценку состояния в момент совершения уголовно-релевантного деяния.
2. Психиатры проводят дифференциальную диагностику, исключая транзиторные и аффективные психозы иной этиопатогенетической структуры.
3. Психолог в пределах экспертных заданий проводит необходимые экспериментально-психологические исследования и также как психиатры знакомится с материалами уголовного дела.
4. При совместном обсуждении специалисты комплексно анализируют не только органическую и дизонтогенетическую «почву», личностную, синдромальную и клиническую картину эмоционального, аффективного состояния «в момент ООД», но обязательно учитывают возрастной аспект, особенности

эмоционального реагирования подростков в фрустрирующих, психогенных и острых стрессовых ситуациях, вероятность формирования посттравматического стрессового расстройства и диссоциативных нарушений.

5. При наличии у несовершеннолетнего психопатологического (психотического) состояния во время совершения ООД экспертиза завершается клинической диагностикой состояния и вынесением экспертных решений психиатрами. Ответы психолога на вопросы суда в таком случае имеют лишь факультативное значение.
  - 5а. Обнаружение и констатация вне клинической, не психопатологической картины состояния позволяет эксперту-психологу провести квалификацию этого психического феномена как аффекта или иного эмоционального состояния и сделать экспертный вывод о наличии и характере влияния эмоционального состояния на способность несовершеннолетнего к осознанному и волевому руководству действиями.
6. Выполняется совместная работа над оформлением экспертного заключения с комплексацией и интеграцией специальных знаний, а при необходимости — формулированием самостоятельных ответов экспертов как психиатров, так и психологов на поставленные вопросы, отражающие специфические характеристики эмоционального реагирования несовершеннолетнего лица. Чаще всего сложный непатологический характер состояния подростка во время совершения ООД служит основанием для решения специалистов о необходимости увеличения срока производства стационарной экспертизы (практически всегда он составляет не менее 60 суток).
7. При продлении срока освидетельствования психиатрами анализируется клиническая предрасположенность состояния, а экспертами-психологами осуществляется повторное исследование аффективного (эмоционального) состояния обвиняемого в уголовно-значимый период.

8. В день экспертизы специалистами комплексно обсуждается и производится окончательная диагностика, формулируются ответы на заданные судебно-следственными органами вопросы, а затем оформляется экспертное заключение.

Наиболее четкая оценка аффективных деликтов у несовершеннолетних возможна лишь при проведении комплексной психолого-психиатрической экспертизы, так как после исключения психиатрами психотической аффективной реакции встает вопрос о необходимости оценки степени выраженности непсихотической аффективной реакции (в том числе аффекта), что входит в компетенцию специалиста-психолога.

Учитывая специфику неблагоприятного органического фона, личностных и поведенческих особенностей, пубертатного периода, лечение лиц, признанных невменяемыми, следует проводить в психиатрических стационарах общего типа. При этом в заключениях комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы подчеркивается, что повышенную общественную опасность такое лицо не представляет. Несовершеннолетние, перенесшие острые аффективные патологические реакции генез которых был вызван повторным психотравмированием, психогенным дистрессом, жестоким обращением, могут быть также направлены на амбулаторное принудительное лечение. Как правило, показателем для отмены принудительного лечения являются редукция продуктивных расстройств и депрессивных переживаний, полный выход из болезненного состояния и стойкие положительные социальные установки. При вынесении судебных решений, так же как при выписке несовершеннолетнего из психиатрического стационара, необходимо учитывать степень благополучия микросоциальной ситуации, разрешенность психотравмы, невозможность ее рецидива.

Разработанный методологический пошаговый алгоритм диагностической квалификации эмоциональных состояний и формулирования экспертных выводов в случаях кратковременно

протекающих психотических состояний у несовершеннолетних на моделях взаимодействия эксперта-психиатра и эксперта-психолога позволяют найти оптимальное решение при комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе несовершеннолетних обвиняемых. Важное практическое значение имеет изложенные в методических рекомендациях клинические формы и возрастные особенности патологических аффективных реакций — «исключительных состояний» у несовершеннолетних в их сопоставлении с МКБ-10. Использование предлагаемых методологических подходов дает возможность оптимизировать процесс экспертного исследования и привести к снижению числа повторных экспертиз, назначаемых вследствие сомнений суда в правильности экспертных выводов, что является показателем экономической эффективности данного метода.

**ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА  
КОМПЛЕКСНОЙ  
ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ В РАМКАХ  
ГРАЖДАНСКОГО ПРОЦЕССА**

*Методические рекомендации*



## ВВЕДЕНИЕ

В последние годы отчетливо проявляется тенденция к увеличению судебных дел в гражданском процессе, связанных с признанием недействительными сделок с «пороком воли». Соответственно, это отражается и на динамике роста судебных психиатрических и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз в гражданском процессе: практика использования психиатрических и психологических знаний при решении задачи признания недействительными сделок постоянно расширяется. Так, если в 1996 г. по стране было проведено 1317 судебно-психиатрических и комплексных психолого-психиатрических экспертиз по определению сделокоспособности, то число аналогичных экспертиз в 2006 г. составляло уже 1773 (прирост 34,6%).

Гражданско-правовое понятие «порок воли» (несоответствие воли и волеизъявления) является одним из важнейших условий признания недействительности сделки. Другими такими условиями являются «порок содержания» (при нарушении законности содержания правового акта), «порок в субъекте» (при нарушении способности физических и юридических лиц, совершающих сделку, к участию в ней по правовым причинам), «порок формы» (при несоблюдении законной формы сделки).

Из этого перечня условий только понятие «порок воли» охватывает субъективную (психологическую) сторону сделки и раскрывается в гражданском законодательстве через ряд отличных друг от друга юридически значимых обстоятельств. Сделка может быть признана недействительной при нарушении ее субъективной стороны, т.е. если она совершена:

- согласно ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации, гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий и руководить ими;
- согласно ст. 178 Гражданского кодекса Российской Федерации, под влиянием заблуждения, имеющего существенное значение;

- согласно ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации, под влиянием обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения представителя одной стороны с другой стороной, стечения тяжелых обстоятельств.

При судебном определении «порока воли», таким образом, существенное значение имеет установление психического состояния лица, совершившего сделку, в совокупности с оценкой его способности совершать осознанные и произвольно регулируемые гражданско-правовые действия.

Психическое состояние субъекта, определяющее расстройства осознанного принятия решения о совершении сделки и произвольной регуляции своих действий при исполнении этого решения, может определяться как психическим расстройством (в том числе временным), так и особым эмоциональным состоянием донозологического уровня, его индивидуально-психологическими особенностями во взаимодействии с конкретной ситуацией.

«Такое состояние» лица, совершающего сделку, определяет, по гражданско-правовой терминологии, «порок воли». В отличие от академической психологии, где сущность воли заключается в ее активной регулирующей функции, направленной на преодоление препятствий, в гражданском праве это понятие трактуется несколько иначе. Можно определить волю в юридическом ее значении как желание, намерение, стремление (семантически это близко одному из вариантов использования понятия воли в быденном языке, например, говорят: «В моей воле сделать это», «Я хочу объявить вам свою волю»), выраженное в установленных нормами права действиях, влекущих определенные юридические последствия (применительно к совершению сделок это установление, изменение или прекращение гражданских прав и обязанностей). Воля в сфере уголовного права охватывает мотивы деятельности, намерения деятеля и предвидение им тех последствий, которые должны или могут проистекать из совершаемых действий.

Сказанное определяет возможность определения указанных обстоятельств судебно-экспертным путем с использованием спе-

циальных знаний в психологии и психиатрии, т.е. при производстве комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Практика проведения судебных экспертиз в гражданском процессе в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии показывает, что доля КСППЭ по делам о признании сделки недействительной составляет примерно половину от всех судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе.

Наряду с расширяющейся практикой проведения КСППЭ по делам о недействительности сделок, научно-аналитических работ, несмотря на определенные достижения в этой области, все еще недостаточно. Настоящие методические рекомендации посвящены теоретико-методологическим и организационно-правовым аспектам судебных экспертиз по определению сделкоспособности с использованием специальных знаний в психиатрии и психологии.

Методологические и теоретические положения, лежащие в основе описанного экспертного метода, рекомендуется использовать при проведении стационарных, амбулаторных (очных и заочных, в том числе посмертных) судебно-психиатрических экспертиз и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз при оценке психического состояния лиц в период совершения ими сделки в гражданских делах о признании сделки недействительной (по ст.ст. 177, 178 и 179 Гражданского кодекса Российской Федерации).

## ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

В совокупность экспертного метода входят составными частями клинико-психопатологический метод (анамнез, катамнез, медицинское наблюдение, клиническая беседа, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психического расстройства), использование экспериментально-психологических методик, а также клинико-психологический анализ гражданского дела, приобщенной к нему медицинской документации и иных материалов (письменной продукции подэкспертного, продуктов творчества, фото-, аудио- и видеоматериалов).

### 1. НОРМЫ ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ СДЕЛКИ С «ПОРОКОМ ВОЛИ»: ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ

В ст. 153 Гражданского кодекса Российской Федерации дается гражданско-правовое определение понятия сделки. Согласно этому определению, сделками признаются действия граждан и юридических лиц, направленные на установление, изменение или прекращение гражданских прав и обязанностей. В п. 2 ст. 1 Гражданского кодекса Российской Федерации указано, что граждане (физические лица) и юридические лица приобретают и осуществляют свои гражданские права своей волей и в своем интересе. Они свободны в установлении своих прав и обязанностей на основе договора и в определении любых не противоречащих законодательству условий договора. С гражданско-правовых позиций существует два вида нарушений воли: «отсутствие воли» при недееспособности (ст. 171 Гражданского кодекса Российской Федерации).

Федерации) и «искажение воли» при неспособностях (ст.ст. 177–179 Гражданского кодекса Российской Федерации). Эти случаи являются основанием для признания гражданско-правовых сделок недействительными.

Наиболее распространенной категорией дел в гражданском судопроизводстве в отношении дееспособных лиц является рассмотрение исков о признании сделки недействительной по ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации.

*Статья 177 Гражданского кодекса Российской Федерации.* Недействительность сделки, совершенной гражданином, не способным понимать значение своих действий или руководить ими.

1. Сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения.
2. Сделка, совершенная гражданином, впоследствии признанным недееспособным, может быть признана судом недействительной по иску его опекуна, если доказано, что в момент его совершения гражданин не был способен понимать значение своих действий или руководить ими.
3. Если сделка признана недействительной на основании настоящей статьи, соответственно применяются правила, предусмотренные абзацами вторым и третьим п. 1 ст. 171 настоящего Кодекса.

Статья предусматривает два случая: когда дееспособный гражданин в момент совершения сделки не мог понимать значение своих действий или руководить ими и когда гражданин на момент совершения сделки фактически уже являлся недееспособным, но формально был признан судом недееспособным только после его совершения. В том и в другом случае основа-

нием для признания сделки недействительной является неспособность лица понимать значение своих действий или руководить ими.

Данная неспособность должна быть доказана в суде. Таким доказательством является заключение судебной экспертизы.

В ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации нарушение юридического критерия («способности понимать значение своих действий или руководить ими») не предопределяется каким-либо медицинским критерием — причиной расстройства осознанной регуляции своих действий в момент совершения сделки выступает, по формулировке Гражданского кодекса Российской Федерации, «такое состояние». Таким образом, этот фактор охватывает широкий спектр психических состояний, объединяющий, в частности, и психические расстройства, и различные эмоциональные состояния, обусловленные совокупным влиянием индивидуально-психологических особенностей подэкспертного и актуальной юридически значимой ситуации. Поэтому определение неспособности к осознанию своих действий или руководству ими и является задачей комплексного исследования с применением специальных познаний как в психологии, так и в психиатрии.

Юридический критерий сформулирован в психологических терминах и состоит из двух частей — так называемого интеллектуального компонента юридического критерия («способность понимать значение своих действий») и волевого компонента («способность руководить ими»). Между ними стоит союз «или», поскольку возможны различные варианты их соотношения: ясно, что нарушение способности понимать значение своих действий при совершении сделки всегда предопределяет и неспособность руководить ими, но встречаются ситуации, в которых при понимании значения своих действий субъект, тем не менее, оказывается неспособным к руководству ими. Подобное соотношение также является основанием для определения неспособности к совершению сделки.



После признания сделки недействительной по основаниям, указанным в ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации, к ней применяется двусторонняя реституция, т.е. каждая из сторон обязана возвратить другой стороне все полученное в натуре, а при невозможности этого — возместить его стоимость в деньгах, а также возмещение реального ущерба, понесенного гражданином, неспособным понимать значение своих действий или руководить ими в момент совершения сделки.

Другим основанием для признания сделки недействительной является «порок воли» в виде заблуждения.

*Статья 178 Гражданского кодекса Российской Федерации.* Недействительность сделки, совершенной под влиянием заблуждения.

Сделка, совершенная под влиянием заблуждения, имеющего существенное значение, может быть признана судом недействительной по иску стороны, действовавшей под влиянием заблуждения.

Существенное значение имеет заблуждение относительно природы сделки либо тождества или таких качеств ее предмета, которые значительно снижают возможности его использования по назначению. Заблуждение относительно мотивов сделки не имеет существенного значения.

Если сделка признана недействительной как совершенная под влиянием заблуждения, соответственно применяются правила, предусмотренные п. 2 ст. 167 настоящего Кодекса.

Кроме того, сторона, по иску которой сделка признана недействительной, вправе требовать от другой стороны возмещения причиненного ей реального ущерба, если докажет, что заблуждение возникло по вине другой стороны. Если это не доказано, сторона, по иску которой сделка признана недействительной, обязана возместить другой стороне по ее требованию причиненный ей реальный ущерб, даже если заблуждение возникло по обстоятельствам, не зависящим от заблуждавшейся стороны.

Основанием для признания сделки недействительной по ст. 178 Гражданского кодекса Российской Федерации является уже не нарушение способности лица понимать значение своих действий или руководить ими, а иное состояние — состояние заблуждения. В статье дается четкий перечень случаев, при которых заблуждение имеет существенное значение для принятия судебного решения о недействительности гражданина. Не имеют значения причины заблуждения. Не является существенным заблуждение относительно мотивов сделки. Не является существенным и неверное представление о правах и обязанностях по сделке. Но заблуждение относительно самой сути сделки имеет для суда существенное значение.

Сам факт заблуждения является юридическим и устанавливается только судом. При назначении КСППЭ по данной категории дел необходимо учитывать, что главное в содержании заблуждения как порока воли заключается в том, что воля заблуждающейся стороны формируется не свободно, а под влиянием не соответствующих действительности представлений о существенных элементах сделки или в результате их незнания. Необходимо выделить основные клиничко-психологические факторы, влияющие на формирование неправильных представлений относительно природы сделки и на возможность возникновения состояния заблуждения.

К сделкам, признанным недействительными вследствие заблуждения, имеющего существенное значение, могут применяться двусторонняя реституция и возмещение реального ущерба той или иной стороне в зависимости от вины этих сторон в возникновении заблуждения.

Еще одна норма — ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации («Недействительность сделки, совершенной под влиянием обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения представителя одной стороны с другой или стечения тяжелых обстоятельств») используется на сегодняшний день при назначении КСППЭ реже, чем ст.ст. 177 и 178 Гражданского кодекса

Российской Федерации. Это обусловлено тем обстоятельством, что суду для признания сделки недействительной достаточно зафиксировать наличие обмана, насилия, угрозы и проч. со стороны контрагента по сделке. Тем не менее в ряде случаев у суда возникает потребность в использовании специальных знаний в психиатрии и психологии для установления истины по делу.

## **2. ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВИДОВ «ПОРОКА ВОЛИ» ПРИ СОВЕРШЕНИИ СДЕЛКИ: СУДЕБНО-ЭКСПЕРТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Как показано при правовом анализе, основанием для признания сделки недействительной являются отличные друг от друга варианты искажения воли при их совершении.

Основная сложность при производстве КСППЭ в Гражданском процессе заключается в том, что правовые категории («неспособность понимать значение своих действий или руководить ими», «заблуждение») сформулированы с использованием психологических терминов. Означает ли это, что в психологии и праве данные категории являются идентичными? Анализ теоретических проблем судебной психолого-психиатрической экспертизы приводит к выводу, что правовые и психологические понятия существенно различаются и поэтому прямой перенос психологических понятий в правовую сферу неэффективен и нецелесообразен. Теория судебной экспертизы имеет дело с клинико-психологическим содержанием некоторых юридических понятий, описывающих поведение людей и его внутренние механизмы, фиксирующих временные психические состояния, изменения сознания под влиянием различных факторов.

Соответственно юридическое (доказательственное) значение для суда имеют заключения КСППЭ, определяющие не правовые нормы, имеющие психологическое содержание, с одной стороны,

и не диагностируемые экспертом общепсихиатрические и общепсихологические явления, с другой, а «экспертные» понятия. Предметом экспертного исследования психиатра и психолога являются особенности функционирования психической деятельности человека в юридически значимых ситуациях (они могут быть патологическими или непатологическими — возрастными, личностными, эмоциональными), имеющие юридическое значение и влекущие определенные правовые последствия. Суд интересуется не собственно диагностика особенностей психики человека, а наличие или отсутствие у этих особенностей таких свойств, которые определяют их юридическую значимость, что отражено в праве в качестве юридических критериев той или иной способности подэкспертного лица или в иных правовых категориях.

Недостаточное понимание этого положения приводит к тому, что эксперты — психиатры и психологи — в своих заключениях определяют «порок воли», «свободу волеизъявления», «заблуждение» и т.п., выходя за пределы своей компетенции.

Между тем специальные знания эксперта — это всегда научные знания внеправового характера, сопровождаемые адекватными (признанными) прикладными методиками, используемые для достижения определенных юридических целей, и эксперт-психолог не должен решать правовые вопросы, входящие в компетенцию суда.

В целом разработка клинико-психологических критериев неспособности к осознанию и регуляции своих действий при совершении сделки под воздействием разного рода психических состояний требует глубокого анализа основных экспертных понятий с позиций судебно-психологической экспертологии, наполнения их реальным научным психологическим содержанием. В законе формулировка юридических критериев дана лишь в общем виде и требует экспертологической и научной клинико-психологической проработки.

Рассмотрим основные «экспертные» понятия, используемые при судебной экспертизе с участием психолога в гражданском процессе.

**2.1. КОМПЛЕКСНАЯ СУДЕБНАЯ  
ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ  
ЭКСПЕРТИЗА ПО ДЕЛАМ О ПРИЗНАНИИ  
СДЕЛОК НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМИ ВСЛЕДСТВИЕ  
НЕСПОСОБНОСТИ ГРАЖДАНИНА ПОНИМАТЬ  
ЗНАЧЕНИЕ СВОИХ ДЕЙСТВИЙ ИЛИ РУКОВОДИТЬ  
ИМИ (СТ. 177 ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)**

Как указывалось выше, медицинский критерий (психическое расстройство) в ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации является компонентом более широкого определения («такое состояние»), а юридический критерий сформулирован в психологических терминах и состоит из двух частей — интеллектуального («способность понимать значение своих действий») и волевого компонента («способность руководить ими»). В целом разработка клинико-психологических критериев неспособности к осознанию и регуляции своих действий при совершении сделки под воздействием разного рода психических состояний требует глубокого научного психологического анализа.

С позиций общей психологии предметом экспертного исследования может выступать «нарушение способности субъекта к осознанному принятию решения и его целенаправленному исполнению, реализации» как психологического эквивалента юридического критерия ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Для установления этого необходимо анализировать особенности динамики мотивации совершения сделки, которая может быть нарушена в разных звеньях. Согласно теориям принятия решения способность к осознанной регуляции при совершении сделки можно представить следующим образом. Мотивация складывается из следующих этапов. Определенное намерение или побуждение мотивирует принятие конкретного решения. На

основе принятого решения в происходит инициация действия, а точнее (в большинстве случаев, кроме составления завещания и выдачи доверенности на совершение сделки другому лицу) — целой цепочки конкретных действий: при совершении сделки необходимо собирать документы, постоянно подписывать ряд юридически важных бумаг, взаимодействовать с другими сторонами и нотариусом. При свободном принятии решения и ее осознанной реализации человек, оценивая ситуацию и свои действия, контролируя свое поведение, прогнозируя его последствия, способен в любой момент прекратить выполнение действия или изменить свое решение.

Расстройства осознанной регуляции действий субъекта при совершении сделки происходят в основном из-за:

- нарушений смысловой оценки ситуации и самооценки;
- неспособности к рефлексии как решения задачи на смысл сделки (осознания отношения цели сделки к ее мотиву);
- искажения оценки промежуточных целей при выполнении различных этапов совершения сделки;
- снижения способности к контролю собственных действий на этих этапах; нарушений адекватного прогноза непосредственных результатов совершения сделки и оценки ее отдаленных последствий.

Опыт производства КСППЭ по признанию сделки недействительной свидетельствует, что причиной вышеуказанных нарушений осознанной регуляции действий подэкспертных лиц в основном являются разнообразные формы психических расстройств.

Среди них можно выделить группу хронических психических расстройств, представленную в практике КСППЭ в основном следующими нозологическими формами:

- органические психические расстройства, представленные сосудистой деменцией, деменцией в связи со смешанными заболеваниями, органическим расстройством личности;
- параноидная шизофрения;
- умственная отсталость.



Нарушения способности к осознанному принятию решения и его исполнению определяются совокупностью интеллектуально-мнестических (стойкое снижение при органических психических расстройствах и умственной отсталости или искажение мыслительного процесса при шизофрении), эмоционально-волевых нарушений (которые могут проявляться различными формами дефекта органической и эндогенной структуры) и нередко бредовых, галлюцинаторно-параноидных и параноидных психотических расстройств.

Другую группу составляют временные психические расстройства, которые возникают в период сделки на фоне имеющихся психических расстройств пограничного уровня: органические психические расстройства, представленные легким когнитивным расстройством, органическим эмоционально-лабильным расстройством или органическим расстройством личности (с ведущими умеренно выраженным психоорганическим синдромом); вторая стадия синдрома зависимости от алкоголя; расстройства личности; депрессивные состояния. Временное психическое расстройство, обуславливающее нарушения осознания и произвольной регуляции своей деятельности по совершению сделки, определяется чаще всего декомпенсацией, обострением или ухудшением психического состояния вследствие различных психогенных, соматогенных и других факторов. Кроме того, к этой подгруппе относятся лица без выраженных признаков психической патологии в период до совершения сделки, но обнаруживающие в период совершения сделки нарушения сознания в виде обнубления, оглушенности, сопора, комы вследствие тяжелого онкологического заболевания (выраженной раковой интоксикации, приема наркотических анальгетиков).

В то же время возможны нарушения принятия свободного решения вследствие непатологических психологических факторов. Особого внимания при определении этого варианта несделкоспособности требует исследование ситуации и роли ситуационных факторов в формировании у лица, вступающего в правовые

отношения, определенного психологического состояния в сочетании с его индивидуально-психологическими особенностями (внушаемостью, подчиняемостью, психологической зависимостью от определенного лица) и психофизического состояния в период принятия решения и его реализации (наличие соматических и неврологических заболеваний, психофизиологического состояния).

## **2.2. КОМПЛЕКСНАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ДЕЛАМ О ПРИЗНАНИИ СДЕЛОК НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБЛУЖДЕНИЯ (СТ. 178 ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)**

Необходимо выделить основные психологические факторы, влияющие на формирование неправильных представлений относительно природы сделки и на возможность возникновения состояния заблуждения у лица, совершившего сделку. Как указывалось выше, для теории экспертизы главное в содержании заблуждения как «порока воли» заключается в том, что воля заблуждающейся стороны формируется не свободно, а под влиянием не соответствующих действительности представлений о существенных элементах сделки или в результате их незнания.

Что является, с психологической точки зрения, основой возникновения ошибочных представлений о природе сделки? Представления формируются на основе ощущения и восприятия, поэтому главное внимание эксперты должны уделять нарушениям перцептивной деятельности, не ограничиваясь анализом влияния на восприятие сенсорных недостатков, но глубоко исследуя и особенности смыслового восприятия, которые могут выступать причинами неадекватного отражения ситуации сделки. Совершение сделки под влиянием заблуждения предполагает, что субъективная возможность руководства своими действиями не нарушена: действия гражданина направлены на

достижение избранной цели. Но при заблуждении сама цель сформирована не свободно, а под влиянием неправильных или ошибочных представлений о сущности сделки. Действия истца целенаправленны, сопровождаются адекватными контролем и прогнозом, однако психологическая основа цели действия оказывается неадекватной, не соответствующей истинным намерениям лица, совершающего сделку. Например, лицо, совершающее сделку, в силу своих психических расстройств, или индивидуально-психологических особенностей, или сенсорного дефекта (слабое зрение или слух), или в силу сочетания всех вышеназванных факторов может искренне полагать, что заключает договор ренты, а на самом деле подписывает договор дарения или купли-продажи.

Поэтому при производстве КСППЭ по ст. 178 Гражданского кодекса Российской Федерации основным экспертным понятием является «нарушение понимания существа сделки вследствие ошибочного восприятия и оценки ситуации», которое может определяться индивидуально-психологическими особенностями (в том числе обусловленными психическим расстройством), сенсорными дефектами, особым психическим (эмоциональным состоянием). Соответственно у лица, совершающего сделку под влиянием заблуждения, можно квалифицировать, по терминологии ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации, нарушение «способности осознавать значение своих действий» вследствие непонимания существа сделки. При этом с субъективно-психологической стороны «способность руководить своими действиями» при этом остается сохранной (человек контролирует свои действия на всех этапах исполнения своего, хоть и неверного, решения, прогнозирует последствия своих действий), но с объективно-психологической и с гражданско-правовой точки зрения его регуляторные способности также оказываются нарушенными, поскольку исполнение принятого решения основано на неправильно и несвободно сформированной цели.

### **2.3. КОМПЛЕКСНАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ДЕЛАМ О ПРИЗНАНИИ НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМИ СДЕЛОК, СОВЕРШЕННЫХ ПОД ВЛИЯНИЕМ ОБМАНА, НАСИЛИЯ, УГРОЗЫ, ЗЛОНАМЕРЕННОГО СОГЛАШЕНИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ОДНОЙ СТОРОНЫ С ДРУГОЙ СТОРОНОЙ ИЛИ СТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ (СТ. 179 ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)**

Эта норма Гражданского кодекса Российской Федерации — ст. 179 — является поводом для назначения КСППЭ относительно редко. Согласно гражданскому законодательству, суду для признания сделки недействительной достаточно доказать факт обмана, или насилия, или угрозы и проч. со стороны противоположной стороны. Однако судебно-экспертная практика показывает, что в ряде случаев и по этой статье Гражданского кодекса Российской Федерации назначается КСППЭ.

Теоретический анализ таких КСППЭ выявляет следующие причины, обуславливающие потребность суда в использовании специальных знаний в психологии и психиатрии.

- Во-первых, вследствие обмана у лица, совершающего сделку, также возникает состояние заблуждения, только неправильное представление о существенных элементах сделки формируется не вследствие внутренних психологических причин, а вследствие внешней — обмана. Иными словами, в этой ситуации судебно-экспертному установлению подлежит тот факт, что представление о сделке было неправильным. Таким образом, диагностируемым в ходе экспертного исследования понятием будет являться «нарушение понимания существа сделки вследствие неадекватного восприятия и оценки ситуации», которое будет определяться уже не индивидуальными особенностями или психическим состоянием, а недостаточностью, недействительностью или искаженностью представленных человеку данных о существе сделки.

• Во-вторых, при насилии и угрозе, под влиянием которых совершается сделка, обычно остается сохранной способность понимать значение своих действий, но «порок воли» заключается в нарушении способности управлять своими действиями. Человек может осознавать, что сделка противоречит его интересам (например, купли-продажи на крайне невыгодных для него условиях), но под влиянием физического и/или психологического воздействия не может противостоять давлению или воздействию со стороны противоположной стороны, поэтому подчиняется против своей «воли» контрагенту, поскольку такое решение оказывается единственным и практически безальтернативным выходом из психотравмирующей, нередко опасной для жизни, ситуации. Иначе говоря, предметом КСППЭ будет выступать «нарушение свободы выбора при совершении сделки под влиянием психотравмирующей ситуации (психотравмирующих воздействий)».

Таким образом, соотношение правовых и психологических понятий при рассмотрении гражданских дел с «пороками воли» и производстве КСППЭ или СПЭ можно представить в виде таблицы.

#### Юридический и психологический критерии нарушения «сделкоспособности»

Статья	«Юридический» критерий	«Психологический» критерий
177	Неспособность понимать значение своих действий или руководить ими	Нарушение способности к осознанному принятию решения и его исполнению
178, 179 (обман)	Заблуждение относительно природы сделки	Нарушение понимания существа сделки вследствие ошибочного восприятия и оценки ситуации
179	Насилие, угроза, стечение тяжелых жизненных обстоятельств	Нарушение свободы выбора под влиянием психотравмирующей ситуации

### 3. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВА КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ О ПРИЗНАНИИ СДЕЛКИ НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ

Несмотря на многочисленные исследования в области теории комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ), при их проведении судебно-психиатрические и судебно-психологические эксперты сталкиваются с множеством проблем. Наиболее значимая из них заключается в следующем вопросе: каким образом осуществляется интеграция и где проходят границы дифференциации психиатрических и психологических знаний в комплексном исследовании? Необходимо отметить, что еще во многих случаях заключения КСППЭ в гражданском процессе оформляются либо как «механическая» сумма экспертных выводов психиатра и психолога (каждый из которых подписывает только свои ответы на вопросы судебно-следственных органов без должного учета выводов эксперта другой специальности), либо как «общие» выводы без указания того, какие исследования и в каком объеме провел каждый эксперт — психиатр и психолог.

Проанализируем существующие законодательные и нормативно-правовые акты, регулирующие производство комплексных судебных экспертиз.

Согласно ст. 82 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации:

- 1) комплексная экспертиза назначается судом, если установление обстоятельств по делу требует одновременного проведения исследований с использованием различных областей знания или с использованием различных научных направлений в пределах одной области знания;
- 2) комплексная экспертиза поручается нескольким экспертам. По результатам проведенных исследований эксперты формулируют



ют общий вывод об обстоятельствах и излагают его в заключении, которое подписывается всеми экспертами. Эксперты, которые не участвовали в формулировании общего вывода или не согласны с ним, подписывают только свою исследовательскую часть заключения.

Таким образом, процессуальный статус КСППЭ позволяет в экспертном заключении формулировать как интегративные (синтезирующие) выводы, так и выводы эксперта одной специальности. В первом случае, как указывается в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.08.2003 г. № 401 «Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе», формулируются выводы комплексного экспертного исследования, входящие в совместную компетенцию экспертов разных специальностей, а во втором — выводы, которые входят в компетенцию эксперта лишь одной специальности.

Какие же подходы существуют к решению проблемы интегративных выводов при проведении КСППЭ в гражданском процессе?

Первый подход к интеграции психологических и психиатрических знаний в КСППЭ обвиняемых заключается в совместном экспертном исследовании юридического критерия сделокоспособности, который, как показано выше, сформулирован в клинко-психологических понятиях.

Второй подход заключается в разведении, с одной стороны, психопатологических факторов, влияющих на способность подэкспертного к осознанно-волевому поведению при совершении сделки (определение которых будет являться компетенцией психиатра), с другой — эмоциональных и личностных (установление которых входит в компетенцию психолога). Так, комплексирование познаний психолога и психиатра можно видеть не только в том, чтобы сформулировать интегративный вывод, но и в том, чтобы четко разграничивать проявления в психическом состоянии подэкспертного болезненных и неболезненных факторов.

Следует, однако, иметь в виду, что нарушение сделокоспособности у подэкспертного в практике гражданского судопроизводства и, соответственно, в судебно-экспертной практике чаще всего является следствием совокупного влияния психического расстройства, уровня психического развития, личностных особенностей, эмоционального состояния, которые в юридически значимом поведении нередко опосредуются алкогольной интоксикацией, групповой динамикой, определенными ситуативными требованиями.

Таким образом, при производстве КСППЭ по делам о признании сделки недействительной оптимальной формой объединения специальных знаний психиатра и психолога является модель «последовательно-параллельного комплексирования».

Данный вариант совместного применения познаний в психологии и психиатрии объединяет юридический критерий. При КСППЭ в гражданском процессе нарушение способности подэкспертного понимать значение своих действий или руководить ими при совершении сделки (ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации) могут быть обусловлены фактором психического расстройства (компетенция психиатра) или психологическими факторами — особым эмоциональным состоянием, непатологическими особенностями познавательных процессов, особенностями взаимодействия с контрагентом при совершении сделки (компетенция психолога). В этих случаях первоначально в процессе экспертизы указанные психопатологические и психологические факторы исследуются психиатрами и психологами параллельно.

При диагностике психиатрами выраженного психического расстройства (психоза, выраженной умственной отсталости) для определения неспособности к осознанно-волевой регуляции своих действий при совершении сделки в принципе достаточно специальных знаний в психиатрии, хотя и в этом случае патопсихологические данные могут эффективно использоваться при клинической диагностике.

В случае же диагностики у подэкспертного временного психического расстройства или умеренно выраженного психического расстройства роль психологического исследования резко возрастает: такие психические расстройства (в отличие от деменции, параноидной шизофрении, выраженной умственной отсталости) не могут непосредственно и прямо определять нарушение способности к саморегуляции, они опосредуются личностными факторами, сформировавшимися под влиянием заболевания. В механизме совершения гражданско-правового действия, нарушающего способность гражданина к свободному выбору действия, решающее значение имеет взаимодействие индивидуально-психологических особенностей, обусловленных психическим расстройством, с конкретной ситуацией. Поэтому в этих случаях совместное экспертное исследование психолога и психиатра касается анализа юридически значимой способности понимать значение своих действий или руководить ими при совершении сделки.

Такое же соотношение интегративного использования специальных знаний в психиатрии и психологии используется при обосновании способности подэкспертного лица с невыраженным психическим расстройством понимать значение своих действий или руководить ими при совершении сделки.

При отсутствии же у подэкспертного психического расстройства в период совершения сделки необходимо тщательно исследовать его способность понимать значение своих действий или руководить ими с судебно-психологических позиций. Психолог может выявить возможные психологические причины нарушения этой способности или констатировать ее сохранность. В этом случае на последнем этапе комплексирование психологических и психиатрических знаний является уже последовательным — судебный эксперт-психолог выносит заключение с обязательным учетом диагностического и экспертного решения судебно-психиатрического эксперта и вслед за ним.

При комплексном определении нарушения способности к совершению сделки под влиянием заблуждения (ст. 178 Гражданского кодекса Российской Федерации) или разного рода психотравмирующих воздействий (по смыслу ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации) используется также вышеописанный алгоритм взаимодействия экспертов — психиатра и психолога. Как показывает практика, при производстве такого рода КСППЭ очень редко диагностируются выраженные психические расстройства, поэтому определение нарушений понимания существа сделки вследствие ошибочного восприятия и оценки ситуации или свободы выбора при совершении сделки под влиянием психотравмирующей ситуации в подавляющем большинстве случаев становится предметом совместной компетенции психиатра и психолога.

#### **4. ВОПРОСЫ СУДА, ПОДЛЕЖАЩИЕ РАЗРЕШЕНИЮ В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ДЕЛАМ О ПРИЗНАНИИ СДЕЛОК С «ПОРОКОМ ВОЛИ» — НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМИ**

Проведенный теоретический и методологический анализ КСППЭ по делам о сделках с «пороком воли» показывает, что юридическое значение имеют следующие вопросы суда.

По ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации.

- Имелось ли у подэкспертного в момент совершения сделки какое-либо психическое расстройство?
- Если да, то был ли способен подэкспертный понимать значение своих действий или руководить ими в момент совершения сделки вследствие психического расстройства?
- Имелись ли у подэкспертного в момент совершения сделки такие индивидуально-психологические особенности (можно

указать конкретно интересующие суд черты личности: внушаемость, подчиняемость и т.п.), вследствие которых он не мог понимать значение своих действий или руководить ими? По ст. 178 Гражданского кодекса Российской Федерации.

- Имеются ли у подэкспертного индивидуально-психологические особенности (в том числе обусловленные психическим расстройством), сенсорные дефекты, которые могли оказать существенное влияние на смысловое восприятие и оценку существа сделки?
- Не находился ли подэкспертный в таком психическом (эмоциональном) состоянии, которое могло оказать существенное влияние на смысловое восприятие и оценку существа сделки?
- Учитывая особенности познавательной сферы, психическое состояние в момент совершения сделки, внешние условия, в которых происходило принятие решения, а также индивидуальную значимость последствий сделки, имел ли субъект адекватное (правильное) представление о существе сделки? По ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.
- Какое влияние оказала угроза (насилие, стечение тяжелых обстоятельств) на процесс принятия лицом решения о совершении сделки и его реализацию с учетом его психического состояния и индивидуально-психологических особенностей?
- Была ли нарушена свобода выбора при совершении сделки?
- Была ли нарушена способность субъекта свободно извлекать свои подлинные желания и намерения при совершении сделки?

## 5. СТРУКТУРА ЗАКЛЮЧЕНИЯ КСППЭ

Структуру заключения КСППЭ задает Приказ МЗ РФ № 401 от 12.08.2003 г. «Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе». Согласно данному приказу, утверждены отраслевая учет-

ная форма № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов») и Инструкция по заполнению отраслевой учетной формы, т.е. в соответствии с Федеральным законом № 73-ФЗ от 31.05.2001 г. «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» на ведомственном уровне регламентируется структура экспертного заключения, в том числе КСППЭ.

В соответствии с законодательством и ведомственными документами заключение по итогам КСППЭ состоит из трех частей: вводной, исследовательской, выводов. При этом необходимо иметь в виду, что заключение КСППЭ имеет в целом ту же структуру, что и заключение однородной судебно-психиатрической экспертизы.

Во введении формулируется наименование комплексной экспертизы, эксперты других специальностей указываются в числе членов комиссии. Исследовательская часть каждого из взаимодействующих экспертов в полном объеме выделяется особо и подписывается экспертом, ответственным за ее составление. Эта часть традиционно состоит из двух частей: анамнеза и описания соматического, неврологического и психического состояния (статуса).

Допускается приведение не только анамнеза заболевания, но и сведений о жизни подэкспертного, имеющих значение для формулирования экспертных выводов, которые входят в компетенцию эксперта-психолога или в совместную компетенцию экспертов — психиатра и психолога (клинико-психологический анамнез). В этом случае анамнез подписывается всеми участвующими в экспертизе специалистами.

В разделе, отражающем статус подэкспертного, в полном объеме должны быть представлены результаты психологического анализа материалов гражданского дела и экспериментально-психологического исследования подэкспертного, при этом должны быть указаны все методы (беседа, наблюдение, экспериментальные методики), использованные при обследовании. При



этом эксперт-психолог подписывает только эту часть заключения. При заочной (в том числе посмертной) КСППЭ эксперт-психолог приводит в данном разделе только данные психологического анализа дела.

Выводы комиссии экспертов при проведении КСППЭ по определению способности к совершению сделки могут быть двух видов. Во-первых, выводы эксперта одной специальности. Это, к примеру, ответы на вопросы о наличии или отсутствии психического расстройства у лица, совершившего сделку, которые входят в компетенцию только судебно-психиатрического эксперта, или, напротив, вопросы об его индивидуально-психологических особенностях, которые входят в компетенцию эксперта-психолога. В этом случае и эксперт-психиатр, и эксперт-психолог формулируют самостоятельные выводы, которые, соответственно, подписываются отдельно. При этом каждый из экспертов, участвующий в производстве КСППЭ, при обосновании собственных выводов может опираться на данные, полученные в ходе исследования или на выводы, сформулированные экспертом другой специальности, при условии, что данное обстоятельство будет отмечено им в экспертном заключении. Во-вторых, по итогам КСППЭ в гражданском процессе формулируются интегративные или синтезирующие выводы, входящие в компетенцию и психиатра, и психолога: в первую очередь это ответы на вопросы о способности подэкспертного понимать значение своих действий или руководить ими в момент совершения сделки, о его способности к пониманию существа сделки вследствие ошибочного восприятия и оценки ситуации, о его способности к свободному выбору решения при совершении сделки под влиянием психотравмирующей ситуации. Такие выводы подписываются и экспертами-психиатрами, и экспертами-психологами.

## МЕТОДОЛОГИЯ ОБОСНОВАНИЯ ИНТЕГРАТИВНЫХ ЭКСПЕРТНЫХ ВЫВОДОВ В КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНЫХ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗАХ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

*Методические рекомендации*

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

КСППЭ — комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

ООД — общественно опасные действия.

ЭПИ — экспериментально-психологическое исследование.

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство.

## ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях значительная часть задач, стоящих перед врачами психиатрами и медицинскими психологами-экспертами, требует комплексного исследования, учета сложного системного строения личности, целостного подхода к оценке психической деятельности. Успешное их решение невозможно без четкого представления о пределах компетенции медицинских психологов-экспертов и разработки методологических принципов их взаимодействия с представителями смежных научных специальностей. Особую важность соблюдение этого требования имеет в такой области приложения психологической науки, как судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. От компетентного использования психологических знаний и правильного взаимодействия экспертов-психологов с экспертами других профессий, в первую очередь с психиатрами, имеющими тот же объект исследования, во многом зависит эффективность судопроизводства, соблюдение прав и охраняемых законами интересов граждан.

Процессуальной формой такого эффективного междисциплинарного системного взаимодействия является КСППЭ, а понятным выражением полученных экспертами результатов, имеющих юридическую значимость, являются интегративные экспертные выводы. Именно они позволяют представить суду наиболее полные и всесторонне научно обоснованные новые фактические данные. Сформулированные в виде ответов на вопросы, изложенные в постановлении о назначении экспертизы, эти аналитические сведения максимально раскрывают предмет конкретной экспертизы, отвечая требованиям надежности, достоверности и процессуальной доказательности.

Проблема разработки методологии интегративных выводов при проведении КСППЭ приобрела первостепенное значение в связи с неоднозначностью формулирования норм законов в Федеральном законе № 73-ФЗ от 31 мая 2001 года «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» и УПК

Российской Федерации, что приводит к разночтениям и субъективной интерпретации пределов компетенции экспертов психологов и психиатров.

Получение интегративных выводов КСППЭ — наиболее эффективная процессуальная форма реализации общенаучного комплексного подхода к экспертному исследованию. Методология основана на совокупном использовании научных и методических возможностей судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертиз. Она выражается в совместной оценке и интеграции результатов проведенных экспертами-психиатрами и экспертами-психологами исследований с целью получения общего ответа на вопросы, относящиеся к сфере совместной компетенции этих экспертов.

Такая интеграция не просто суммирует возможности судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертиз. В отличие от каждой из них, она дает возможность установить системные свойства изучаемого объекта: выявить результаты взаимодействия совокупности актуальных психологических и психопатологических факторов, раскрыть их системные связи, взаимозависимости и взаимообусловленность. Это наиболее правильный, методологически верный и эмпирически надежный путь к решению сложных экспертных задач в тех случаях, когда получение достоверного ответа может быть гарантировано только одновременной совокупной оценкой и совместным обобщением в заключительных интегративных выводах результатов применения базовых экспертных знаний и методов.

Основные принципы интегративного анализа экспертно значимой информации позволяют экспертам наиболее эффективно использовать имеющиеся специальные познания, не выходя за пределы своей компетенции. Внедрение в экспертную практику методологически обоснованных правил формулирования интегративных выводов будет способствовать повышению научной обоснованности и грамотности решения экспертных задач в соответствии с современными требованиями к психологу как



судебному эксперту. Такая интеграция специальных знаний судебного психиатра и судебного психолога не только повысит качество экспертных заключений, но и сделает их более доказательными и доступными для использования работниками судебно-следственных органов. Высокая доказательственность такого рода выводов существенно уменьшает вероятность назначения повторных экспертиз и вызовов экспертов в суд, снижая тем самым общие трудовые затраты и давая значительный экономический эффект.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ И ОСНОВАНИЯ ИНТЕГРАЦИИ ЭКСПЕРТОВ-ПСИХОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КСППЭ

---

При проведении КСППЭ психолог-эксперт должен исходить из того, что существуют три формы использования общенаучного комплексного подхода для решения экспертных задач.

Комплексно-вспомогательная форма предполагает учет экспертами одной специальности результатов частных исследований, выполненных представителями другой научной специальности, т.е. комплекс исследований в рамках одной экспертизы. Комплексно-кооперативная форма допускает участие экспертов разных специальностей в совместном обсуждении, сопоставлении и взаимной оценке однородных экспертных выводов, сделанных представителями каждой из кооперируемых научных дисциплин как самостоятельные с личной ответственностью экспертные заключения. Комплексно-интегративная форма реализует не только предварительный самостоятельный, но и совместный анализ данных, полученных экспертами-психологами и экспертами-психиатрами, с формулированием на экспертных комиссиях собственно интегративных экспертных выводов.

Такая развернутая завершенная форма комплексирования в первую очередь показана для решения наиболее сложных экспертных вопросов. На современном этапе развития КСППЭ к ним, несомненно, должны быть отнесены экспертные задачи, связанные с применением нормы *ст. 22 УК РФ* (особенно ее

первой части) и с квалификацией юридически значимых *атипичных* эмоциональных состояний.

Основания для интеграции при данных видах КСППЭ определяются необходимостью применения междисциплинарных экспертных знаний в отношении лиц, имеющих психическое расстройство, не исключающее вменяемости; при необходимости максимального учета влияния ситуационного и эмоционального факторов во время совершения правонарушения.

*При этом профессиональная специализация и компетенция экспертов, участвующих в таких КСППЭ, должна быть расширенной как за счет специальной подготовки и хорошего практического освоения понятийного аппарата и принципов экспертной оценки базовой экспертной дисциплины, так и за счет достаточной ориентированности в основных принципах получения и анализа информации в комплексированной области экспертных знаний. Соблюдение этого методологического правила является важной и необходимой предпосылкой для того, чтобы научно обоснованно, грамотно и содержательно объединять данные исследований и сделанные на их основании однородные выводы экспертов разных специальностей в конечное интегративное заключение.*

**Методология обоснования интегративных экспертных выводов при применении нормы ст. 22 УК РФ** изначально предполагает решение двух фундаментальных экспертных задач: выявление и диагностическая классификация психического расстройства; определение влияния установленного психического расстройства на меру ограничения актуальной саморегуляции инкриминируемого поведения обвиняемого вменяемого лица.

Методология решения первой фундаментальной задачи направлена на установление таких болезненных качеств психики, которые позволяют трактовать их как психическое расстройство, эквивалентное медицинскому критерию юридического понятия «вменяемость-невменяемость» — правовой предпосылки меры уголовной ответственности.

Методология решения второй базовой задачи ч. 1 ст. 22 УК РФ направлена на оценку патопсихологических и патопсихологических механизмов влияния психического расстройства на составляющие процесса саморегуляции преступного поведения, в том числе при дополнительном дезрегулирующем воздействии ситуационных и эмоциональных факторов.

Для комплексного решения первой задачи КСППЭ ограниченной вменяемости — установления природы (нозологии) и вида (типологии) психического состояния подэкспертного — наиболее эффективными являются использование патопсихологических симптомокомплексов. Определение типа, информативности, клинической соотносимости и полноты развернутости патопсихологического симптомокомплекса позволяет решить вопросы определения наличия и тяжести психопатологических и/или личностных расстройств, классифицируемых МКБ-10, т.е. установить наличие или отсутствие медицинского критерия ст. 22 УК РФ как исходного правового процессуального основания решения экспертных задач, вытекающих из содержания нормы.

Классификация патопсихологических расстройств представляет экспертам-психологам и ориентированным в проблеме экспертам-психиатрам возможность содержательно рассмотреть и сравнить с клиническими показателями установленный психологами внутренне организованный синдромальный аналог психических нарушений. При таком сравнении учитывается феноменологическое соответствие клиническим моделям, строгое соблюдение семиологических патопсихологических принципов идентификации расстройств, учет искажающего влияния модифицирующих и/или маскирующих факторов. Установленная таким способом патопсихологическая структура не только обладает «взвешенной» диагностической надежностью и теоретико-практической обоснованностью, но и выступает концептуально совместимым интегрирующим понятийным инструментом при междисциплинарной идентификации диагностической инфор-

мации как в плане нозологии, так и в плане тяжести и глубины психического расстройства.

Общая методологическая стратегия психодиагностических исследований в КСППЭ ограниченной вменяемости должна складываться из двух основных этапов:

- клинико-психологического анализа динамики изучаемого психического процесса, состояния, поведения, жизненного пути, истории формирования личности подэкспертного, задающего контекст целостного рассмотрения конкретного психического явления;
- отбора и применения комплекса патопсихологических методик, интерпретации и увязывания их результатов между собой и с данными динамического анализа ситуации правонарушения.

Таким образом, квалификация патопсихологических расстройств должна предоставлять экспертам-психологам и ориентированным в проблеме экспертам-психиатрам возможность содержательно рассмотреть и сравнить с клиническими показателями патопсихологический симптомокомплекс. Установленная на основании ЭПИ патопсихологическая структура отвечает требованиям диагностической надежности и теоретико-практической обоснованности и является основой при последующем психологическом экспертном анализе поведения субъекта в ситуации правонарушения.

При формулировании интегративных экспертных выводов следует иметь в виду, что содержание ч. 1 ст. 22 УК РФ определяет психологические условия ограничения ответственного поведения посредством оценки уровня и качества сознательной личностной саморегуляции субъекта преступного деяния. Главная функция саморегуляции — осуществлять в различных формах личностный контроль над социально значимым поведением субъекта с точки зрения выполнения им моральных принципов и правовых норм, выражающих общественную необходимость, с учетом конкретных условий и возможностей их выполнения.

Содержание такого контроля составляет психологическую сущность ответственности. Учет принципов и способов организации, функционирования этого регулятивного процесса и объединение полученных частных результатов в интегративный экспертный вывод составляют суть решения экспертных задач КСППЭ ограниченной вменяемости.

Для конкретизации содержания отклонений в саморегуляции общественно опасного деяния экспертам следует учитывать, что подконтрольность сознанию и воле зависит от того, на каком уровне регуляции разворачивается поведение, т.е. осуществляется ли оно под контролем высшего ценностного звена, которое определяет формирование ситуационного мотива или становление последнего в основном или полностью зависит от условий деятельности, сложившихся обстоятельств. Определение качества ответственной регуляции поведения подэкспертных требует системной поуровневой оценки криминального поведения субъекта, которое может осуществляться на двух личностных уровнях: смысловом и операционально-целевом.

Смысловой уровень саморегуляции формируются в процессе жизнедеятельности и у психически здоровой, гармонично развитой личности представляют собой иерархичную смысловую систему. На ее вершине располагаются общечеловеческие, нравственные ценности. Поэтому общим вектором и радикалом этого высшего ценностного уровня регуляции является глобальный альтруистический мотив. В конкретной ситуации смысловая регуляция проявляется, с одной стороны, в оценивании целей и средств их достижения, а с другой — в возможностях коррекции деятельности путем ее смещения или прекращения, а также инициации другой активности. При этом наибольшее регулирующее влияние оказывают смыслы высших уровней. В ситуации мотивационного конфликта именно они определяют выбор и указанные феномены изменения деятельности, которые возможны при определенном уровне развития личности и структурно-содержательной организации ее смысловой сферы.



Целевой (операционально-технический) уровень саморегуляции реализуются следующими регуляторными процессами:

- планированием;
- моделированием;
- программированием;
- контролем и оценкой результатов;
- коррекцией действий.

К стилевым патоперсоналогическими и патопсихологическим особенностям планирования, являющимся критериями уровня и меры саморегуляции субъекта ООД, относятся мера самостоятельности целеполагания, соответствие цели внешним условиям ситуации и внутренним личностным ресурсам.

Индивидуальные патоперсоналогические различия в моделировании связаны с информационной полнотой, степенью детализации представляемой модели реализации цели, ее динамичностью, избирательностью в выделении существенного при осмыслении ситуации. Именно эти качественные особенности отражают меру способности понимать характер и социальную опасность ООД (бездействия) или руководить ими. Вследствие этого они являются методологическими составляющими и экспертными критериями оценки уровня, степени и качества саморегуляции, обязательно участвующими в комплексном обосновании интегративных выводов КСППЭ о наличии ограниченной способности к саморегуляции ООД.

Контроль и оценка результатов представляют собой соотношение получаемых в ходе деятельности промежуточных и конечных результатов с эталоном, представлениями о цели. Процесс, реализующий эти звенья, пронизывает все этапы развертывания деятельности, является сквозным в системе саморегуляции. Индивидуальные различия саморегуляции ответственного поведения, связанные с наличием у субъекта базового психического расстройства, не исключаяющего вменяемость, касаются прежде всего меры способности субъекта в целом предвосхищать послед-

ствия своих поступков, т.е. качества прогноза как одного из аспектов критических возможностей.

Раскрытие патопсихологической природы и механизмов указанных выше ограничений саморегуляции инкриминируемой деятельности применительно к конкретной ситуации правонарушения делает их необходимыми составляющими комплексного экспертного анализа и методологической основой междисциплинарного интегративного заключения о мере ограничения саморегуляции инкриминируемых деяний.

Таким образом, при анализе уровня и качества саморегуляции следует учитывать свои в различных звеньях структуры деятельности: нарушения оценки собственных действий с точки зрения социальных норм, ведущих ценностей самого субъекта, доступности выбора иной стратегии поведения в исследуемых обстоятельствах, ограниченной способности адекватной осознанной постановки промежуточных и конечных целей, недостаточной корректировки деятельности на всех этапах активности, степени снижения интеллектуально-волевого самоконтроля. Анализируя поведение подэкспертного с учетом всех данных клинического и психологического обследования по приведенным критериям, психолог в случае наличия у обследуемого психического расстройства совместно с психиатром может прийти к общему, интегративному выводу о нарушениях произвольной саморегуляции деятельности и необходимости применения нормы ст. 22 УК РФ.

При производстве КСППЭ ограниченной вменяемости и формулировании ее интегративных выводов необходимо соблюдать ведущие правила междисциплинарного взаимодействия экспертов как субъективной основы, научного способа и технологического средства производства этих выводов. Такой организационный алгоритм оптимизирует экспертный анализ и страхует экспертов от профессиональных ошибок за счет предупреждения односторонности решающих оценок, расширения их научной аргументации, повышения информативности результатов и роста

надежности как промежуточных, однородных, так и комплексных интегративных выводов.

Главное содержание начального этапа КСППЭ ограниченной вменяемости составляет квалификация психического состояния подэкспертного. Поэтому исследование следует начинать с выдвижения диагностических «экспертных гипотез». Инициатива и прерогатива их формулирования должны принадлежать эксперту-психиатру. На основании предварительных данных непосредственного обследования подэкспертного и общего знакомства с уголовным делом он определяет в первом приближении типологию (синдром) психического состояния и его возможную природу. С учетом этого намечаются альтернативы дифференциального диагноза, т.е. выдвигаются правдоподобные конкурирующие диагностические гипотезы.

С данного момента следует начать взаимодействие эксперта-психолога и эксперта-психиатра. Специфика психодиагностической работы медицинского психолога заключается в том, что для оптимального выбора патопсихологических методик и тестов и эффективной интерпретации результатов их применения медицинскому психологу необходимо знать диагностические альтернативы клинициста. Вне этого контекста в связи с многозначностью выявляемых патопсихологическими пробами психических свойств их диагностическая оценка малоинформативна. Получив же диагностический контекст от психиатра, психолог должен ответить, поддерживают или нет полученные психодиагностические данные клинические гипотезы и какую из них конкретно. Формой ответа на этот вопрос служит констатация того или иного патопсихологического синдрома, относительно специфичного для определенных психических заболеваний или расстройств. На основании клинических данных и учета результатов психодиагностического исследования экспертом-психиатром решается вопрос о диагнозе подэкспертного, о чем сообщается эксперту-психологу.

Обсудив совместно уточненную модель диагноза, эксперт-психолог и эксперт-психиатр должны приступить к рассмотре-

нию вопроса о глубине психических расстройств, о соотношении утраченного, болезненно искаженного и сохранного в личности подэкспертного, что позволяет оценить потенциальные возможности ответственной саморегуляции и личностного функционирования подэкспертного в условиях ограничений, накладываемых болезнью.

Главная цель и содержание продолжающегося экспертного исследования — разработка промежуточных выводов КСППЭ. В соответствии с законом эксперт-психиатр и эксперт-психолог должны формулировать их отдельно. По мере извлечения информации, относящейся к конкретному частному предмету КСППЭ, выдвигаются предварительные психиатрические и психологические экспертные гипотезы. Они тщательно сопоставляются с теоретическими моделями дифференцируемых явлений. При этом получаемые в результате изолированного психологического и психиатрического анализа объектов факты тщательно взаимно проверяются. Они поочередно служат основанием для уточнения принятых или выдвижения новых исследовательских гипотез, взаимно ориентируют в выборе методических путей и критериев их верификации. Используемые при этом частные программы исследования реализуются параллельно, последовательно или последовательно-параллельно, обеспечивая всесторонность, динамичность и целостность рассмотрения и оценки объектов КСППЭ.

Круг гипотез, проверяемых экспертом каждой специальности, ограничен пределами его научной компетенции, однако общая их совокупность полностью раскрывает вопросы, поставленные следователем и судом.

После формулирования промежуточных и однородных экспертных выводов экспертам-психологам и экспертам-психиатрам следует перейти к заключительному периоду производства КСППЭ ограниченной вменяемости. Он включает соотнесение, анализ и синтез информации, положенной в основу их однородных выводов, и формулирование на этой основе совместных окончательных синтетических интегративных выводов.



Эти завершающие КСППЭ выводы формулируются на основе междисциплинарных знаний экспертов-психологов и экспертов-психиатров с расширенной профессиональной компетенцией, что позволяет им совместно использовать новые возможности специально освоенных смежных экспертных наук, в частности применять новые методологические принципы, дополнительные методы исследования и теоретические положения, концептуально усовершенствованный понятийный аппарат. Благодаря этим преимуществам такие интегративные выводы являются наиболее полными, истинными (подлинными) и надежными ответами на поставленные экспертам вопросы.

Интегративные выводы при экспертной оценке юридически значимых эмоциональных состояний субъекта на момент правонарушения. При проведении КСППЭ таких эмоциональных состояний врачами-психиатрами нередко диагностируется в качестве патологического фона те или иные психические расстройства, не лишаящие подэкспертного способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими. Однако наличие такого психического расстройства определенным образом трансформирует «классическую» феноменологию данных состояний, характерную для психически здоровых субъектов, что требует специального рассмотрения предпосылок и оснований вынесения интегративных выводов в отношении данных лиц.

Для правильного понимания специфических изменений феноменологии аффективных реакций, обусловленных патологической почвой, важно помнить основные принципы диагностики «классического» физиологического аффекта, а также других эмоциональных состояний, оказывающих существенное влияние на сознание и деятельность у психически здоровых лиц.

При квалификации аффекта принято исходить из специфической трехфазной динамики протекания эмоциональных реакций. После периода длительного накопления субъективно значимых психотравмирующих переживаний в условиях хронической фру-

страции ведущих потребностей у субъекта в ответ на новые негативные воздействия (которые могут быть как более, так и менее выраженными) или в связи с неожиданно возникшей сверхострой психотравмой происходит резкий рост эмоционального возбуждения (напряжения) с последующим внезапным аффективным взрывом. Данное состояние сопровождается аффективной суженностью сознания, фрагментарностью, а иногда и измененностью восприятия, как правило, множественными стереотипными агрессивными действиями и частичной амнезией случившегося. После содеянного наблюдается психическая и физическая астения.

Следует принимать во внимание, что состояния, при которых психологом квалифицируется существенное влияние эмоционального возбуждения (напряжения) на поведение подэкспертного, более разнообразны по характеру протекания эмоциональных реакций, относительно индивидуализированы и определяются особенностями личностной структуры и ресурсов эмоционально-волевой сферы. В качестве критерия, позволяющего оценивать меру дизрегулирующего влияния эмоционального состояния на криминальные действия субъекта, как и при квалификации «ограниченной вменяемости», выступает степень нарушения структуры деятельности в момент ООД со сворачиванием или выпадением ее ведущих звеньев — оценки, целостного и критического осмысления сложившейся ситуации, рационального выбора средств для разрешения возникшей проблемы, прогноза возможных последствий для себя и потерпевшего, текущего интеллектуально-волевого самоконтроля.

При эмоциональном возбуждении фаза аффективного взрыва не выражена столь отчетливо, в момент совершения агрессивных действий у подэкспертных может наблюдаться дезорганизация деятельности либо же она организуется аффективно значимой, насыщенной доминирующей целью. В том и в другом случае наблюдаются нарушения опосредованности действий, возможности к целостному восприятию и осмыслению всех параметров ситуации, а также прогностических, критических способностей.



Эмоциональное напряжение, оказывающее существенное влияние на поведение субъекта при совершении противоправных действий, встречается реже возбуждения, предполагает постепенное истощение ресурсов адекватного реагирования в условиях хронической психотравмирующей ситуации с одновременным нарастанием напряжения. В момент совершения криминальных действий оно достигает такой степени выраженности, что приводит к дизрегуляции деятельности, субъективной невозможности найти иной способ разрешения конфликта, редукции личностного компонента саморегуляции.

Однако описания механизмов аффективных деликтов, характерных для «психической нормы», недостаточно для квалификации и дифференциации эмоциональных состояний в момент совершения правонарушений у лиц с психическими расстройствами, не исключая вменяемости. Нередко эксперты в таких случаях вынуждены констатировать, что конкретные проявления аффективно обусловленной агрессии не укладываются ни в жесткие критерии указанных психологических состояний, ни в диагностику психопатологии, признавая наличие выраженных, юридически значимых нарушений произвольной саморегуляции деятельности. При этом необходимо принимать во внимание значимую роль психопатологической почвы, трансформирующей характер и динамику протекания эмоциональных процессов.

Следует учитывать, что у лиц с психическими расстройствами к ситуационному и личностному факторам, определяющим совершение аффективных деликтов у нормативного контингента, добавляется патопсихологический фактор. В силу этого в таких случаях и возникает необходимость интегративного анализа экспертной ситуации, поскольку познаний одного специалиста, будь то психиатр или психолог, недостаточно для полных, научно обоснованных и доказательных экспертных выводов. Эксперт-психиатр имеет возможность диагностировать наличие психического расстройства, но не располагает критериями оценки регуляции деятельности на психологическом и патопсихологическом

уровне. Психолог недостаточно компетентен квалифицировать характер и степень выраженности психических отклонений, оказывающих определенным образом влияние на восприятие ситуации и саморегуляцию, что, в свою очередь, опосредованно влияет на криминальное поведение.

Пусковым механизмом для аффективной агрессии у лица с психической патологией, так же как у психически здорового, является наличие внешних фрустрирующих воздействий — ситуационный фактор. В его основе может лежать как острый конфликт, непосредственно возникший перед правонарушением, так и актуализировавшаяся в момент криминала длительно развивавшаяся психотравмирующая ситуация. При этом фрустрация может затрагивать и базовые витальные, и индивидуальные, но особо значимые для конкретного субъекта, потребности. Если у субъекта отсутствуют необходимые личностные ресурсы, то попытки разрешения возникшей проблемы оказываются либо неконструктивными и неэффективными, либо вовсе отсутствуют. Большое значение для развития аффективного деликта у данного контингента имеют не только внешние обстоятельства и их объективная сложность, но и то, на какую личность они воздействуют — личностный фактор. Наличие психического расстройства (патопсихологический фактор), трансформируя в той или иной степени как личность индивида, так и оценку им ситуации конфликта, видоизменяет характер эмоционального реагирования в целом и динамику протекания аффективных реакций в момент деликта.

Атипично протекающие аффективные состояния, как правило, возникают у лиц с органической патологией головного мозга и личностными расстройствами различного спектра, которые диагностируются врачами-психиатрами. Психологом выявляются и соответствующие изменения на патопсихологическом уровне. Наличие медицинского критерия вносит свою специфику в нарушение произвольной регуляции при совершении агрессивных действий, но механизмы такого поведения являются

все же не психопатологическими, а патопсихологическими, что и обуславливает атипичность протекания психических процессов и деятельности в целом.

Наиболее значимыми и характерными для различной патологии являются следующие признаки атипичности аффекта:

- незначительность фрустрирующего воздействия при более низком пороге фрустрации;
- своеобразии и субъективности в интерпретации событий;
- тяжесть, длительность и глубина сужения сознания и изменения восприятия иногда с признаками оглушенности, деперсонализации и дереализации;
- затяжное, застойное или «двухпиковое» течение аффективного взрыва с брутальностью агрессивных действий, их множественностью;
- крайняя выраженность стадии истощения, а также ее видоизмененность;

Для правильного распознавания и надежной экспертной квалификации следует различать типизированные варианты трансформации аффективных состояний в зависимости от ведущего радикала личностной аномалии.

**Для лиц с эпилептоидными изменениями психической деятельности**, обусловленными имеющимся психическим расстройством, характерны обстоятельность с излишней детализацией, ригидность мышления, а также черты аффективной ригидности, склонность к застреванию на отрицательно окрашенных переживаниях, фиксация на психотравмирующих обстоятельствах нередко с их последующей внутренней переработкой и протрагированием. При этом таким субъектам свойственны негибкость реагирования, узкий диапазон способов межличностного взаимодействия, трудности самостоятельного конструктивного разрешения проблемных ситуаций. Как правило, психолог выявляет низкий уровень агрессивности или способность канализировать возникающие агрессивные импульсы социально приемлемым путем, а нередко и возникновение реакций самообвинения. Преобладание

опосредованных форм поведения, стремление контролировать свои эмоциональные проявления, высказывания и действия на фоне «застойности» аффективных процессов затрудняет аффективную разрядку, в то время как нарастающее напряжение приводит к отдельным проявлениям дезорганизации деятельности в целом и некоторому снижению достаточного ранее уровня социальной адаптации. На фоне истощения личностных ресурсов пролонгированным конфликтом или при возникновении острой психотравмы на пике эмоционального возбуждения у этих лиц актуализируются несвойственные им способы разрешения проблем с открытым проявлением агрессивности и деструктивности во внешнем поведении при снижении самоконтроля и прогностических функций, что приводит к более (или менее) выраженным нарушениям произвольной саморегуляции. В момент криминала у них нарушается структура деятельности, изменяется или искажается восприятие, затруднено целостное осмысление ситуации, снижается критическая оценка, редуцируется этап планирования, отсутствует селективность выбора средств для достижения аффективно обусловленной цели или актуализировались механизмы аварийной защиты индивида на физиологическом уровне.

Аффективная реакция в момент взрыва, как правило, отличается большей пролонгированностью, нарастающей брутальностью, повышенным моторным возбуждением со стереотипными агрессивными действиями; отмечаются случаи и двухфазной ее структуры. Фиксируются более выраженные изменения восприятия и сознания, а явления амнезии иногда захватывают не только момент криминала, но предшествующие ему и последующие события.

Постаффективная стадия нередко характеризуется явлениями дезорганизации с отсроченным возникновением психической и физической астении либо, наоборот, глубоким истощением с переходом в длительный сон.

**У лиц с возбудимым эксплозивным радикалом** при производстве КСППЭ необходимо принимать во внимание особо



важную роль психологического фактора. У таких субъектов это обычно проявляется в снижении или нарушении социальной адаптации, недостаточной способности к саморефлексии и использованию в полной мере имеющегося негативного социального опыта при экстернальном локусе контроля, в силу чего практически каждая конфликтная ситуация оценивается ими как крайне значимая, ущемляющая их личное достоинство. У них отмечаются более высокий уровень агрессивности (хотя зачастую она носит защитный личностный характер), узкий диапазон доступных способов реагирования в субъективно сложных ситуациях с трудностями их нейтрального и конструктивного разрешения. Имеет место преобладание стереотипов внешне обвиняющего реагирования на вербальном уровне или в деструктивных действиях при сниженном контроле над высказываниями и поступками, склонность к непосредственной разрядке эмоционального напряжения и отреагированию негативных переживаний.

Проявления аффективной агрессии у данного контингента имеют свою специфику: у них редко возникают глубокие переживания и эмоциональные реакции, в то же время характерные для них личностные особенности, обуславливающие ограниченность ресурсов адекватного реагирования в конфликтных ситуациях, существенно снижают их способность к произвольной саморегуляции и способствуют открытому проявлению агрессии во внешнем поведении. Даже объективно незначительная психотравмирующая ситуация часто вызывала бурную аффективную разрядку с выраженной дезорганизацией деятельности и изменениями сознания. При этом характер течения эмоциональных реакций в ряде случаев видоизменяется: может констатироваться наличие двух пиков эмоционального возбуждения с хаотичным характером агрессивных действий в фазе взрыва. В других случаях происходила также смена орудий нанесения повреждений или убийства с колебаниями выраженности деструктивности действий. Нередко при этом эмоциональное возбуждение сохра-

нялось и после содеянного, а фаза истощения была не столь выражена или наступала отсрочено.

**У лиц с преобладанием шизоидной личностной структуры** изменяются внутренние условия восприятия и разрешения конфликта. Из-за наличия таких черт, как настороженность, напряженность, недоверчивость, подозрительность, склонность к переработке информации, сниженная способность к пониманию мотивов действий окружающих у подэкспертных формируется комплекс выраженных собственных переживаний на основании внутренних критериев. Субъективность восприятия, а иногда и своеобразная интерпретация событий усугубляют или видоизменяют конфликтную ситуацию, а возникновение ощущения субъективной безвыходности положения зачастую зависит не от внешней констелляции факторов, а от внутренней переработки складывающихся обстоятельств. В зависимости от того, какая сфера и каким образом в большей мере деформирована психическим расстройством — когнитивная, эмоционально-волевая или личностная в целом — обнаруживаются и сбои в системе произвольной регуляции деятельности в момент аффективной разрядки с выраженными нарушениями в самых слабых звеньях. Для этого контингента характерно искажение содержательно-смысловой стороны ситуационного фактора, обусловленное наличием психической патологии, что отличает их от ранее рассмотренных вариантов атипичного протекания аффективных состояний. Если у «эпилептоидов» наблюдается чрезмерная фиксация на ситуации, у «возбудимых эксплозивных» — переоценка ее значимости, то у данного контингента искажаются обстоятельства, определяющие реализацию криминального поведения, в частности «смысловая мотивация».

**У субъектов с сочетанием дисгармоничным черт разных типов** (эпилептоидных, истероидных, шизоидных, тормозимых, неустойчивых и др., часто на фоне органической патологии ЦНС, а также личностной и эмоциональной незрелости) отмечается смешанная картина эмоционального реагирования во фрустри-



рующих ситуациях. При этом выявляются как особенности протекания аффективных процессов, характерные для имеющихся типологических вариантов дисгармонии, так и сочетанная феноменология.

Следует отметить еще один вариант атипичного протекания состояния аффекта, при котором аффективная разрядка является столь брутальной, что агрессивные действия затрагивают не только лиц, поведение которых спровоцировало правонарушение, но и не имеющих прямого отношения к конфликту, а иногда и случайных людей. Наличие патологической почвы (органического поражения ЦНС, личностного расстройства эпилептоидного, тормозимого, реже истерического и возбудимого регистра, а также военного ПТСР), обуславливая значительную фиксацию на психотравмирующих факторах, приводит к тому, что негативные эмоции, охватывающие субъекта, приобретают доминирующий характер с возможностью возникновения своеобразного сужения сознания по типу «аффективного тоннеля». В этих случаях в процессе самовзвинчивания связь с объектом размывается, и последующий агрессивный взрыв, нередко отсроченный, затрагивал все актуальное «поле» ситуации правонарушения. При этом аффективная дисрегуляция была настолько выражена, что не сохранялась даже четкая направленность агрессии на источник фрустрации. В случае боевого ПТСР чаще бывает задействован иной механизм — актуализация на пике аффективного возбуждения отработанных стереотипов агрессивного поведения в ответ на любое угрожающее событие уничтожением всех потенциально опасных объектов.

Выделенные патопсихологические радикалы имеют значение не только при квалификации атипично протекающих аффектов, но и других выраженных юридически значимых эмоциональных состояний. При этом критерии дифференциации степени нарушения регуляции деятельности в момент ООД те же, что и для нормы. Для квалификации аффекта, хотя и с атипичным течением, необходимо наличие фазы с внезапными взрывного

характера изменениями психической деятельности, чего не наблюдается при других аффективных состояниях, хотя они и являются выраженными и оказывают существенное влияние на криминальное поведение. Следует отметить и тот факт, что при эмоциональных состояниях, дисрегулирующих деятельность субъекта, на всех этапах их развития более ярко проявляются личностные характеристики, трансформированные за счет имеющегося психического расстройства, поэтому при экспертной оценке необходимо указывать на существенное влияние не только эмоционального состояния, но и индивидуально-психологических особенностей.

Таким образом, наличие психопатологической почвы обуславливает утяжеление или видоизменение картины аффекта (и других выраженных, юридически значимых эмоциональных состояний) на всех этапах его развития, а также появление иных феноменов в психической деятельности. При этом аффективные реакции могут быть как тождественны, так и противоположны ведущему личностному радикалу — например, у возбудимых лиц отмечалась продолжительная кумуляция эмоционального напряжения, а у тормозимых — взрыв агрессии.

Все перечисленные выше варианты атипично протекающего аффекта и других выраженных эмоциональных состояний нуждаются в комплексном подходе экспертов разных специальностей (психиатров и психологов) к оценке поведения субъекта правонарушения с формированием в последующем интегративных выводов. В случае если психиатры и психологи разобщены при анализе экспертно-значимой ситуации, это сказывается в дальнейшем на выводах, обедняя их. Отмечаются и такие прецеденты, когда влияние психического расстройства на особенности течения аффективной реакции игнорируется, а поскольку ее характер и течение видоизменены, то эксперты не квалифицируют это состояние ни как аффект, ни как состояние ограниченной вменяемости, ни как временное психическое расстройство.

Для доказательности экспертного заключения в случаях нетипичной аффективной реакции необходимы интегративные выводы психиатра и психолога, поскольку только они могут учесть все механизмы дисрегуляции и феноменологические маркеры психического состояния в момент совершения действий, инкриминируемых субъекту с наличием психической патологии. От правильного распознавания наличия, вида и степени выраженности психического расстройства экспертом-психиатром зависит и точность вывода эксперта психолога, поскольку именно особенности этого расстройства определенным образом трансформируют деятельность подэкспертного на всех этапах развития конфликтной ситуации, вплоть до момента деликта, а также определяют характер действий и переживаний после содеянного. При этом, квалифицируя на момент правонарушения состояние атипичного аффекта, эксперты должны отразить факт психического расстройства и его взаимосвязь с феноменологией конкретного аффективного состояния.

**У подэкспертных, у которых в момент совершения уголовного деликта врачами-психиатрами диагностируется временное болезненное расстройство (острая реакция на стресс),** до определенного момента развития конфликтной ситуации поведение нередко определяется не психопатологическими, а психологическими механизмами, но по мере нарастания эмоционального напряжения (возбуждения) и истощения личностных ресурсов такое состояние трансформируется, переходит на качественно иной уровень, соответственно нарушается и регуляция деятельности. В этих случаях также существует необходимость интегративной экспертной оценки, поскольку развитию болезненного состояния предшествует этап психологических переживаний и механизмов реагирования. Познания эксперта-психолога позволяют «реконструировать» события правонарушения, учитывая наиболее значимые травмирующие ее аспекты, соотнести актуальную возможность личности к саморегуляции с требованиями социальной среды и характером проблемной криминаль-

ной ситуации. При анализе внешних и внутренних составляющих правонарушения психолог обязан раскрыть не только патопсихологические характеристики, но и такие усугубляющие дисрегуляцию деятельности факторы, как влияние группы, динамических состояний, в частности психического истощения, недостаточности психофизиологических ресурсов и др. У подростков и юношей должна учитываться также и возрастная специфика саморегуляции, связанная как с естественной возрастной незрелостью функционирования личностных структур и ограниченностью социального опыта, так и качественным отличием их формирующей психики в целом.

Обычно причиной развития временных болезненных расстройств такого рода являются внешние факторы — фрустрирующие ситуации, угрожающие базовым потребностям. В некоторых случаях острому конфликту предшествует определенный период накопления эмоционального напряжения в связи с различными психотравмирующими обстоятельствами, а по своей специфике первая стадия развития таких состояний сходна с предаффективной фазой. В процессе конфликта могут быть затронуты особо значимые для мотивационно-ценностной системы субъекта личностные смыслы, причем проанализировать данное обстоятельство может и должен именно психолог-эксперт. Дальнейшая реакция на фрустрирующие обстоятельства также происходит на психологическом личностном уровне — подэкспертные сообщают о своих переживаниях, попытках разрешить проблему, совладать с ситуацией. На этом этапе происходит постепенное истощение ресурсов адекватного реагирования (стадия истощения дистресса), субъективно внезапно изменяется уровень регуляции деятельности и доминирующие механизмы поведения становятся качественно иными — не психологическими, а психопатологическими.

Проведенный с учетом указанных параметров синтезированный анализ психолога и психиатра позволяет совместить в экспертном выводе психологические и психопатологические аспекты

в доказывании развития временного болезненного расстройства. Такой психологический же анализ делает более понятным суду детерминанты и механизмы возникновения временного болезненного расстройства. У изначально (преморбидно) и постморбидно психически здорового лица он объясняет ненужность мер медицинского характера, если к моменту производства КСППЭ (актуального экспертного освидетельствования) полностью редуцировались все остаточные проявления или отдаленные последствия перенесенной острой реакции на стресс.

**КОМПЛЕКСНАЯ  
СЕКСОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ  
ЭКСПЕРТИЗА ПРОЦЕССУАЛЬНОЙ  
ДЕЕСПОСОБНОСТИ  
ПОТЕРПЕВШИХ – ЖЕРТВ  
СЕКСУАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ**

*Методические рекомендации*



Экспертиза по определению психических расстройств, нарушающих *уголовно-процессуальную дееспособность*, является самостоятельным видом экспертизы потерпевших, имеющих широкий диапазон процессуальных функций, которые они могут оказаться неспособными осуществлять на различных этапах юридически значимой ситуации. Потерпевшие по закону имеют право знать о предъявленном обвиняемому обвинении, отстаивать свои интересы, заявлять отводы и ходатайства, участвовать в исследовании доказательств, задавать вопросы, выражать свое отношение к следствию, знакомиться с его результатами, отказаться свидетельствовать против близких родственников и т.д. (ст. 42 УПК РФ), знакомиться с постановлением о назначении судебной экспертизы и заключением экспертов (ст. 198 УПК РФ). Налагаются на потерпевшего и определенные обязанности: он должен участвовать в очных ставках, опознании, следственном эксперименте, в случае необходимости подвергаться освидетельствованию, представлять образцы своего почерка и т.д. (ст.ст. 78, 193, 196, 202 УПК РФ). Правом и одновременно обязанностью потерпевшего является дача показаний, установление способности к которой является наиболее частым экспертным заданием, формулируемым судебно-следственными органами, по сравнению с определением способности осуществлять иные процессуальные функции.

Обязательность назначения судебно-психиатрической экспертизы для определения *способности потерпевших к даче показаний* закреплена в п. 4 ст. 196 УПК РФ: «...в том случае, если необходимо установить психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания». Таким образом, объектом экспертизы «способности давать показания» выступают потерпевшие, в отношении которых у судебных органов возникают

сомнения в их способности давать показания по рассматриваемому делу.

Основанием для сомнений в психическом состоянии, нарушающем способность давать показания, является наличие психического заболевания или временного болезненного расстройства, наркотического или алкогольного опьянения в момент правонарушения, что, в свою очередь, обуславливает особенности внимания, восприятия, мышления, памяти, речевого развития, нахождение подэкспертного в состоянии повышенного эмоционального напряжения, отставание или искажение в психическом развитии, снижение интеллектуально-мнестических способностей, наличие сенсорных дефектов, своеобразие личностных черт, а также малолетний возраст. Поэтому на экспертизу могут направляться лица вне зависимости от того, являются ли они психически здоровыми, обнаруживают ли они различные аномалии психического развития или страдают психическими расстройствами. Учитывая, что психосексуальные расстройства являются частным случаем расстройств психических, а сексуальные дизонтогенетические состояния — нарушений психического развития, очевидным становится необходимость комплексирования специальных знаний психиатра, психолога и сексолога при проведении этого вида экспертиз жертвам сексуальных правонарушений.

Следует различать *потенциальную способность* давать показания и *актуальную возможность* реализации этой способности. Первая определяется сохранностью психических процессов и психологических структур, ответственных за регуляцию процессов восприятия и воспроизведения информации, отсутствием дефектов сенсорных систем. Вторая должна оцениваться в юридически значимые моменты времени: в момент получения информации (предкриминальный, криминальный периоды — ретроспективная оценка, касающаяся возможности воспринимать) или прошлых следственных действий (следственный

период — ретроспективная оценка, касающаяся возможности воспроизводить); в момент экспертного исследования (следственный период — презентальная экспертная оценка, касающаяся возможности воспроизводить); в момент предстоящих следственных действий (следственный и судебный периоды — прогностическая оценка, касающаяся возможности воспроизводить).

В определении юридического критерия способности давать показания имеются два признака: интеллектуальный (способность правильного восприятия обстоятельств, имеющих значение для уголовного «дела», что сопряжено с осмыслением и осознанием, т.е. пониманием воспринятого) и волевой («способность давать показания», сопряженная со способностью к произвольной регуляции поведения при осуществлении процессуальных функций). Для раскрытия содержательной стороны интеллектуального признака юридического критерия способности «давать показания» следует оценивать три уровня понимания потерпевшими юридически значимой информации:

- 1-й уровень — понимание (осмысленное восприятие) внешней стороны юридически значимых событий (время, место, внешность правонарушителя, последовательность совершаемых им действий и т.п.);
- 2-й уровень — понимание биологической сущности половых отношений в преломлении к конкретной противоправной ситуации;
- 3-й уровень — понимание социального значения криминальных событий.

Кроме того, учитывалось, что достаточным для оценки способности к даче показаний является разделение на внешнюю (фактическую) и внутреннюю (содержательную) стороны событий.

Таким образом, подход к судебной комплексной экспертной оценке при экспертизе способности потерпевших давать показания заключается в установлении в рамках каждой из компетенций (психиатрической, сексологической и психологической) юридически-релевантных признаков (свойств), исходя из психологического критерия «дачи показаний» при учете двухчастного деления (восприятие и дача показаний, т.е. воспроизведение).

При этом необходимо учитывать, что восприятие внешней стороны определяется сохранностью 1-го уровня понимания, внутренней стороны — 2–3-го уровней понимания.

### НАРУШЕНИЕ СПОСОБНОСТИ ВОСПРИНИМАТЬ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ УГОЛОВНОГО ДЕЛА

Квалификация такой компоненты юридического критерия, как «неспособность воспринимать обстоятельства, имеющие значения для дела» опирается на выявление нарушений нескольких уровней восприятия информации, каждый из которых может нарушаться полностью либо частично. Поэтому выявление *степени* нарушения этой способности позволяет выносить дифференцированную оценку.

### НАРУШЕНИЕ ВОСПРИЯТИЯ ВНЕШНЕЙ СТОРОНЫ СОБЫТИЙ

*Психопатологические* феномены состояния измененного сознания любого (травматического, психогенного, интоксикационного) генеза в виде нарушения ориентировки в пространстве, времени, собственной личности, нарушения чувствительности зрительной и вербальной модальностей, существующие на протяжении всей юридически значимой ситуации, являются признаками, юридически-релевантными полному нарушению первого уровня понимания, т.е. у потерпевших нарушается *актуальная возможность* воспринимать внешнюю сторону криминальной ситуации. При существовании этих феноменов в течение небольшого временного промежутка криминальной ситуации первый уровень понимания нарушается только частично. В тех наблю-

дениях, где нарушения отмечаются на всем временном отрезке противоправных действий, но только в части эпизодов из серии посягательств, в экспертном заключении необходимо указывать на те противоправные события, которые потерпевший может воспринимать, и на те, восприятие которых нарушено.

При частичном нарушении понимания на первом уровне вследствие *сексологических* состояний может констатироваться *нарушение актуальной возможности* жертв сексуального злоупотребления *воспринимать внешнюю сторону сексуальных действий*, т.е. невозможность однозначного утверждения того, осуществлялись ли с ними половой акт во влагалище, анально-генитальный контакт или же вестибулярный коитус, совершались ли эти контакты половым членом или же пальцем/пальцами руки. Вывод о неспособности воспринимать внешнюю сторону сексуальных действий должен осуществляться на основе анализа материалов уголовного дела и данных сексологического обследования, выявляющего релевантные признаки: отсутствие сформированности образа физического «Я» у потерпевших, находящихся в фазе научения на этапе формирования полового самосознания.

Выявление частичного нарушения первого уровня имеет особое значение в качестве доказательственной части обвинения (опознание посягателя, место, время и т.д. нападения) и в свете квалификации действий правонарушителя — ст. 131 (вагинальный коитус) или же ст. 132 УК РФ (анальный, вестибулярный контакты, мануальные манипуляции).

### НАРУШЕНИЕ ВОСПРИЯТИЯ ВНУТРЕННЕЙ СТОРОНЫ СОБЫТИЙ

Нарушение/ограничение восприятия внутренней стороны противоправных действий подразумевает непонимание биологического смысла взаимоотношений между полами в пре-



ломлении конкретной юридической ситуации и/или их социального значения (второй, третий или только третий уровни понимания).

Такие нарушения вследствие *психопатологических* состояний можно констатировать у потерпевших с:

- феноменами состояния измененного сознания, нарушающими все уровни понимания;
- низкой познавательной активностью в виде недостаточного развития интеллектуальных интересов, приводящей к ограничению общего запаса знаний и представлений об окружающем мире, т.е. с недоразвитием познавательных процессов; замедленным темпом психической деятельности, низкой продуктивностью, несформированностью критических и прогностических способностей при синдромах задержки психического развития органического генеза (нарушение 2 и 3-го уровней понимания);
- нарушением критических способностей, оскудением эмоциональной сферы, искаженной интериоризацией социальных норм при психопатоподобном синдроме в рамках эндогенного процесса, ограничивающих осмысленное восприятие поведения — обвиняемого и своего с точки зрения правовых норм (нарушение 3-го уровня).

Нарушение/ограничение восприятия внутреннего содержания может констатироваться при онтогенетических и дизонтогенетических *сексологических* состояниях. Несформированность даже базовых структур половой идентичности; полоролевой идентичности; полоролевой идентичности и представлений этапа психосексуальных ориентаций релевантны нарушению актуальной возможности осмысленного восприятия (нарушение 2 и 3-го уровней понимания) таких особенностей внутренней стороны событий, как **сексуальная направленность деликта** и, соответственно, социально-правовые нормы.

Нарушению актуальной возможности осмысленного восприятия таких составляющих внутренней стороны, как **сущность половых актов**, релевантны несформированность половой и недо-

статочная сформированность полоролевой идентичности; недостаточная сформированность полоролевой идентичности; искаженное становление полоролевой идентичности (элементы недифференцированности, маскулинности у лиц женского пола, фемининности у потерпевших мужского пола).

Неспособности воспринимать **сущность суррогатных половых контактов** релевантны недостаточная сформированность представлений о формах сексуальной активности у лиц с преждевременным психосексуальным созреванием. Квалификация опережения психосексуального развития несколько не противоречит констатации неспособности восприятия потерпевшим внутреннего содержания юридически значимых событий, если оно включает раннюю сексуализацию поведения имитационной природы, не сопровождающуюся знаниями и опытом в сексуальных отношениях, а преждевременность развития одних компонент либидо сочетается с выпадением других.

Проявления маскулинной полоролевой идентичности становятся релевантными ограничению осмысленного восприятия таких аспектов внутренней стороны, как **насильственный характер противоправных действий** (нарушение 3-го уровня).

Релевантными *психологическими* признаками, влияющими на нарушение восприятия внутренней стороны юридически значимых событий, являются:

- во-первых, естественная возрастная неосведомленность в вопросах, касающихся ситуации правонарушения и соответствующих социальных норм, ограниченность жизненного опыта и круга представлений, непосредственный характер восприятия и мышления, которые «ограничивают уровень осмысления событий при их восприятии»;
- во-вторых, патопсихологические феномены — снижение интеллектуального уровня в целом, существенные трудности осмысления ситуаций межличностного взаимодействия со слабой ориентацией в социально значимых аспектах, несформированность логических функций и самосознания,

ограничение кругозора и общих представлений вследствие нарушений личностного развития (явлений дизонтогенеза).

Одним из принципов экспертной оценки у потерпевших является одновременное исследование двух основных юридически значимых категорий — способности понимать характер и значение сексуальных действий правонарушителя и способности воспринимать значимые для дела обстоятельства и давать о них показания, поскольку существует их тесная взаимосвязь и взаимообусловленность.

Поэтому важно помнить о соотношении экспертной оценки беспомощного состояния и способности давать показания:

- если значимыми для дела обстоятельствами являются те, которые касаются криминального периода, то признаки, релевантные нарушению понимания характера правонарушения и его социального значения, будут являться релевантными и нарушению осмысленного восприятия внешней стороны и внутреннего содержания криминальной ситуации (в обоих случаях нарушенными окажутся 1, 2 и 3-й уровни понимания). Однако интеллектуальный критерий беспомощного состояния оценивается при помощи большего количества уровней понимания, поэтому он может выявляться и у потерпевших с нарушением только четвертого уровня понимания (т.е. с нарушением понимания социального значения криминальных событий на уровне личностного смысла). Способность воспринимать значимые для дела обстоятельства у этих потерпевших будет сохранной;
- значимые для дела обстоятельства распространяются и на предкриминальную ситуацию. Поэтому потерпевшие, у которых отсутствует интеллектуальный критерий беспомощного состояния, часто могут воспринимать внутреннее содержание предшествовавшего посягательства периода только ограниченно, в частности недооценивать намерения правонарушителя, что должно быть отражено в экспертном заключении;

- в отличие от ретроспективной оценки при экспертизе беспомощного состояния, способность к даче показаний как вторая компонента соответствующего юридического критерия должна оцениваться ретроспективно, презентально и прогностически.

## НАРУШЕНИЕ СПОСОБНОСТИ ДАВАТЬ ПОКАЗАНИЯ

### РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ДАВАТЬ ПОКАЗАНИЯ

*Психопатологические* феномены, релевантные нарушению способности давать показания в период следствия могут включать:

- феномены состояния измененного сознания, нарушающие *актуальную* возможность давать показания не только о внутренней, но и о внешней сторонах событий ввиду нарушения их *восприятия* в деликте;
- недоразвитие познавательных процессов; замедленный темп психической деятельности, низкую продуктивность, несформированность критических и прогностических способностей при синдромах задержки психического развития органического генеза, нарушающие *потенциальную* способность воспроизводить внутреннюю сторону событий в виду нарушения их *восприятия*;
- выраженные эмоционально-волевые нарушения наравне со снижением мнестических функций, непоследовательностью мышления, несформированностью критических и прогностических способностей при синдроме задержки психического развития вследствие органического поражения головного мозга, в том числе врожденного генеза. Такие признаки могут нарушать *потенциальную* способность потерпевших *давать показания* как о внешней, так и о внутренней сторонах юри-

дически значимых событий, хотя восприятие внешней стороны в период деликта сохранено;

- обманы восприятия, сопровождающиеся грубым неадекватным поведением, явления психического регресса, отсутствие критики к своему состоянию при тяжелом депрессивном эпизоде с психотическими симптомами, нарушающие *актуальную* возможность *давать показания* не только о внутренней, но и о внешней сторонах событий, хотя восприятие внутренней и/или внешней сторон в период деликта сохранно.

О неоднородности ретроспективной экспертной оценки можно говорить в случаях:

- *способности/ограничения способности давать показания в одни отрезки следственного периода и нарушения актуальной возможности воспроизводить внешнюю и внутреннюю стороны криминальной ситуации на другом его временном отрезке.* Такой вариант экспертной оценки может наблюдаться у потерпевших со временными психогенными психическими расстройствами, манифестом или обострением хронического психического расстройства. Релевантными психопатологическими феноменами могут становиться:
  - аффективные нарушения, проявляющиеся плаксивостью, раздражительностью;
  - выраженная двигательная заторможенность и избегающее поведение в период острой стадии посттравматического стрессового расстройства;
  - зрительные и слуховые обманы восприятия, бредовые переживания, нарушения мышления в виде его непродуктивности, деперсонализация, психомоторное возбуждение или же кататонический ступор;
  - аффект страха или злобы, а также отсутствие критики к своему состоянию, криминальной и судебно-следственной ситуации при психотических состояниях галлюцинаторно-параноидной структуры;

- *способности давать показания в момент, максимально приближенный к правонарушению, и нарушения актуальной возможности отсроченного воспроизведения* внутренней или обеих сторон правонарушения по мере удаления последующих показаний от криминальной ситуации. Релевантными признаками могут становиться склонность к псевдологии, трудности волевого контроля своего поведения, неинтериоризованность социальных норм, преобладание игровых интересов при синдроме задержки психического развития органического генеза. В таких случаях надо помнить, что изменение показаний может происходить вследствие изменения мотивации потерпевшего в ходе судебного разбирательства, хотя установление самого по себе мотива высказывания не входит в компетенцию экспертов.

*Сексологические* признаки, релевантные нарушению или ограничению способности давать показания, в большинстве случаев напрямую зависят от уровня осмысления криминальной ситуации при ее *восприятии*:

- ограничения осмысленного восприятия внешней стороны (частичное нарушение первого уровня понимания) и нарушения восприятия внутреннего содержания (нарушение 2 и 3-го уровней понимания);
- неспособности воспринимать внутреннее содержание при нарушении 2 и 3-го уровней понимания;
- ограничения способности воспринимать внутреннюю сторону вследствие нарушения 3-го уровня понимания.

*Психологическими* признаками, релевантными нарушению или ограничению способности давать показания, чаще являются:

- феномены, ограничивающие уровень осмысления при *восприятии*, что определяет нарушение способности воспроизводить внутреннюю сторону юридически значимых событий;
- недостаточная сформированность способности к волевой регуляции поведения с существенными трудностями самостоятельной организации и упорядочения деятельности,



ситуационные колебания мотивации, неспособность к последовательному целенаправленному отчету о событиях, снижение мнестических возможностей, слабая сформированность собственных морально-нравственных критериев и оценок, недостаточная способность к прогнозу своих действий, что определяет *потенциальную* неспособность *давать показания* не только о внутренней, но и о внешней сторонах криминальной ситуации;

- склонность к повышенному фантазированию в сочетании со своеобразием и субъективностью в интерпретации сюжетов с фиксацией на несущественных деталях, неустойчивостью мотивации, незрелостью механизмов долговременной памяти, нарушающие *актуальную* возможность *отсроченного воспроизведения* обеих сторон криминальной ситуации, что определяет неоднородность ретроспективной экспертной оценки.

Следует иметь в виду, что релевантной неспособностью давать показания в ряде случаев может оказываться только совокупность признаков, выявляемых разными специалистами.

### ПРЕЗЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ДАВАТЬ ПОКАЗАНИЯ

*Психопатологические* феномены, определяющие ретроспективную оценку о неспособности давать показания, в случае их сохранения к моменту освидетельствования становятся релевантными нарушению или ограничению способности давать показания при презентальной оценке. При освидетельствовании потерпевшие с интеллектуальной недостаточностью остаются столь же противоречивы в описании криминальной ситуации, что и при допросах, а также периодически отказываются обсуждать криминальную ситуацию. Жертвы с псевдологией излагают особенности криминального периода с новыми подробностями,

упуская описанные ранее обстоятельства, что в целом создает картину правонарушения, значительно отличающуюся и от той, которая фигурировала в показаниях. Они склонны красочно описывать не имевшие место в действительности события, а также давать разные описания одного и того же факта в зависимости от собеседника и ситуации. Подэкспертные с временными психическими расстройствами или обострениями основного расстройства по-прежнему дезориентированы в окружающем и не критичны к судебно-следственной ситуации.

У потерпевших с первоначально сохраненной способностью давать показания к моменту экспертизы может нарушаться *актуальная возможность воспроизводить* внутреннюю и внешнюю стороны противоправных действий вследствие нарушения отсроченного воспроизведения событий. При однократном допросе в период следствия эти малолетние потерпевшие и свидетели в детских выражениях описывают содержание действий правонарушителя, но на момент освидетельствования отмечают запоминание деталей поведения обвиняемого и своего собственного, не помнят дату однократного насильственного сексуального эпизода, у них отмечается двигательная расторможенность, с легкостью отвлекаются на интерьер помещения, комментируя его, начинают утвердительно отвечать на любые, порой и взаимоисключающие вопросы эксперта вследствие быстро наступающего истощения психической деятельности и стремления избежать обсуждения психотравмирующего события. Релевантными феноменами могут становиться эмоционально-волевые нарушения в виде слабости волевых задержек или же пассивности, подчиняемости, внушаемости наравне с неустойчивостью внимания, повышенной истощаемостью, а также недоразвитие мнестических функций при дизонтогенетических синдромах в рамках легкой умственной отсталости и расстройства активности и внимания. Такие случаи делают необходимым выявление признаков, релевантных конкретной ситуации — однократной даче показаний в период

следствия об одном противоправном эпизоде, к тому же в период, непосредственно приближенный к криминальному событию. При большей временной удаленности допроса от юридически значимого события, неоднократности эпизодов насилия, их различном содержании ретроспективная оценка может становиться аналогичной презентальной.

Необходимо учитывать, что при редукции к моменту освидетельствования психопатологических проявлений обострения хронического психического расстройства, нарушавшего ранее способность давать показания, презентальная экспертная оценка может быть вариативна — от восстановления способности давать показания до нарушения этой способности, но уже вследствие иных феноменов текущего расстройства.

*Сексологические признаки*, релевантные нарушению или ограничению способности давать показания при презентальной оценке, в большинстве случаев являются теми же, что и нарушающие *восприятие* внутренней или обеих сторон криминальной ситуации.

В некоторых случаях *содержание психопатологических или психологических феноменов может определяться нарушениями сексуальной сферы*, которые, таким образом, приобретают значение для экспертной оценки. Так, при вынесении экспертного решения в отношении потерпевших с псевдологией, патологическим фантазированием (психопатологические признаки), выраженной склонностью к фантазированию как естественной возрастной особенности малолетних или личностной чертой подростков (психологические признаки), в сексологическую компетенцию входит анализ особенностей содержательной стороны фантазирования в случае его сексуального характера.

*Психологические признаки*, определяющие презентальную оценку в виде нарушения или ограничения способности давать показания:

- во-первых, могут сохраняться в неизменном виде со следственного периода;

- во-вторых, при *актуальной* невозможности/ограничении возможности *давать показания* вследствие нарушения отсроченного воспроизведения событий, выявляемого на момент экспертизы и отсутствующего ретроспективно, релевантными могут становиться следующие признаки:

- недостаточная сформированность произвольного запоминания и воспроизведения, а также механизмов долговременной памяти. Потерпевшие в возрасте 3–7 лет при однократном или двукратном допросе в период, максимально приближенный к осуществленному в отношении них правонарушению, часто дают краткие, но последовательные показания, не имеющие расхождений при разных допросах. В период прохождения экспертного исследования одни из испытуемых способны назвать посягателя в случаях продолжительных инцестуозных или параинцестуозных действий; кратко, без деталей, порой существенных для дела, описать содержание противоправных действий в случае их однотипности при неоднократных эпизодах (например, только ощупывание половых органов) или упоминают те действия, которые вызвали болевые ощущения, игнорируя те, что были «игровыми». Вместе с тем они не могут даже примерно датировать противоправные действия, назвать кратность, описать многообразие используемой посягателем сексуальной активности, последовательность его поведения и своего собственного, вербальную продукцию и другие особенности криминальной ситуации. В этих случаях отмечаются временные и ассоциативные смещения, замещения и контаминации (когда одна ситуация накладывается на другую или элементы разных событий соединяются в единое целое), которые ограничивают способность давать показания о внешней стороне. О нарушении отсроченного воспроизведения внешней стороны юридически значимых событий можно говорить при отсутствии у потер-

певших воспоминаний о всей фактологии криминального события;

- патопсихологические признаки: эмоционально-волевая неустойчивость с двигательной расторможенностью или тормозимые черты характера со склонностью к дезорганизации психической деятельности в сложных жизненных ситуациях, черты личностной незрелости с преобладанием игровой мотивации, развлекательных интересов в деятельности, ведомость, недостаточная осведомленность в общепринятых нормах поведения, неспособность к полной, всесторонней критической оценке происходящих событий, прогнозу их последствий, что определяет неспособность давать показания ни о внешней, ни о внутренней сторонах криминальной ситуации.

### ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ ДАВАТЬ ПОКАЗАНИЯ

Прогностическая оценка является наиболее сложной, потому что требует оценки вероятной динамики психического состояния потерпевшего на протяжении будущих следственных действий и судебного разбирательства. Это состояние может меняться в зависимости от воздействия дополнительных психогенно травмирующих факторов (судебной ситуации), способных вызывать психогенные обострения имеющегося у жертвы психического расстройства или утяжеление реактивного состояния при его волнообразном течении. Кроме того, при прогнозе ухудшения психического состояния от эксперта ожидается установление степени его дисрегулирующего влияния на способность воспроизводить значимые для дела обстоятельства.

В случаях **возникновения и окончания** временного психогенного психического расстройства **в криминальном периоде** у психически здорового до этого потерпевшего должен осуществляться

поиск феноменов, релевантных нарушению актуальной возможности воспринимать значимые для дела обстоятельства, которые определяют **категоричный вывод о неспособности** воспроизводить в будущем ту информацию, которая не была воспринята. Такими признаками могут являться:

- нарушения ориентировки в пространстве, времени;
- искажения восприятия окружающего;
- рассеянность внимания;
- деперсонализационные расстройства, затрагивающие когнитивные процессы и сферу восприятия;
- парестезии и анестезии аудиальной и зрительной модальностей;
- психогенная тотальная конградная амнезия с запоминанием всей криминальной ситуации или же парциальная (нарушение запечатления отдельных моментов) при нарушениях сознания по типу оглушенности, аффективного его сужения у потерпевших со средней и тяжелой степенями острой алкогольной интоксикации, посттравматическим стрессовым расстройством и острой реакцией на стресс.

Наибольшие сложности для экспертной оценки представляет диссоциативная амнезия — потеря памяти на недавние психотравмирующие события. В таких случаях в заключении следует указывать на наличие у потерпевшего преходящих мнестических нарушений в виде диссоциативной амнезии, что **препятствует прогностической оценке** вследствие невозможности оценить риск возможного рецидива мнестических нарушений.

При развитии временного психического расстройства в период следствия (ретроспективная оценка о неспособности давать показания о воспринятом в деликте) и его **окончании до экспертного освидетельствования** экспертное решение будет заключаться в **категоричной** оценке способности потерпевшего давать показания о криминальной ситуации в период предстоящих судебно-следственных действий как **сохранной**. В случаях сохранения к периоду экспертизы психопатологической симптоматики вре-



менного психического расстройства, не нарушающей, однако, презентальную способность давать показания, прогностическая оценка должна быть аналогичной. Следует иметь в виду, что основанием для вынесения прогностического экспертного решения о «неспособности...» не может являться прогноз утяжеления под влиянием судебно-следственной ситуации имеющихся в период освидетельствования психопатологических проявлений. Такой прогноз может быть отражен в экспертном заключении лишь в *вероятностной* форме.

Если у психически здорового до правонарушения потерпевшего выявляются феномены психогенного расстройства, относимого ко временным и **сохраняющегося на момент экспертизы**, следует выносить **категоричное** решение о **временном нарушении** актуальной возможности воспроизводить значимые обстоятельства в период предстоящих судебно-следственных действий. В этих случаях эксперт, опираясь на известные закономерности течения временных психических расстройств, должен прогнозировать редукцию психопатологических феноменов в будущем, когда экспертные вопросы могут быть решены.

Вывод о невозможности в период экспертного исследования оценить способность потерпевшего воспроизводить значимые для дела обстоятельства при последующих судебно-следственных действиях может быть оправдан при обнаружении **в период освидетельствования**:

- а) затяжных психогенных психических расстройств, в том числе и с начальными проявлениями постреактивного патологического развития, или психогенно обусловленного манифеста эндогенного процесса **у психически здорового до правонарушения потерпевшего**;
- б) длительной психогенной декомпенсации основного **расстройства**, имеющегося у потерпевшего **до совершения в отношении него правонарушения**.

**Отказ от ответа на вопрос** в данном случае должен мотивироваться невозможностью прогнозировать редукцию отме-

ченных феноменов или появление новых психопатологических признаков, препятствующих воспроизведению воспринятых в криминальной ситуации событий (ст. 57 ч. 3 п. 6 УПК РФ). В заключении эксперты могут рекомендовать потерпевшему пройти лечебные мероприятия. По усмотрению суда в последующем может быть назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

При обнаружении у подэкспертного **психического расстройства, имевшегося до посягательств и приобретшего к моменту освидетельствования неблагоприятную динамику**, оценка которой позволяет **категорично** утверждать о появлении в будущем необратимых психопатологических проявлений, нарушающих прогностическую оценку, правомерен категоричный вывод **о неспособности** потерпевшего давать показания в период предстоящих судебно-следственных действий.

При выявлении **психического расстройства, имевшегося у потерпевшего до посягательств, не претерпевшего какой-либо динамики** к моменту экспертного исследования и определившего ретроспективную и презентальную экспертные оценки в виде неспособности давать показания, прогностическое экспертное решение станет аналогичным и должно формулироваться в **категоричной** форме. Оно будет заключаться в **неспособности** воспроизводить значимые для дела обстоятельства в период предстоящих следственных действий, поскольку эксперт может категорично утверждать о невозможности редукции этих феноменов в будущем.

В таких случаях у потерпевших с дизонтогенетическими состояниями релевантными могут становиться следующие психопатологические феномены:

- выраженные эмоционально-волевая неустойчивость (сочетание аффективной возбудимости с отсутствием волевых задержек) и интеллектуальная недостаточность (непоследовательность мышления, недостаточная способность к организованной деятельности вследствие нарушения ее целе-

направленности), а также несформированность критических и прогностических способностей. В таких случаях о стойкости нарушений онтогенеза свидетельствует релевантность всем юридически значимым ситуациям (ретроспективной, презентальной и прогностической) одних и тех же признаков;

- выраженная неустойчивость внимания наравне с психомоторной расторможенностью при слабости волевых задержек или с пассивностью, подчиняемостью и внушаемостью. Для этих потерпевших характерно нарушение актуальной возможности отсроченного воспроизведения юридически значимых событий;
- феномен псевдологии при начальных проявлениях патохарактерологического развития личности. В патогенезе патохарактерологического развития основная роль принадлежит закреплению патологических реакций, представляющих собой форму ответа на трудные для ребенка ситуации. Фиксируясь, такие реакции (например, патологическая склонность к вымыслам) становятся устойчивыми свойствами личности, носят упорный, трудно корригируемый характер;
- недоразвитие мнестических функций у лиц с задержками развития разной степени выраженности — от незначительных и нестойких до выраженных стойких.

Категоричное решение о неспособности давать показания в период предстоящих судебно-следственных действий вследствие **сексологических** признаков можно выносить в отношении потерпевших, которые ограниченно воспринимали внешнюю сторону криминальной ситуации, поскольку, несмотря на последующее созревание, они не смогут оценить те события, которые не были ими запечатлены.

Важно помнить о возможности, хотя и редкой в экспертной практике, естественного созревания потерпевшего и формирования у него тех структур и новообразований, которые позволяют ему ретроспективно оценить не воспринятую им в деликте внутреннюю сторону произошедших с ним событий, что

в определенный момент судебно-следственных действий предопределяет его способность давать показания и о ней. Поэтому в отношении здоровых потерпевших с нарушением способности воспринимать внутреннее содержание криминальной ситуации и давать о них показания ретроспективно и презентально вследствие сексологических состояний правомерной становится прогностическая оценка о способности давать показания о внешней стороне юридически значимых событий и невозможности в период экспертного исследования оценить способность потерпевшего воспроизводить их внутреннюю сторону (ст. 57 ч. 3 п. 6 УПК РФ).

Категоричное экспертное решение о неспособности потерпевших в будущем воспроизводить значимые для дела обстоятельства вследствие **психологических** состояний можно выносить при нарушении: *потенциальной способности* к воспроизведению воспринятых событий несовершеннолетними с нарушением личностного развития; *актуальной возможности отсроченного воспроизведения* событий, о которых потерпевшие были способны давать показания в следственном периоде.

Этапы **алгоритма** принятия экспертного решения о «способности воспринимать значимые для дела обстоятельства и давать о них показания»:

- выявление и квалификация психопатологических феноменов, психосексуальных и психологических юридически релевантных признаков;
- соотнесение выявленных признаков с уровнями понимания, что облегчает установление степени нарушения составляющих юридический критерий способности к «даче показаний»:
  - нарушение/ограничение способности воспринимать внешнюю сторону юридически значимых событий (1-й уровень);
  - нарушение/ограничение способности воспринимать внутреннее содержание юридически значимых событий (2 и 3-й уровни); обе эти составляющие интеллектуальной

компоненты оцениваются на предкриминальном и криминальном этапах;

- нарушение/ограничение способности давать показания (нарушение способности воспроизводить вследствие интеллектуальных, волевых, мнестических нарушений и т.д.).

Эта компонента юридического критерия оценивается на всех юридически значимых этапах;

- вынесение ретроспективной, презентальной и прогностической экспертных оценок о нарушении потенциальной способности давать показания и/или актуальной возможности ее реализации с установлением варианта сочетаний выявленных составляющих — количественной (по степени) градации и качественной градации (задействованности составляющих внутри юридического критерия);
- определение в каждом конкретном случае экспертного понятия(ий) (судебно-сексологического, судебно-психологического, судебно-психиатрического) и экспертной значимости коморбидных состояний (первостепенное, паритетное, второстепенное, не оказывающее влияние) и вынесение решения об интегративном выводе;
- обоснование итоговых выводов с подробным указанием: какие именно феномены/признаки и в какой степени оказывают влияние на нарушение способности воспринимать внешнюю сторону, внутреннее содержание и давать о них показания.

Таким образом, при комплексных сексолого-психолого-психиатрических экспертизах способности к даче показаний в каждом конкретном случае особое значение приобретает установление степени релевантности (юридической значимости) каждого из выявленных в процессе отдельных исследований состояний, что определяет вариативность интегративных выводов.

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ СДЕЛКИ

*Методические рекомендации*



## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ И ТЕРМИНОВ

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

МСЭК — медико-социальная экспертная комиссия.

ООД — общественно-опасное деяние.

ПАВ — психоактивные вещества.

СПЭ — судебно-психиатрическая экспертиза.

ССПЭ — стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

УК РФ — Уголовный кодекс Российской Федерации.

ШР — шизофреническая реакция.

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) —

Справочник по диагностике и статистике психических расстройств, принят в США, представляет собой многоосевую нозологическую систему.

## ВВЕДЕНИЕ

В последние годы существенно возросли требования к заключению судебно-психиатрического эксперта, что связано с совершенствованием законодательной базы и реализацией принципа состязательности сторон.

В действующем законодательстве закреплены требования по необходимости использования современных научных достижений и унификации методической базы экспертных исследований. Согласно ст. 4 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», государственная судебно-экспертная деятельность основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, а также независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники. В ст. 11 упомянутого Закона отмечено, что государственные судебно-экспертные учреждения одного и того же профиля осуществляют деятельность по организации и производству судебной экспертизы на основе единого научно-методического подхода к экспертной практике, профессиональной подготовке и специализации экспертов.

Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14 ноября 2002 г. № 138-ФЗ закрепляет возросшую роль специалиста, который оказывает помощь суду при оценке экспертного заключения. Федеральный закон от 31 мая 2002 г. № 63-ФЗ «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации» позволяет адвокатам «привлекать на договорной основе специалистов для разъяснения вопросов, связанных с оказанием юридической помощи». Участие специалиста позволяет суду более квалифицированно оценить экспертное заключение и одновременно существенно повышает предъявляемые к нему требования. Именно по гражданским делам значительно участились вызовы экспертов в суды, причем наиболее часто ставятся вопросы, каса-

ющиеся качества экспертных исследований (оценка его полноты, обоснованности). Это определяет необходимость унификации и стандартизации судебно-экспертной деятельности, сохраняя при этом традиции отечественной судебно-психиатрической школы.

Исследование выборки экспертиз по оценке делкоспособности лиц, страдающих шизофренией, и отчетов экспертов о выездах в суды по проведенным экспертизам выявили ряд проблем, касающихся методологии экспертной оценки, соответствия заключений судебно-психиатрической комиссии экспертов стандартам диагностики, законодательным и инструктивным требованиям. Проведенный анализ позволил обобщить накопленный клинический материал, наиболее частые претензии к экспертным заключениям, что легло в основу настоящих методических рекомендаций.

Целью настоящих методических рекомендаций является повышение качества судебно-психиатрических экспертиз лиц, страдающих шизофренией, заключивших сделки. Задачами являются унификация критериев экспертной оценки делкоспособности больных шизофренией на основе единых методологических принципов экспертной оценки и приведение экспертных заключений в соответствие с современными законодательными, инструктивными требованиями и стандартами диагностики.

# 1. ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Правовую основу производства СПЭ и КСППЭ в Российской Федерации по гражданским делам о признании сделки недействительной составляют Конституция Российской Федерации от 25 декабря 1993 г., Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14 ноября 2002 г. № 138-ФЗ, Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», а также Инструкция об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений<sup>1</sup>, Инструкция по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)»<sup>2</sup>, Протокол ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза»<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Утверждена Приказом от 12 июля 2005 г. № 370 «Об Утверждении Инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений».

<sup>2</sup> Утверждена Приказом Минздрава России от 12 августа 2003 г. № 401 «Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе».

<sup>3</sup> Утвержден заместителем Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации 23 мая 2005 г.

Одной из предпосылок обеспечения качества экспертных исследований является производство СПЭ и КСППЭ лицом, обладающим специальными познаниями, которая в соответствии со ст. 79 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации может быть поручена судебно-экспертному учреждению, конкретному эксперту или нескольким экспертам.

Согласно ст. 13 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», должность эксперта в государственных судебно-экспертных учреждениях может занимать гражданин Российской Федерации, имеющий высшее профессиональное образование и прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти. Определение уровня профессиональной подготовки экспертов и аттестация их на право самостоятельного производства судебно-экспертизы осуществляются экспертно-квалификационными комиссиями в порядке, установленном нормативными правовыми актами соответствующих федеральных органов исполнительной власти. Уровень профессиональной подготовки экспертов подлежит пересмотру указанными комиссиями каждые пять лет.

Согласно ст. 12 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», государственным судебным экспертом является аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей. Каких-либо особых требований к экспертам, участвующим в производстве комплексных психолого-психиатрических экспертиз по гражданским делам о признании сделки недействительной, действующее законодательство не содержит.



Таким образом, КСППЭ по гражданскому делу о признании сделки недействительной в государственном экспертном учреждении может проводиться следующими специалистами:

- психиатром;
- судебно-психиатрическим экспертом;
- психологом, прошедшими соответствующую постдипломную профессиональную подготовку, занимающими должности судебно-психиатрического эксперта и эксперта-психолога.

Следует иметь в виду, что поскольку СПЭ и КСППЭ по гражданским делам о признании сделки недействительной проводится в добровольном порядке в соответствии со ст. 28 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», в государственное судебно-экспертное учреждение должно быть представлено письменное согласие лица подвергнуться судебной экспертизе.

## 2. ПРИНЦИПЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ СДЕЛКИ

---

В соответствии со ст. 4 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» одним из принципов государственной судебно-экспертной деятельности является необходимость использования современных достижений науки и техники. Согласно ст. 8 указанного Закона, заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных. Это означает, что экспертное заключение должно отвечать действующим стандартам диагностики, общепринятым принципам экспертной оценки, основываться на современных достижениях судебной психиатрии.

Как известно, основное положение судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе гласит, что наличие психического расстройства, пусть даже хронического, не является неопровержимым доказательством неспособности понимать значение своих действий и руководить ими. Решающее значение имеет степень (глубина) психических изменений.

Критериями, исключающими способность больных шизофренией понимать значение своих действий и руководить ими, являются:

- продуктивные психопатологические переживания (актуальные галлюцинаторно-бредовые расстройства, мании, депрессии);
- выраженная степень дефектного состояния (расстройства мышления и эмоционально-волевой сферы).

При этом экспертное заключение о неспособностях больного шизофренией строится на сопоставлении психического состояния на момент заключения сделки с интеллектуальным (нарушение понимания фактической стороны сделки, прогнозирования ее правовых и социальных последствий) и волевым (патологическая или искаженная мотивация, неспособность к самостоятельному принятию решений и целенаправленной деятельности) компонентами юридического критерия ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Как правило, судебно-психиатрические экспертизы проводятся спустя значительный промежуток времени с момента заключения сделки (в среднем 2,5 года). Судить же о наличии у больных в момент заключения сделки продуктивных психопатологических нарушений либо состояния дефекта можно исходя из имеющихся в медицинской документации материалов гражданского дела описаний психического состояния подэкспертного в сопоставлении с результатами обследования при производстве экспертизы (а при посмертной экспертизе — только по документальным данным), а также закономерностей протекания психического расстройства. При этом первостепенное значение приобретают определение формы и типа течения заболевания.

Проведенный анализ показал, что у больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения (F 20.00 по МКБ-10) актуальные галлюцинаторно-бредовые переживания в сочетании с аффективными расстройствами исключают способность понимать значение своих действий и руководить ими. Лишь хорошего качества лекарственные ремиссии позволяют вынести экспертное решение о способности таких лиц понимать значение

своих действий и руководить ими на момент заключения сделки. Таким образом, сама по себе диагностика непрерывной параноидной шизофрении является серьезной предпосылкой для экспертного решения о неспособностях больного. Тем не менее сам экспертный вывод о неспособностях лица понимать значение своих действий и руководить ими должен быть обоснован наличием в момент заключения сделки галлюцинаторных, бредовых переживаний, нарушений мышления и проч., которые исключали способность больного понимать значение своих действий и руководить ими.

Отмечавшийся у больных с параноидальной шизофренией (F20.00, F22 по МКБ-10) стойкий бредовый синдром (бред преследования, ревности) исключает способность адекватно осмысливать объективную реальность. Даже если бредовые идеи непосредственно и не определяют решения больных о заключении сделки, тем не менее искажают в целом процесс принятия решения. Экспертный вывод о неспособностях больных с параноидальной шизофренией понимать значение своих действий и руководить ими аргументируется наличием стойких бредовых идей, которые оказали влияние на процесс принятия решения.

В отношении лиц, страдающих параноидной шизофренией эпизодического типа течения (F20.01, F20.02 по МКБ-10), выносятся различные экспертные решения. В отношении лиц, у которых во время заключения сделки отмечался приступ заболевания, выносится экспертное решение о неспособностях. При этом вывод обосновывается наличием у них во время заключения сделки бредовых, галлюцинаторных, аффективных расстройств, нарушений мышления (паралогичность, разорванность и проч.). Сохраняющиеся у больных во время ремиссии заболевания бредовые переживания, аффективные колебания, нарушения мышления и эмоционально-волевой сферы также исключают способность понимать значение своих действий и руководить ими. Экспертное решение о способностях

ности больных приступообразно-прогредиентной шизофренией в состоянии ремиссии обосновывается тем, что имеющиеся у подэкспертного психические расстройства не нарушают понимания им фактической стороны сделки, прогнозирование ее правовых и социальных последствий, не оказывают влияния на мотивацию решения о заключении сделки, не исключают способности к самостоятельному принятию решений и целенаправленности деятельности.

Таким образом, экспертная оценка способности понимать значение своих действий и руководить ими у больных с приступообразно-прогредиентной шизофренией строится исходя из наличия в момент заключения сделки приступа заболевания либо состояния ремиссии и оценки ее качества.

Судебно-психиатрическая оценка делкоспособности больных шизотипическим расстройством осуществляется дифференцированно. Следует заметить, что шизотипическое расстройство включает достаточно разнородную группу психических нарушений:

- неврозоподобную шизофрению;
- психопатоподобную шизофрению;
- шизотипическое личностное расстройство и др.

Для экспертного вывода о неспособности больного с шизотипическим личностным расстройством необходимо доказать, что имеющиеся у него психические расстройства нарушили его способность понимать фактическую сторону сделки, прогнозировать ее правовые и социальные последствия, исказили мотивацию, оказали влияние на способность к самостоятельному принятию решения и целенаправленной деятельности. Обострение течения заболевания, усложнение его клинической картины, например присоединение бредовых идей ущерба и преследования к неврозоподобным расстройствам, что определяет избегающее поведение больного, исключает способность понимать значение своих действий и руководить ими. Изменения личности по типу «фершробен», резко выраженные нарушения мышления, эмо-

циональная обедненность не влияют на способность больного понимать значение своих действий и руководить ими на момент заключения сделки.

Экспертное заключение о делкоспособности больных с шизоаффективным расстройством (F25 по МКБ-10) зависит от фазы заболевания. Наблюдавшиеся у больных в состоянии интермиссии незначительные личностные изменения по типу астенического либо гиперстенического дефекта, некоторая эмоциональная уплощенность не исключают способность понимать значение своих действий и руководить ими. Аффективно-бредовые переживания (маниакально-бредовые и депрессивно-параноидные), наблюдавшиеся в период сделки, определяют экспертное решение о неспособности этих больных понимать значение своих действий и руководить ими.

Сформулированные методологические принципы судебно-психиатрической оценки психических расстройств у больных шизофренией определяют нацеленность исследовательской части экспертного заключения на выявление определенных признаков расстройства, измененных либо сохранных сторон психики.



### **3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ВВОДНОЙ ЧАСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ СДЕЛКИ**

---

Требования к вводной части являются унифицированными, они заданы ст. 25 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», их перечень имеется в Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)».

Следует заметить, что в соответствии п. 1.6. Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)», вводная часть заключения должна содержать сведения об участниках процесса, присутствовавших при производстве судебно-психиатрической экспертизы (фамилия, имя, отчество, процессуальное положение). Согласно ст. 24 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», при производстве судебной экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении могут присутствовать те участники процесса, которым такое право предоставлено процессуальным

законодательством Российской Федерации. В соответствии с ч. 3 ст. 84 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации лица, участвующие в деле вправе присутствовать при проведении экспертизы, за исключением случаев, если такое присутствие может помешать исследованию, совещанию экспертов и составлению заключения. В ст. 34 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации определен состав лиц, участвующих в деле. Ими являются: стороны, третьи лица, прокурор, лица, обращающиеся в суд за защитой прав, свобод и законных интересов других лиц.

Таким образом, присутствовать при производстве КСППЭ по гражданскому делу о признании сделки недействительной могут участвующие в деле истцы, ответчики, третьи лица (например, нотариус, работники ЖЭУ, паспортного стола и др.), прокурор, лица, подавшие заявление в защиту законных интересов других лиц, сотрудники государственных органов и органов местного самоуправления. Информация о присутствующих при производстве КСППЭ лицах должна быть отражена во вводной части заключения.

## **4. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ЧАСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ СДЕЛКИ**

Одна из существенных задач экспертного исследования — проведение оптимальных объема и качества диагностических мероприятий, предпринимаемых для подэкспертных в ходе экспертного исследования.

### **4.1. ПЕРЕЧЕНЬ ПРИМЕНЯЕМЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ОТРАСЛЕВОЙ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 100/У-03 «ЗАКЛЮЧЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЭКСПЕРТА (КОМИССИИ ЭКСПЕРТОВ)»**

Необходимо отметить, что при производстве заочной (в том числе посмертной) КСППЭ возможность применения различных методов исследования существенным образом сужается.

При посмертной КСППЭ методам психиатрического исследования является клинико-психопатологический анализ материалов гражданского дела и медицинской документации, а также других представленных на экспертизу материалов (письменная продукция подэкспертного: дневники, письма, аудио- и видеозаписи и проч.). Методом психологического исследования является: психологический анализ материалов гражданского дела и медицинской документации и других представленных на экспертизу материалов (письменная продукция подэкспертного: дневники, письма, аудио- и видеозаписи и проч.).

При производстве амбулаторной и стационарной судебно-психиатрической экспертизы возможно применение полного набора методов психиатрического и психологического исследований.

Методами психиатрического (клинико-психопатологического) экспертного исследования являются анамнез, катамнез, медицинское наблюдение, клиническая беседа, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психических расстройств в сочетании с анализом данных психического состояния. Кроме того, в соответствии с Протоколом ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза», при амбулаторной экспертизе обязательными являются: визуальное исследование, пальпация, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга; общетерапевтические визуальный осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия, а также измерение частоты пульса и артериального давления на периферических сосудах. При стационарной экспертизе перечень методов обследования расширяется и включает, помимо перечисленных, наблюдение за поведением подэкспертного в течение всего времени пребывания на экспертизе, ежедневное измерение артериального давления, обязательное эндокринологическое обследование (визуальное исследование и пальпация), обязательное применение следующих лабораторных методов:

- исследование крови (уровня общего гемоглобина, лейкоцитов крови и их соотношения, скорости оседания эритроцитов);
- кала (на гельминты и простейшие, микробиологическое исследование);
- микроскопическое исследование влагалищных мазков (у женщин);
- исследование мочи [определение наличия белка, уровня глюкозы, концентрации водородных ионов (рН), осмолярности, объема, удельного веса].

Кроме того, и при амбулаторной, и при стационарной экспертизе по показаниям могут применяться дополнительные обследования: консультация невролога, электроэнцефалография, ядерно-магнитное резонансное исследование головного мозга, компьютерная томография головы и проч.

Данные методы обследования служат цели дифференциальной диагностики шизофрении и органических шизофреноподобных психозов, позволяют выявить «органическую почву», которая оказывает патопластическое влияние на течение эндогенного заболевания.

При проведении однородной СПЭ по гражданским делам о признании сделки недействительной экспериментально-психологическое исследование проводится по показаниям, которые определяет врач судебно-психиатрический эксперт. Эти показания зависят от экспертной ситуации. В случае длительно текущего эндогенного заболевания с типичной клинической картиной при наличии данных о ранее проводившихся экспериментально-психологических исследованиях, когда экспертное решение о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими определяется продуктивной психопатологической симптоматикой, проводить экспериментально-психологическое исследование необходимости нет. Если же клиническая картина заболевания является атипичной, осуществляется первичная диагностика либо изменение ранее установленного диагноза, а также в тех случаях, когда экс-

пертный вывод зависит преимущественно от выраженности негативных психических нарушений (степени выраженности психического дефекта), имеются все основания для проведения экспериментально-психологического исследования в рамках однородной СПЭ.

При производстве КСППЭ по гражданским делам о признании сделки недействительной изучение психологом материалов гражданского дела и медицинской документации, проведение экспериментально-психологического исследования является обязательным. Протокол ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза» содержит стандартизированные требования к экспериментально-психологическому исследованию. Обязательными компонентами являются беседа с подэкспертным и наблюдение. Необходимо применять следующий минимальный набор экспериментальных методов, охватывающий основные сферы психической деятельности:

- а) исследование умственной работоспособности и внимания: отсчитывание, таблицы Шульце (черно-белые и цветные), счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона и др. — не менее одной методики;
- б) исследование памяти: узнавание предметов, запоминание 10 слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов, картинок, пробы на опознание запоминаемых предметов и др. — не менее двух методик;
- в) исследование ассоциативной сферы: ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации, пиктограмма и др. — не менее одной методики;
- г) исследование мыслительной деятельности: исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий, признаки понятий, простые и сложные аналогии, объяснение пословиц и метафор, последовательные картинки, сюжетные картины, проба Эббингауза, незаконченные предложения, проба на чувствительность к логическим противоречиям и др. — не менее



трех методик, которые должны охарактеризовать операциональную, логическую, смысловую сферы мышления и включать как наглядный, так и вербальный материал.

д) исследование индивидуально-психологических особенностей; различные самооценочные шкалы (по Дембо-Рубенштейн, «Самочувствие-активность-настроение» — САН), проективные тесты («Тематический апперцептивный тест» — ТАТ, Роршах, тесты Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики и др.), личностные опросники (ММРІ — «Миннесотский мультифакторный личностный опросник», тест Кеттела и др.) — не менее одной методики.

Выбор методов обследования и их количества при оценке делкоспособности больных шизофренией определяется клинической картиной заболевания, особенностями экспертной ситуации и экспертным заданием. Так, наличие «органической почвы» предполагает более подробное исследование умственной работоспособности и памяти и, соответственно, применения методов, перечисленных в п.п. а, б. Сложности диагностики определяют необходимость более детального исследования ассоциативной сферы и мыслительной деятельности (методы в, г). Обусловленная экспертной ситуацией необходимость определения степени выраженности дефекта, предполагает прицельное исследование мыслительной деятельности и индивидуально-психологических особенностей (методы г, д). Наличие в экспертном задании вопроса о влиянии индивидуально-психологических особенностей подэкспертного на принятие им решения о заключении сделки и его реализацию предполагает детальное исследование индивидуально-психологических особенностей с помощью личностного опросника (ММРІ) в сочетании с другими тестами.

#### **4.2. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К СОСТАВЛЕНИЮ АНАМНЕСТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ИМЕЮТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ОТРАСЛЕВОЙ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 100/У-03 «ЗАКЛЮЧЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЭКСПЕРТА (КОМИССИИ ЭКСПЕРТОВ)»**

В ней сформулированы основные методические приемы и принципы его построения: описательный метод, необходимость избегания обобщающих оценочных определений, хронологическая последовательность изложения, принцип «равноправия диагностических и экспертных гипотез», необходимость ссылок на источник информации, рекомендация приведения описания подэкспертным своих прежних психопатологических переживаний в психическом статусе и др. В Протоколе ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза» указывается на необходимость обеспечения оптимальной развернутости и полноты исследовательской части заключения. Исследовательская часть заключения не должна содержать излишних смысловых повторов с многократным стереотипным воспроизведением одних и тех же событий разными свидетелями. Вместе с тем в ней должна быть отражена все полнота представленных на экспертизу данных, позволяющих рассматривать различные экспертные гипотезы.

В соответствии с п. 3.2. Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)» диагноз психического расстройства формулируется в соответствии с общепризнанными международными стандартами. Поэтому в исследовательской части заключения должно иметься описание симптомов психического расстройства.

Как было отмечено, экспертное решение о делкоспособности больных шизофренией выносится в зависимости от формы тече-

ния заболевания: непрерывное или приступообразное; выраженности дефекта. Поэтому анамнестическая часть заключения должна быть настолько подробной, чтобы, проанализировав имеющиеся описания, можно было сделать вывод о форме течения процесса, наличии в момент заключения сделки состояния обострения либо ремиссии процесса, оценить выраженность дефекта.

Особое внимание следует уделять тому, в каком психическом состоянии подэкспертный был выписан из психического стационара, были ли у него полностью купированы продуктивные психопатологические переживания, сформировалось ли к ним критическое отношение. В исследовательской части заключения должны быть отражены все имеющиеся в медицинской документации данные, характеризующие ремиссию: наличие негативной симптоматики — нарушений мышления, эмоционально-волевой сферы. Существенное значение имеет также отношение подэкспертного к приему лекарственных препаратов.

В соответствии со ст. 8 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», заключение КСППЭ должно отвечать требованиям объективности, всесторонности и полноты исследований. Данное требование конкретизировано в Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)», где указано, что при изложении недопустимо умаление и тем более игнорирование любой клинически значимой информации в пользу итоговой, конечной диагностической и экспертной концепций, необходимо приводить всю фактическую совокупность информации, имеющейся в материалах дела. Согласно Протоколу ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза», при освидетельствовании истцов и ответчиков необходимы изучение и анализ их исковых заявлений, ходатайств, показаний, которые даны в судебном заседании. В исследовательской части заключения

необходимо приводить данные исковых заявлений, мотивировки исковых требований и при вынесении экспертного решения сопоставлять их с самоописаниями, даваемыми подэкспертным при производстве СПЭ. Зачастую игнорирование подобной информации может вести к ошибочным экспертным выводам, а потому является основанием для назначения повторной экспертизы.

Необходимо отметить, что в соответствии со ст.ст. 86, 67 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации, заключение судебно-психиатрической комиссии экспертов является одним из доказательств по делу и оценивается с точки зрения его относимости, допустимости и достоверности. При составлении исследовательской части заключения следует учитывать, что заключение КСППЭ будет оцениваться судом с точки зрения достоверности. Поэтому анамнестическая часть заключения должна давать полное представление о том, когда появились описания психопатологических переживаний: до заключения сделки либо после нее, а также содержать ссылки на источники информации.

Аналогичная рекомендация может быть дана в отношении свидетельских показаний. Описания свидетелями психического состояния подэкспертного следует приводить в хронологической последовательности, т.е. в зависимости от того, когда эти показания появились.

Общая схема построения анамнестической части заключения может быть представлена в следующем виде:

- данные медицинской документации, характеристики;
- данные о заключенной сделке;
- показания свидетелей;
- описание проведенной ранее экспертизы;
- показания свидетелей, допрошенных после первичной СПЭ.

Отход от данной схемы зачастую приводит к затушевыванию экспертной ситуации, что может вести неправильным экспертным выводам.

Безусловно, данные, сообщенные подэкспертным о своем психическом состоянии на момент заключения сделки, во время производства судебно-психиатрической экспертизы либо до нее при госпитализации в психиатрический стационар учитываются при вынесении экспертного вывода, однако являются явно недостаточными. Необходимы дополнительные сведения, отражающие психическое состояние на момент заключения сделки: показания свидетелей, характеристики и проч., а также анализ динамики заболевания. Именно полнотой объективных данных о психическом состоянии подэкспертного на момент заключения сделки определяется различная экспертная тактика: запрос дополнительных сведений, вынесение вероятностного заключения, отказ от дачи заключения.

### 4.3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ИССЛЕДОВАНИЯ СОМАТИЧЕСКОГО, НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Описание соматического и неврологического состояния должны отражать проведенные исследования в соответствии с требованиями Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)», Протоколом ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза». Оценка целесообразности проведения дополнительных обследований осуществляется в зависимости от сопутствующей соматической и неврологической патологии.

Методология проведения клинического интервью, требования к содержанию описания психического состояния имеются в Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)», Протоколе ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза».

Необходимо повторить, что описание подэкспертным своих прошлых и актуальных болезненных переживаний необходимо приводить в психическом статусе. При обследовании больных шизофренией необходимо обращать особое внимание на пубертатный криз, а также дородовой и послеродовой периоды у женщин с фиксацией полученных данных в психическом статусе. Эти описания особенно важны для дифференциальной диагностики и определения типа течения заболевания.

Необходимо подчеркнуть, что описание психического состояния должно содержать не только обобщающие формулировки, например «мышление резонерское, разноплановое», но и тех высказываний подэкспертного, которые позволили эксперту определенным образом квалифицировать имеющиеся у него нарушения. Проявления эмоционально-волевого дефекта также должны быть описаны достаточно подробно с приведением высказываний подэкспертного, особенностей его поведения, отношения к различным жизненным ситуациям.

Как было показано, методологическими принципами экспертизы сделкоспособности больных шизофренией является установление влияния продуктивных и негативных психических расстройств на понимание фактической стороны сделки, прогнозирование ее правовых и социальных последствий, мотивацию решения о заключении сделки, способность к самостоятельному принятию решений и целенаправленной деятельности. Поэтому в психическом статусе юридически значимая ситуация заключения сделки должна быть описана исключительно подробно. Необходима фиксация со слов подэкспертного тех переживаний, которые отмечались у него на момент заключения сделки, объяснений по поводу принятия решения о заключении сделки, мотивации юридически значимого поведения. Существенное значение имеет при этом выявление свойственной больным шизофренией амбивалентности, искаженной или патологической мотивации. Необходим также подробный расспрос подэкспертного о том, на протяжении какого



времени происходило оформление документов, какое участие он принимал в подготовке сделки, как он оценивал действия других людей, какие эмоции и переживания испытывал в тот период. При выявлении противоречий с данными медицинской документации, показаниями свидетелей, содержанием искового заявления и проч. необходимо уточнить, каким образом подэкспертный объясняет имеющиеся расхождения, и зафиксировать его пояснения в психическом статусе.

Психический статус, насколько это возможно в каждом конкретном случае, должен давать возможность воспроизвести понимание подэкспертным фактической стороны сделки, способность к прогнозированию ее правовых и социальных последствий, мотивацию решения о заключении сделки, способность к самостоятельному принятию решений и целенаправленной деятельности. Иными словами, экспертный вывод о неспособности/способности подэкспертного понимать значение своих действий и руководить ими должен быть выводим из описания психического состояния.

#### **4.4. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДОЛЖНО СООТВЕТСТВОВАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ, ИЗЛОЖЕННЫМ В ПРОТОКОЛЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ «СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА»**

Для диагностики шизофрении необходимо выявление достаточного числа признаков определенного патопсихологического симптомокомплекса. Невозможность определить принадлежность выявляемых феноменов к определенному типу нарушений психической деятельности определяет необходимость увеличения числа применяемых методик. Направленность

экспериментально-психологического исследования задается экспертным заданием.

Следует подчеркнуть, что выявленные психологом феномены должны быть проиллюстрированы соответствующими примерами. В резюме экспериментально-психологического исследования должна содержаться целостная характеристика психической деятельности и личностных особенностей подэкспертного, необходимо отразить как нарушенные, так и сохраненные стороны психической деятельности. При нарушении психической деятельности необходимо определить степень их выраженности.

## **5. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ВЫВОДОВ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ СДЕЛКИ**

### **5.1. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ВЫВОДОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ ЭКСПЕРТОВ**

Одним из требований ст. 8 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» является проведение экспертных исследований на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности. Под специальными познаниями понимают знания об объектах науки и ее предмете, методике исследования и способе получения результатов, отражающих ее предмет и составляющих суть экспертного вывода. Судебная психиатрия — специальный раздел психиатрии, задачей которого является изучение различных психических расстройств в специальном отношении их к правовым нормам, к вопросам уголовного и гражданского права и процесса. Предметом исследования судебного психолога-эксперта выступают закономерности и особенности структуры и протекания психических процессов (психической деятельности), имеющие юридическое значение и влекущие определенные правовые последствия. Речь

идет как о патологических, так и о непатологических (возрастных, личностных, эмоциональных) особенностях функционирования психической деятельности человека в юридически значимых ситуациях. Поскольку в ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации конкретная формулировка медицинского критерия отсутствует, а используемое понятие «такое состояние», то и делать вывод о способности либо неспособности подэкспертного понимать значение своих действий и руководить ими компетентны как психолог, так и психиатр. Таким образом, вывод о наличии у подэкспертного психического расстройства могут выносить только психиатры, об определенных индивидуально-психологических особенностях — только психолог. Вывод о способности понимать значение своих действий и руководить ими на момент заключения сделки относится к совместной компетенции психиатров и психолога.

### **5.2. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА ШИЗОФРЕНИЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СООТВЕТСТВИЕМ СТАНДАРТАМ ДИАГНОСТИКИ**

Согласно протоколу ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза», необходимо осуществить диагностику эндогенного типа реагирования, которая базируется на выявлении врачом судебно-психиатрическим экспертом следующих расстройств:

- мышления — шперрунги, ментизм, резонерство, разорванность;
- восприятия — слуховые псевдогаллюцинации»;
- бредовой — «тонкой» деперсонализации и дереализации;
- эмоций — амбивалентность, суточные колебания настроения с улучшением к вечеру;
- двигательной-волевой сферы (кататонический синдром) — стереотипии, эхолалия, эхопраксия, негативизм и др.; абулия, гебефреничность, манерность.

В обосновании диагноза необходимо привести достаточно число симптомов, необходимых для диагностики шизофрении в соответствии с действующей классификацией.

Желательно не только перечислить симптомы, но и определить ведущий синдром (депрессивно-параноидный, апатико-абулический и др.). Обоснование должно включать данные анамнеза (желательно со ссылками на источник информации — данные медицинской документации, свидетельские показания), результаты обследования при производстве экспертизы.

Поскольку при экспертизе сделок способности осуществляется ретроспективная оценка психического состояния лица, при проведении очных экспертиз (амбулаторных и стационарных) необходимо установить диагноз психического расстройства на момент обследования и диагноз психического расстройства на момент заключения сделки. Например, «подэкспертный страдает психическим расстройством в форме шизофрении эпизодического типа течения, состояние ремиссии <...обоснование диагноза...>. На момент заключения сделки подэкспертный также страдал указанным психическим расстройством, у него наблюдался аффективно-бредовый приступ <...обоснование...>».

### **5.3. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ТРЕБОВАНИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЭКСПЕРТНОГО ВЫВОДА ЯВЛЯЕТСЯ ЕГО СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ СДЕЛОК**

Необходимо помнить, что диагноз психического расстройства не определяет экспертное решение, необходимо сопоставление выявленных у подэкспертного расстройств с юридическим критерием ст. 177 Гражданского кодекса Российской Федерации. Эксперты должны доказать наличие у подэкспертного психических нарушений на момент заключения сделки исходя из имеющегося

описания психического состояния, клинических закономерностей протекания определенной формы шизофрении, малой обратимости негативных изменений и проч. Затем необходимо установить, повлияли ли отмечавшиеся у подэкспертного на момент заключения сделки психические расстройства на понимание им фактической стороны сделки, прогнозирование ее правовых и социальных последствий, мотивацию, способность к самостоятельному принятию решений и целенаправленной деятельности.

При этом следует помнить, что при обосновании вывода эксперты должны руководствоваться исключительно клиническими аргументами. Вывод о выраженности психического расстройства не может быть сделан исходя из характера заключенной сделки и особенностей поведения подэкспертного в юридически значимый период. Выбор подэкспертным определенного вида сделки, особенности его поведения при ее заключении могут объясняться различными причинами бытового характера и вовсе не свидетельствуют о наличии какого-либо психического расстройства. Кроме того, высказанные экспертами суждения, не основанные на клинических данных, будут свидетельствовать о выходе за пределы своих профессиональных познаний.

Критериями, исключающими способность понимать значение своих действий и руководить ими при заключении сделки, являются отмечавшиеся во время заключения сделки актуальные галлюцинаторно-бредовые переживания, мании, достаточно выраженная депрессия (соответствующая критериям тяжелого депрессивного эпизода по МКБ-10), стойкие качественные нарушения мышления, выраженный апатико-абулический дефект. Рудиментарный либо инкапсулированный бред не исключает способности больных понимать значение своих действий и руководить ими при заключении сделки. Необходимо помнить, что критерии социальной адаптации являются дополнительными, служат лишь маркерами, которые косвенно позволяют судить о выраженности психических нарушений, но сами по себе не могут быть положены в обоснование экспертного вывода о несделкоспособности больного шизофренией.



#### **5.4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В РАМКАХ КСППЭ ПРОВОДИТСЯ ПО ВСЕМ ПРЕДСТАВЛЕННЫМ ДАННЫМ: С УЧЕТОМ МАТЕРИАЛОВ ГРАЖДАНСКОГО ДЕЛА, МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ДАННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДЫДУЩИХ ОСМОТРОВ ПСИХОЛОГОМ В СОПОСТАВЛЕНИИ С РЕЗУЛЬТАТАМИ НАПРАВЛЕННОЙ БЕСЕДЫ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Психологический анализ должен содержать профессиональные суждения психолога об отмечавшихся у подэкспертного индивидуально-психологических особенностях с приведением того, какие именно данные положены в основу высказываемого суждения.

#### **5.5. СООТВЕТСТВИЕ ВЫВОДОВ ЭКСПЕРТНОМУ ЗАДАНИЮ**

Согласно действующим инструктивным требованиям, эксперты должны либо ответить на каждый поставленный в определении суда вопрос, либо указать, по какому из предусмотренных законом оснований дать ответ не представляется возможным.

Если по одним вопросам эксперты могут дать ответы, а по другим имеются основания для сообщения о невозможности дать заключение, то составляется единый документ — заключение экспертизы. В нем наряду с выводами, содержащими мотивированные ответы на экспертные вопросы, приводятся основания, по которым невозможно дать ответ на некоторые из поставленных перед экспертами вопросов.

## **ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА КОМПЛЕКСНОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ**

*Методические рекомендации*

## ВВЕДЕНИЕ

Обеспечение качества комплексной экспертной оценки шизотипического расстройства, нового для традиционной отечественной психиатрии клинического обозначения, требует прежде всего тщательного описания психопатологической феноменологии. Без этого не могут осуществляться все составляющие комплексной оценки: анализ причинных факторов, обусловивших тенденцию формирования риска совершения общественно опасного деяния (ООД), непосредственных «стартовых» факторов, реализующих ООД, возможность при этом в полной (или не в полной) мере осознавать (или не осознавать) фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, определение потенциальной опасности рисков совершения рецидива ООД и, соответственно, выбор адекватных мер медицинского характера для их профилактики. Таким образом, *актуальность* работы определяется необходимостью системного подхода к решению этой проблемы, а также для понимания ее многоплановой сути, анализа ее возникновения.

Рассматривая шизотипическое расстройство личности в соответствии с местом в МКБ, важно принимать во внимание, что при данном расстройстве личности высока вероятность стабилизации болезненного процесса с применением понятия «нового здоровья». Соответственно, эта возможность должна составлять часть юридически релевантного анализа психического состояния субъекта. Шизотипическое расстройство в современном понимании характеризуется медленной прогрессивностью, без формирования выраженного (глубокого) дефекта психики, что и позволяет дифференцировать его с шизофреническим процессом. Разрабатывая критерии описываемого расстройства, принималось во внимание, что его отдаленные этапы ранее практически не исследовались. Поэтому *цель* работы состоит в том, чтобы представить наиболее обоснованные подходы к судебно-психиатрической оценке шизотипического расстройства в виде моделей. Исходя из поставленной цели, решаются *задачи*: по описанию основных дефиниций шизотипического расстройства, отсутствующие в МКБ-10 и их адекватная судебно-психиатрическая оценка.

## ОСНОВНЫЕ ДЕФИНИЦИИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Как следует из рубрики F21 МКБ-10 шизотипическое расстройство «характеризуется чужаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Какой-либо превалирующей или типичной для шизофрении симптоматики нет». Оно напоминает шизоидное расстройство личности, однако присутствуют определенные странности поведения и эксцентричный внешний вид, странности восприятия и общения, использование необычных слов, и, наконец, большинство больных погружены в свои фантазии. В диагностических критериях подчеркивается преобладание дефицитарных симптомов, проявляющихся в интерперсональных проблемах, странностях мышления, внешних особенностях (одежда, походка и др.) и поведения.

К диагностическим критериям также добавляются указания, относящиеся к социальному функционированию: отсутствие близких друзей и доверенных лиц, а также чрезмерная социальная тревога. Наряду с перечисленными признаками, шизотипическое расстройство может проявляться стойкими обсессивно-фобическими и/или истерическими, деперсонализационными, психопатоподобными симптомами с чертами инертности, однообразия, штампованности, что позволяет разделять указанные варианты (рубрика F21.1–F21.5). В данную рубрику включаются формы, которые в отечественном понимании квалифицировались как малопрогрессирующая или вялотекущая шизофрения. Для достоверного диагноза малопрогрессирующей шизофрении

необходимо наличие дополнительных признаков в виде снижения инициативы, активности, психической продуктивности, эмоциональной нивелировки, парадоксальности суждений.

Учитывая то, что некоторые формы шизотипического расстройства хорошо изучены в рамках малопрогрессирующей шизофрении (псевдопсихопатическая и псевдоневротическая формы), мы остановимся на тех, диагностические критерии и клинические описания которых еще недостаточны.

### ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО

Шизотипическое расстройство личности относится к группе «странных» расстройств личности («odd» personality disorders), которое включает в себя параноидное, шизоидное и шизотипическое расстройства личности. Люди с этими расстройствами демонстрируют, как правило, странные или эксцентричные модели поведения, наблюдаемые при шизофрении, в том числе крайнюю подозрительность, социальную изоляцию и необычную манеру мышления и восприятия окружающего мира. Часто подобное поведение практически изолирует человека от общества. Шизотипическое личностное расстройство описано в DSM-IV как общий паттерн социального и межличностного дефицита, отмеченный чувством сильного дискомфорта при близких отношениях и сниженной способностью завязывать такие отношения, а также когнитивными и перцептивными искажениями и эксцентричностью поведения, в том числе магическим мышлением, странными фантазиями и необычным перцептивным опытом. Людям с этим расстройством также присущи параноидные идеи, избыточная социальная тревога и отсутствие близких друзей, уход в собственный ментальный мир.

Лица с шизотипическим расстройством личности часто испытывают трудности сосредоточения, и это объясняет одну из их ключевых особенностей — расплывчатую речь (digressive speech).

Такие люди, как правило, говорят в расплывчатой манере, произнося фразы, отличающиеся чрезмерной сложностью. Их свободные ассоциации становятся причиной того, что окружающим бывает трудно следить за ходом мысли. Однако, в отличие от шизофрении, эти проблемы, касающиеся внимания и мышления, не приводят к полному разрыву с реальностью.

### ШИЗОФРЕНИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ

Термин «шизофренические/шизоидные реакции» введен для обозначения состояний, определяющихся шизофреническими симптомами, но в отличие от прогрессирующего эндогенного заболевания, «манифестирующих на фоне актуального и понятного психотравмирующего жизненного переживания, длящихся несколько дней или недель и проходящих бесследно». В то время как в одних систематиках шизофренические реакции относятся к так называемым третьим психозам (полиморфная группа функциональных психических расстройств, занимающих «промежуточное» положение между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом), в других интерпретируются как проявление так называемой реактивной шизофрении, разработка концепции которой продолжается вплоть до настоящего времени.

Для квалификации шизофренической реакции непсихотического уровня, рассматриваемой в рубрике F21 «Шизотипическое расстройство» не является обязательной связь с психотравмирующим воздействием. В то же время в рубрике F23 «Острые и транзиторные психотические расстройства», включающей в качестве приоритетного признака ассоциацию психопатологических расстройств с психической травмой, не предусмотрено выделение состояний, выраженность которых не достигает степени острого психоза (F23.1 «Острое полиморфное психотическое расстройство» и F23.2 «Острое шизофреноподобное психотическое



расстройством»). При этом в качестве шизофренической реакции рассматриваются психогенные состояния невротического/психотического уровня, формирующиеся на неманифестных этапах и в период относительной стабилизации шизофренического процесса («предшизофренические» — шизотипическое расстройство личности, латентная шизофрения или резидуальные состояния). О психогенной природе изученных состояний свидетельствует образование новых, отражающих динамику психогении, не наблюдавшихся на протяжении предшествующего течения заболевания (за исключением возникавших ранее реактивных состояний) клинически очерченных симптомокомплексов. Вместе с тем в клинической картине ШР в ряде случаев наблюдаются психопатологические проявления более тяжелых регистров, свойственных расстройствам шизофренического спектра.

Психопатологические проявления, определяющие клиническую картину шизофренической реакции, также можно интерпретировать как результат предопределенного способа реагирования, но не экзо-, а эндогенного типа. Соответственно, основываясь на собственных наблюдениях и данных ряда исследований, представляется возможным по аналогии с реакциями экзогенного типа выделить реакции эндогенного типа, к которым относятся и шизофренические. При этом рассмотрение проблемы предрасположения («почвы»), обуславливающего возникновение реакций эндогенного типа, наиболее адекватно в аспекте концепций психопатологического или шизотипического диатеза.

## ЛАТЕНТНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

Латентная шизофрения — состояние эксцентричного или непоследовательного поведения и аномалий аффекта, создающих впечатление заболевания шизофренией, хотя оно не сопровождалось в прошлом и не сопровождается в настоящем характерными для нее признаками.

Латентная шизофрения отличается от вялотекущей отсутствием симптомов параноидного ряда, меньшей выраженностью и большей стационарностью всех «негативных» и стертых «позитивных» расстройств, составляющих сущность вялотекущей шизофрении — это ее смягченный вариант или аналог с мягким дефектом и столь же малозаметным движением во времени.

Из-за того, что диагноз «*schizophrenia incipiens*» (начинающаяся шизофрения) сложен, выделяется две категории:

- скрытые и прогрессирующие формы;
- острые формы.

Скрытые и прогрессирующие формы и являются, по сути, такими вариантами шизотипического расстройства, как продромальная и латентная шизофрения. В таких случаях большой проблемой диагностики является опознавание в «*schizophrenia incipiens*» «патологического характера утомления», рассеянности, потери интересов, странностей вкусов, причудливых мыслей, нелепых поступков, насилия, парадоксальных чувств и т.д.

Следует отметить четыре параметра продромальных поведенческих нарушений:

- прекращение обучения или работы;
- значительное и стойкое изменение интересов, значительная и стойкая социальная пассивность;
- отгороженность и изоляция, выраженное социальное избегание;
- значительное и стойкое изменение внешнего облика.

## БЕДНАЯ СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНИЯ

Данная форма проявляется преимущественно негативными симптомами, приведенными в «Диагностических указаниях» к подразделу F21. Психическая дефицитарность выражается на личностном уровне признаками нарастающего аутизма, суже-

нием диапазона эмоциональных реакций, нюансировки межличностных отношений, снижением продуктивности деятельности, обеднением влечений и сопровождается явлениями так называемого астенического дефекта с вялостью, пассивностью, безынициативностью. Возможности социальной адаптации ограничиваются элементарным самообслуживанием, выполнением несложных профессиональных обязанностей, симбиотическим сосуществованием с родителями или опекунами.

## СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

---

Прежде чем перейти к частным закономерностям вынесения судебно-психиатрического заключения, остановимся на предлагаемом нами общем алгоритме построения экспертного вывода при шизотипическом расстройстве. В первую очередь необходимо определить глубину и выраженность факультативной симптоматики у подэкспертного, что производится, естественно, в комплексе с данными экспериментально-психологического исследования, а в зависимости от особенностей криминального действия и привлечения сексопатологов, наркологов, других узких специалистов.

Следующим этапом является определение коморбидной симптоматики (например, экзогенно органического характера, психогении, интоксикации) и степени ее влияния на актуальное психическое состояние в целом. Тщательному анализу должны быть подвергнуты действия подэкспертного в период содеянного и особенности его психического состояния, которое может быть иным, чем до происшедшего (состояние глубокого или наркотического опьянения, кратковременная экстазация психотического уровня, сопровождавшаяся наличием ощущения реальной угрозы жизни). В случае имущественного правонарушения необходимо четко определить роль подэкспертного — лидер или безвольное лицо, выполняющее безропотно указания руководителя референтной группы. В последнее время в преступном мире часто практикуется прием, когда асоциальное сообщество, зная о психическом нездоровье подэкспертного, назначает его официально-формальным руководителем заведомо криминального предприятия с целью последующего избежания уголовной ответственности. В заключении алгоритма производится разра-

ботка интегративного подхода к выявленной психопатопатологии и социальному функционированию, что существенно в анализе юридически релевантной ситуации.

Важным аспектом в уточнении диагностики шизотипического расстройства являются расстройства самосознания, когда нарушается адекватная оценка своего «Я» как субъекта психической деятельности и как личности с определенным статусом, что в той или иной степени проявляется на всех этапах эндогенного процесса и порой является тем основным расстройством инициального этапа, которое нарушает адекватное восприятие объективной ситуации, ее каузального атрибутирования, лишает лицо возможности свободного личностного регулирования своего поведения в соответствии с реальной ситуацией еще при отсутствии симптомов «большого психоза».

Для диагностики шизотипического расстройства особенно важны выявляемые при экспериментально-психологическом исследовании симптомы изменения личностно-мотивационной сферы, мышления, признаки снижения произвольности и продуктивности ассоциативного процесса, снижение целенаправленности суждений, негрубые смысловые соскальзывания, претенциозное пустое рассуждательство, а также неравномерность, непоследовательность процесса обобщения с уравниванием значимости существенных и второстепенных признаков, актуализацией латентных признаков понятий.

Наиболее распространенными к настоящему времени считаются три основных группы рассматриваемого расстройства:

- с ведущим («фасадным») психопатоподобным;
- неврозоподобным синдромом;
- с аффективными нарушениями.

Изучение больных с шизотипическим расстройством, совершивших агрессивные криминальные действия, в значительной мере подтверждают такое клиническое деление, в то же время демонстрируя большое разнообразие клинических проявлений. Это указывает на «многоликость» шизотипического расстройства

и подчеркивает вероятность его диагностики при различной степени сходства с какой-либо формой шизофрении.

Облигатными элементами для констатации описываемого расстройства и модели судебно-психиатрической оценки является наличие трех групп нарушений, их выраженность при отсутствии значительной прогредиентности.

Среди таких нарушений:

- мышление (аморфность, метафористичность, стереотипизация, вычурность, но без признаков разорванности);
- эмоциональная сфера (неадекватность или невыразительность аффекта, спонтанные колебания аффекта, эмоциональная холодность, расстройство влечений);
- выявление кратковременных субпсихотических эпизодов с иллюзиями, обманами восприятия, бредовыми идеями, немотивированными страхами, навязчивостями, в том числе в анамнезе.

Судебно-психиатрическая оценка в меньшей мере зависит от формы «фасада» психопатологической картины — психопатоподобной, неврозоподобной или аффективной — основную роль в экспертном процессе играет глубина и динамика психопатологических расстройств. Предыдущие исследования свидетельствуют о важности преморбидных особенностей личности, которые могут быть сходными при различных формах «фасада» и должны являться составной частью судебно-психиатрической модели как прогностически существенные. Однако можно отметить только тенденции к большей или меньшей частоте типа преморбидной личности при каждом из трех перечисленных выше вариантов шизотипического расстройства.

Судебно-психиатрическая оценка шизотипического расстройства основывается на общих клинических принципах и экспертных подходах и включает в себя сопоставление особенностей психического состояния подэкспертного в период совершения правонарушения с медицинским и юридическим (психологическим) критериями формулы невменяемости. По данным ранее



проведенных исследований, именно психологический критерий отражает степень (выраженность) психического расстройства, исключая возможность вменения деликта. При шизотипическом расстройстве особенно существенно то обстоятельство, что психологический и медицинский критерии формулы невменяемости определяют психическое состояние подэкспертного в целом (что, в свою очередь, подчеркивает важность интегративной оценки психических нарушений). Именно интегративный подход к психопатологии и социальному функционированию при процессе судебно-психиатрической оценки позволяет оптимально определить степень свободы личности (или болезненной несвободы в выборе формы поведения), что существенно в анализе юридически значимого поведения.

Более тонкого анализа в системе «личность–деятельность» требует функция выбора направленности деятельности в социальной сфере. Как отмечалось, всякое поведение, деятельность всегда ситуативны. Клинико-динамические особенности каждого указанного выше варианта шизотипического расстройства, в свою очередь, составляли континуум «вменяемость»–«ограниченная вменяемость» и «невменяемость» (т.е. различная возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действия и руководить ими).

**Модель № 1. При психопатоподобном оформлении шизотипического расстройства** у больных в преморбиде преобладают шизоидные черты личности, истеро-возбудимые, стенические. Начало заболевания сходно с рядом форм шизофрении (утрата глубоких контактов с окружающими с появлением поверхностных, появление своеобразных интересов). Снижение энергетического потенциала долгое время незначительно и даже может быть незаметным. Далее возникают нелепости или странности в поведении, вычурность одежды, снижаются способности к целенаправленной активности, возникают эмоциональное обеднение и парадоксальность эмоций, могут утрачиваться высшие эмоциональные проявления (сострадание, стыд, любовь и др.).

Вероятны эпизоды агрессивности, в том числе обусловленные изменением взаимоотношений с окружающими, ощущением собственной измененности, усложнением привычной адаптации, а также транзиторными психотическими проявлениями и др. При указанном оформлении шизотипического расстройства существенно криминогенная роль экзогенных вредностей — интоксикации алкоголем, наркотиками, конфликтов, острых и длительных.

В целом судебно-психиатрический подход к шизотипическому расстройству как и к любому другому должен исходить из необходимых и достаточных признаков (факторов) медицинского и юридического критериев. Однако при данном расстройстве, близком в ряде случаев к пограничному с акцентуированной личностью, особенно важна их интегративная трактовка с учетом взаимного влияния.

1.1. *Рекомендации применения ст. 21 УК РФ.* При неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими дальнейшая динамика психопатоподобных проявлений шла по типу «клише» с повторением при обострениях основной симптоматики (или стабилизировалась на этапе максимальных проявлений с тем или иным дефектом). Почти постоянно выявлялись выраженные расстройства мышления с искажениями ассоциативного процесса, изменение самосознания. Можно было констатировать медленное нарастание глубины негативных нарушений в целом.

У ряда больных длительно сохраняется критическое отношение к изменению своего психического состояния, мало и медленно меняются интеллектуальные возможности, но волевые усилия становятся недостаточными для реализации желаний и целей. Правонарушения в подобных случаях, как правило, обусловлены пассивной подчиняемостью на фоне сложного материально-бытового положения.

У больных с шизотипическим расстройством и ведущим психопатоподобным синдромом динамика преимущественно

выражается в характерологических сдвигах. Происходит как заострение преморбидных черт в сочетании с негативной симптоматикой, снижением критических способностей, так и кардинальное видоизменение преморбидной личности. Это может касаться и утраты просоциальности, изменения ценностной системы в связи с попытками психологизации заболевания. Стабилизация шизотипического расстройства с психопатоподобным внешним оформлением в клинических вариантах повторяет частоту форм расстройств личности — преобладают истеро-возбудимые, затем психастенические и стенические структуры. Однако во всех случаях не исключена расторможенность низших влечений с антисоциальным поведением, в том числе в виде сексуальной агрессии, бродяжничества с кражами и др. Обретение стеничности может сочетаться с кверулятством, подозрительностью, сверхценными идеями отношения, что опосредованно ложится в основу механизмов правонарушений против личности.

1.2. *Рекомендации применения ст. 22 УК РФ.* При психопатоподобном оформлении «фасада» шизотипического расстройства. Указанные рекомендации могут основываться на нерезко выраженных проявлениях шизотипического расстройства, что может отражать начало заболевания (инициальный этап или мягкое течение в целом с незначительной дефицитарностью психики). При этом спектр расстройств достаточно широк:

- странности в рисунке поведения;
- отдельные ассоциативные своеобразия;
- эпизоды парадоксальности эмоций;
- немотивированные колебания;
- вычурность интересов при их сверхценности;
- наличие отдельных навязчивостей, транзиторных сенситивных идей отношений при сохранении удовлетворительной социальной адаптации или ее незначительном снижении.

Важными аспектами указанного судебно-психиатрического подхода к шизотипическому расстройству следует считать наличие определенного сознания болезни, длительную неизменность

клинической картины, не содержащей нарушений психики, значительно влияющих на социальную адаптацию, небольшое изменение преморбидных черт личности. Определенное место в данной модели судебно-психиатрической оценки также должен занимать характер правонарушения, роль в нем подэкспертного (инициатор, активный соучастник) и степень понимания им юридических последствий содеянного.

1.3. В редких случаях шизотипическое расстройство с психопатоподобным клиническим оформлением *не исключает способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.* К таким случаям можно относить фармакологически независимые длительные незначительные психические нарушения, в то же время соответствующие критериям данного расстройства по МКБ-10. При этом имеются в виду как изначально стертое течение заболевания, так и случаи с благоприятной динамикой и обретением упомянутого выше нового здоровья. Возможен незначительный дефект с несущественными или нестойкими отдельными нарушениями мышления (ассоциативного процесса), кратковременные эпизоды немотивированного снижения настроения, изменения преморбидной личности, способствующие удовлетворительной адаптации.

**Модель 2. При неврозоподобном оформлении шизотипического расстройства** наиболее вероятен преморбидный тип личности с преобладанием астенических черт, тревожностью, шизоидностью. Начальные проявления часто характеризуются усилением астенической симптоматики, аффективных колебаний, появлением ипохондрических переживаний и сенестопатий. Также возможно усиление обсессивно-фобической и деперсонализационной симптоматики. Однако эти два варианта практически не смешиваются. В целом при неврозоподобном оформлении шизотипического расстройства динамика психопатологии на протяжении жизни минимальна. Среди фобий наиболее часты страх загрязнения, агорафобия, нозофобия, спидофобия, канцерофобия



и страх сойти с ума. Последнее, как известно, считается типичным для начальных этапов шизофренического процесса. Однако многочисленные исследования выявили его и при шизотипическом расстройстве. Ряд obsessions составляют навязчивые мысли (бренные, сексуального содержания, навязчивый счет разных предметов, людей), что сочетается с ритуалами. Эмоциональная окрашенность фобий (в том числе высокая аффективная заряженность на каком-то этапе заболевания) со временем чаще уменьшается, ритуалы могут обретать характер необходимых или дезактуализироваться (что происходит реже). Фобии и ритуалы, в отличие от obsessions, редко сопровождаются ауто- или гетероагрессивными тенденциями или действиями. Однако навязчивые мысли, действия могут приводить к такому поведению.

Особо выделяется при шизотипическом расстройстве небредовая ипохондрия (коэнзистопатия). Для больных характерны такие особенности эмоциональной и когнитивной сфер, как рассудительность, дефицит эмпатии к близким и немотивированное расположение с неуместной откровенностью при случайном знакомстве. Суждения утрированно правильные без внутренней переработки, внешний облик часто вычурен, т.е. создает клиническую картину типа «фершробен». У больных выявляются изолированные психовегетативные расстройства, пароксимальные психосоматические кризы (от 2–3 дней до 4–6 недель), алгопатии. При неблагоприятной динамике присоединяются телесные фантазии, сенестезии, сенестопатии — «хлопающий клапан в гортани», «провалы в невесомость», «набухание сосудов в голове», т.е. происходит нарушение общего чувства тела.

2.1. В случаях неблагоприятной динамики неврозоподобного варианта шизотипического расстройства появляются транзиторные сверхценные идеи отношения, ипохондрического содержания, иногда с депрессивной ажитированностью либо сенестопатиями. Постепенно могут ограничиваться межличностные контакты. Обычно не вызывает сомнений *рекомендация экскультиации* больных при выявлении деперсонализационно-

дереализационных переживаний, что подтверждается и нашими данными. У таких больных сравнительно быстро проявляются негативные изменения личности (особенно эмоциональной и волевой сфер). Согласно общепринятой концепции, такие клинические проявления должны расцениваться в рамках шизотипического расстройства как отражающие более глубокий регистр поражения психики, что повышает убедительность рекомендации ст. 21 УК РФ.

2.2. *Ограниченная вменяемость* (ст. 22 УК РФ) при шизотипическом расстройстве с ведущим неврозоподобным синдромом может считаться относительно частым вариантом судебно-психиатрической оценки у больных с данным расстройством. В структуре неврозоподобного синдрома преобладают астенические симптомы (доминируют жалобы на слабость, быструю утомляемость, поверхностный сон). Фобии не характеризовались эмоциональной охваченностью, а сверхценные идеи отношения, беспричинная тревога, снижение настроения носят транзиторный характер. При отдельных эпизодах деперсонализации, дисморфомании сохранялось критическое отношение к болезненным переживаниям. Больные удерживались в семье, на работе.

В динамике психопатологической картины нередко прослеживается снижение интенсивности болезненных переживаний, своеобразное «привыкание» к ним без существенного снижения социального статуса. Искажения в волевой и ассоциативной сферах преимущественно выявляются при экспериментально-психологическом обследовании.

2.3. При неврозоподобном оформлении шизотипического расстройства, как и при других клинических вариантах, не исключена рекомендация судебно-психиатрического вывода о *вменяемости*. Положительная динамика тоже выражается в формировании так называемого нового здоровья. Также возможно образование новой структуры личности как с очевидно астеническими чертами, так и с возникновением других характерологических структур — стенической, истеро-ипохондрической. Кроме того,



отмечены случаи быстрой дезактуализации шизотипических проявлений при окончании возрастных кризов (пубертатного, климактерического), а также в случаях существенного положительно-го изменения микросоциальной ситуации (если шизотипическое расстройство было спровоцировано психогенией, факторами биологической перестройки — родами, абортom, тяжелой операцией и др.).

**Модель 3. При аффективном оформлении шизотипического расстройства** ведущими и «фасадными» являются аффективные нарушения. При преобладающем по частоте астено-депрессивном синдроме помимо типичных (облигатных) проявлений отмечаются трудности сосредоточения, «наплывы мыслей», «шперрунги», утрата прежних интересов и значительное снижение круга общения — «люди утомляют». В нередких случаях от больных «исходила тревога». Тревожно-депрессивному симптомокомплексу, второму по частоте встречаемости, присуще сочетание транзиторных страхов, тревоги — в основном неопределенной, очевидно проявляющейся в мимике, позе, нередкой неусидчивости. У больных клинически и экспериментально-психологически выявляются нарушения мышления: паралогичность, аморфность, непродуктивность. Возможны сложные сенестопатии с неприятными ощущениями в голове, а также субпсихотические проявления — транзиторные обманы восприятия (преимущественно слуховые). При описываемом варианте шизотипического расстройства наиболее часты аутоагрессивные и суицидальные намерения и поступки. Третий симптомокомплекс с ведущими аффективными нарушениями составляют гипоманиакальные изменения с биполярными аффективными состояниями. Хаотичная активность сочетается с субъективным ощущением ускорения мышления, речи и ассоциаций, «наплывов мыслей» и расторможенностью влечений. Такая клиническая картина может сменяться субдепрессией, астенией, незначительным эмоциональным уплощением.

3.1. *Неспособность к вменению* обычно предполагает остроту тревожно-депрессивных переживаний с ощущением вероятно-

сти ужасных событий. Страх и тревога ярко отражаются на всем поведении больного — неусидчивости, своеобразных жестах, проявляются стереотипии, в голове возможно чувство пустоты. Тревога и страх являются почвой для возникновения бредоподобных идей отношения, окликов при наличии нарушений мышления — аморфности, трудности сосредоточения, «шперрунгов».

3.2. При *ограниченной способности осознавать* фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в случаях ведущего (фасадного) аффективного синдрома должна быть возможность констатировать стабилизацию психопатологического состояния с трансформацией аффективных нарушений в стертые, преимущественно на астено-субдепрессивном фоне. Также не должно происходить заметного нарастания негативной симптоматики и уровня социальной дезадаптации — наоборот, чаще можно констатировать улучшение ее качества. Нередко можно видеть восстановление показателей семейной и трудовой адаптации.

3.3. Шизотипическое расстройство с аффективным фасадным оформлением реже, чем другие описанные формы, стабилизируется на уровне, близком к преморбидному уровню психических возможностей (даже при благоприятных социально-средовых воздействиях, медикаментозных мерах). Однако и при описываемой форме отмечается «новое здоровье». В большинстве таких случаев в анамнезе преморбидно выявлялась акцентуация шизоидных черт с мозаичными и стеническими характеристиками; начало заболевания происходило в период 20–29 лет. Развитие заболевания занимало несколько месяцев, в дальнейшем же динамика строго следовала механизму «клише». В целом в таких случаях даже при наибольшей остроте психопатологического состояния негативные расстройства неглубоки.

Полученные данные показали, что при практическом приращении диагноза «шизотипическое расстройство» в судебно-

психиатрической практике правомерно и обоснованно учитывать «весовой коэффициент», или показатель экспертной значимости симптома и динамики состояния.

### **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ШИЗОТИПИЧЕСКОМУ РАССТРОЙСТВУ**

На примерах отдельных моделей судебно-психиатрического подхода к шизотипическому расстройству очевидно, что он должен быть системным, охватывая как данные функционального диагноза (выраженность негативных изменений личности, преимущественно эмоциональной сферы и затрудненности общения), транзиторных субпсихотических симптомов — подозрительности, элементов стереотипии или их отсутствие и влияние негативных и продуктивных нарушений на качество жизни — социальное функционирование), так и связанность правонарушения с психопатологией. Выявленная интеграция психопатологических симптомов должна оцениваться с позиции их роли в криминальной ситуации — как причинной, опосредованной или интактной (ниже приводятся примеры). Наиболее часто клинические проявления расстройства, квалифицируемого как шизотипическое, именно в совокупности ограничивают способность субъекта осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. При констатации только личностных нарушений при объективно достаточной социальной адаптации может рассматриваться экспертный вывод о способности субъекта осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

В случае оценки способности к вменению на продромальном этапе расстройства особенно важен анализ его прогностических признаков — с позиции функционально-диагностического подхода — уровень социальной адаптации. При частичной дезадап-

тации отмечается неустойчивость функционирования преимущественно в одной из сфер жизни в связи с конкретными условиями. При полной дезадаптации отмечаются стабильные и выраженные нарушения функционирования преимущественно во всех сферах. Тотальная дезадаптация не актуальна для шизотипического расстройства, заставляет думать о другой диагностической форме.

Согласно МКБ-10, диагностика шизотипического расстройства возможна при наличии не менее пяти симптомов из приводимого списка (идеи отношения, необычные убеждения или «магическое» мышление, убежденность в необычных способностях, необычные увлечения, фантазии), особенности перцепции, в том числе сенестопатии, своеобразии мышления и речи, подозрительности, ненормативности эмоциональной сферы — неадекватность реакций, дефицит эмпатии, необычное для данного культурного круга поведение, отсутствие друзей и минимальность лиц общения, тревожность при общении). Важно также подчеркнуть, что судебно-психиатрическая оценка может прямо (математически) не зависеть от числа выявленных перечисленных симптомов — как было отмечено выше, имеет значение их интеграция и интегративное влияние на психическое состояние и социальное функционирование в целом. Вместе с тем наличие всех перечисленных симптомов обычно исключает способность к вменению, а в других случаях, помимо интегративного эффекта, чрезвычайно важна выраженность любого из них.

### **ВАРИАНТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ТАКТИКИ ПРИ СЛОЖНОСТИ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА**

Целостный анализ описанных трудно дифференцируемых случаев шизотипического расстройства нередко с атипичной клинической картиной из-за полиморфной экзогенной ослож-

ненности позволяет рекомендовать *три варианта* тактики проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Эти варианты основаны на возможности получения необходимой и достаточной информации для установления диагноза шизотипического расстройства еще в период проведения первичной ССПЭ. Выделенные варианты позволяют наметить тактику экспертного обследования и принятия экспертных решений в период первичного стационарного освидетельствования, а именно:

- принимать ли экспертное решение на основании уже имеющейся диагностической информации (*первый вариант*);
- продлить ли экспертное наблюдение в рамках установленного Федеральным Законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» максимально допустимого 90-дневного срока (ст. 30), допуская, что за это время можно дополнительно получить необходимую и достаточную информацию (*второй вариант*);
- или же имеющиеся клинические данные, аргументы *pro et contra* диагноза шизотипического расстройства явно неопределенны и без получения новых материалов действительно необходимо проведение принудительного лечения, которое предоставит новые данные о динамике психических расстройств, возможности установления с пациентом более продуктивного контакта и т.д., что впоследствии должно совокупно анализироваться при повторной ССПЭ (*третий вариант*).

В целом первый и второй варианты по сравнению с третьим отличаются большим разнообразием диагностической информации, достаточным для установления эндогенной основы наблюдаемого состояния, а структура (уровень сочетанности) экзогенных факторов была наибольшей в случаях второго и третьего вариантов. При определении варианта тактики экспертной оценки, помимо ориентации на формализованные в МКБ-10 психопатологические признаки шизотипического расстройства,

должны приниматься во внимание данные о наследственной отягощенности, о характере и динамике преморбидных личностных расстройств, о расстройстве социальной (семейной и трудовой) адаптации, о психопатологических предвестниках нозологически очерченного расстройства и другой диагностически значимой информации.

При первом варианте экспертной тактики уже в период первичной экспертизы должны выявляться диагностически значимые данные о наследственной отягощенности, о выраженных личностных расстройствах шизотипического спектра и их динамике, о возникновении психопатологических расстройств (в том числе диагностированных как шизотипическое расстройство), требовавших психиатрического вмешательства, о внешне не обусловленной социальной дезадаптации.

В психическом статусе этих больных в период первичной ССПЭ должны выявляться сверхценные идеи отношения, необычные увлечения, или «магическое» мышление», убежденность в необычных способностях, произвольные фантазии, сопровождающиеся нарушением ассоциативного процесса и другими проявлениями феномена ксенопатии, признаками расщепления личности, негативной симптоматики (эмоциональная бедность, вялость, холодность и даже враждебное отношение к родственникам); при этом специфические изменения эмоциональной, волевой и ассоциативной сфер, если таковые выявляются, должны подтверждаться результатами проведенных экспериментально-психологических обследований. Если такая диагностически значимая информация клинически правдоподобно сочетается с анамнестическими данными о наследственной отягощенности, о странностях в поведении больных, об их социальном дрейфе вниз без видимых внешних причин и, конечно, с самими фактами необходимости обращения за психиатрической помощью в связи с психическими расстройствами, — все это, позволяя проследить динамику болезненного процесса, дает основание к диагнозу шизотипического расстройства.



Совокупность перечисленной диагностической информации, несмотря на индивидуальные вариации, определяется патокинезом хронического психического расстройства, которое при всей возможной экзогенно обусловленной атипичности вполне отвечает требованиям необходимости и достаточности для диагноза шизотипического расстройства. Указанная совокупность дает основание рекомендовать решение диагностических и экспертных вопросов уже в период первичной ССПЭ, без предварительного проведения принудительного лечения.

Основанием к выделению экспертных случаев, в отношении которых возможна тактика принятия диагностических решений также без предварительного проведения принудительного лечения, но с пролонгацией стационарного наблюдения в рамках первичной СПЭ, служат следующие клинические аргументы. Так, несмотря на то что психопатологическая характеристика этих больных (второй вариант) содержит значительную вариабельность в анамнестической части и в статусе, все же целостный клинико-социальный анализ возникновения и развития психических расстройств, их проекции на социальное поведение и социальную адаптацию больных, а также анализ причин и ситуаций совершенного ООД дают все основания уже в период первичной ССПЭ предполагать у подэкспертного наличие шизотипического расстройства. Однако при кажущемся наличии необходимой диагностической информации при системном подходе она оказывалась недостаточно полной. Динамическое наблюдение в этих случаях способствует конструированию целостной картины шизотипического расстройства и исключению шизофрении. Кроме того, в период продленного срока экспертного наблюдения может быть получена диагностически и экспертно значимая информация, вызванная изменением состояния пациента под влиянием лечебных воздействий, а также повторными экспериментально-психологическими обследованиями.

Больные с третьим вариантом тактики экспертных решений представляют максимальную диагностическую сложность, обу-

словливающую необходимость отсроченных (после принудительного лечения) экспертных заключений. В этих случаях анализ всей совокупной информации, которая может иметь диагностическую ценность, показывает ее нозологическую неоднозначность. Хотя здесь и имеется возможность с известной долей достоверности определить ведущий синдром при наличии признаков других синдромов, однако нозологически квалифицировать характер психического состояния на момент (период) совершенного ООД не представляется возможным. Даже в тех случаях, когда у больных временами выявляются относительно специфические признаки шизотипического расстройства, они еще не определяют полностью клиническую картину.

В целом у этих больных наблюдается наиболее выраженный полиморфизм психопатологической симптоматики за счет включения в ее структуру большего количества феноменов экзогенного ряда. Приведенное посиндромальное сравнение больных с шизотипическим расстройством с больными из группы сопоставления показывает их наибольшее феноменологическое сходство. Вместе с тем, хотя развитие атипичных состояний в патокинезе шизотипического расстройства является главной причиной несвоевременного распознавания заболевания, другие диагностически значимые данные представлены не достаточно определенно и убедительно. В таких случаях отсутствуют объективные сведения о наличии в прошлом психопатологии, позволяющей убедительно проследить патокинез психического заболевания. Кроме того, не исключается и вероятность начала развития эндогенного процесса в период судебно-следственной ситуации с экзогенной спровоцированностью. Поскольку в целом нозологически неопределенное состояние в период первичной ССПЭ остается стабильным и вероятность того, что в установленных законом временных рамках экспертизы могут быть получены новые диагностически значимые материалы, является незначительной в таких случаях целесообразно принятие отсроченного решения экспертных вопросов после проведения принудительного лечения.

Вместе с тем так называемые объективные сведения об подэкспертном иногда бывают достаточно противоречивыми, с прямо противоположными характеристиками и несовместимыми описаниями его поведения в период инкриминируемого деяния. В известной степени это может объясняться самой сущностью шизотипического расстройства — расщеплением «Я» и возможностью больных обнаруживать как психопатологически измененное, так и нормативное поведение. В некоторых таких случаях для уточнения информации необходимо участие эксперта в судебном процессе, чтобы с санкции судьи задать дополнительные вопросы свидетелям.

Особенностью контингента судебно-психиатрической практики является включение в психопатологическую картину проявлений психогенного фактора. Конкретные обстоятельства, способные стать психической травмой, весьма различны. При этом факт ареста и заключения под стражу далеко не всегда является главным. Это могут быть и само совершенное деяние (например, убийство члена семьи), потеря имущества, крушение жизненных планов, перспектива тяжкого наказания и т.д. У больных шизотипическим расстройством наиболее выраженные психогенные расстройства чаще развиваются при достаточной личностной сохранности. Психогенные реакции и даже развитие картины, казалось бы, несомненного реактивного психоза существенно затрудняют своевременное решение диагностической и экспертной задач.

Сложнейшими могут быть вопросы: что это — стрессовая ситуация, спровоцировавшая эскалацию шизотипического расстройства перед совершением ООД, или эндогенное заболевание, начавшееся после ООД как реакция на совершенное деяние или на факт ареста? Случаи, когда при первичном освидетельствовании больным устанавливается диагноз реактивного психоза, а в период принудительного лечения очевидной становится клиническая картина шизотипического расстройства и первоначальный диагноз приходится пересматривать, являются достаточно частыми.

Таким образом, проблемы в диагностике шизотипического расстройства создает не только особый полиморфизм его психопатологии, но и, несомненно, сохраненные интеллектуальные и эмоциональные возможности больных, которые могут дезориентировать экспертов и предстать как контраргументы диагноза этого психоза. Остановка диагностического поиска только на фактах наличия экзогенно-органических вредностей, психогении, интоксикация ПАВ и т.д. представляются типичной «логикой» диагностических ошибок по принципу *post hoc ergo propter hoc* (после этого, но не вследствие этого).

Представленная критическая оценка существующих диагностических критериев шизотипического расстройства и предложенные иные подходы к этому вопросу должна стимулировать судебного психиатра к творческому анализу информации *pro et contra* этого диагноза у подэкспертного, к проведению системного (но не схематизированного) исследования патокинетики и наблюдаемого статуса в их психопатологическом единстве.

**ОБОСНОВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОПАСНОСТИ И ВЫБОРА МЕР  
МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА  
ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ  
РАССТРОЙСТВАХ ВСЛЕДСТВИЕ  
ЭПИЛЕПСИИ**

*Методические рекомендации*



## ВВЕДЕНИЕ

Оценка общественной опасности психически больных — комплексная проблема, требующая рассмотрения и анализа ряда весьма разнообразных факторов: клинико-психопатологических, социально-психологических, судебно-психиатрических и уголовно-правовых, а также интеграция полученных данных. О потенциальной общественной опасности лица, страдающего психическим расстройством и совершившего общественно-опасное деяние (ООД), авторами предлагается судить по *его психическому состоянию с учетом характера совершенного ООД*.

В отношении лиц, страдающие эпилепсией, оценка общественной опасности является сложной задачей, в связи с необходимостью оценить не только клиническую картину эпилептического процесса, ведущий психопатологический синдром и механизм деяния, но и риск повторных правонарушений.

Один из обязательных вопросов при проведении судебно-психиатрической экспертизы по уголовным делам — вопрос о необходимости применения в отношении лиц, подлежащих освобождению от уголовной ответственности или наказания, принудительных мер медицинского характера и определении их вида, что является одним из важнейших звеньев в профилактике ООД.

Цель применения принудительных мер медицинского характера сформулирована в УК РФ как излечение «или улучшение психического состояния лиц, а также предупреждение совершения новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части Уголовного Кодекса» (ст. 98 УК РФ). Принудительные меры медицинского характера применяются лишь при условии, что психическое расстройство связано с возможностью причинения ими «иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц» (ч. 2 ст. 97 УК РФ).

Выбор меры медицинского характера также зависит от характера и степени опасности психически больного (ст.ст. 100, 101 УК РФ). Понятие «характер общественно опасного деяния», включает в себя и оценку ситуации, в которой оно совершено, с учетом

роли дополнительных внешних факторов, провоцирующих ООД. Необходимо обратить внимание прежде всего на его синдромальную характеристику. Синдромальная квалификация состояния дает исходные данные для суждения о вероятности и тяжести потенциального ООД. Правильная оценка этих традиционных клинико-психопатологических параметров позволяет сделать далеко идущие выводы относительно характера, степени, прогноза потенциальной общественной опасности больного.

Эпилепсия была объектом самостоятельных психологических исследований 30-летней давности, в которых анализировался процесс формирования аномальных черт характера.

Научно-практический интерес к данной нозологической форме продиктован необходимостью поиска более дифференцированных критериев оценки и обоснования общественной опасности, а также психологических переменных, по которым можно было бы с большей точностью прогнозировать риск агрессивного поведения больных при проведении принудительного лечения в стационаре, оценивать возможность рецидива противоправного поведения после прекращения принудительного лечения (ПЛ). Врачи стационара подчеркивают сложность прогноза поведения больных эпилепсией во время ПЛ и трудоемкость их курации.

Вместе с тем изучение прогностических, провоцирующих факторов насилия внутри отделения требует дополнительной разработки.

Оценка риска вовлечения больных в серьезные инциденты (или риска насилия) по-прежнему является важной задачей и проблемой в практике принудительного лечения в психиатрическом стационаре. Оценка риска насилия направлена на определение как потенциальной, так и актуальной общественной опасности.

Таким образом, до настоящего времени существуют неразрешенные вопросы обоснования общественной опасности больных эпилепсией, выборе принудительных мер медицинского характера, отсутствуют четкие критерии их назначения.

## ОБОСНОВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Правовыми предпосылками общественной опасности можно считать следующие положения существующего законодательства, предусматривающие, что:

- «принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам, которые признаны невменяемыми» (ст. 97 УК РФ);
- «принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства «связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц» (ч. 2 ст. 97 УК РФ);
- подлежит доказыванию: «...связано ли психическое расстройство лица с опасностью для него или других лиц либо возможностью причинения иного существенного вреда» (ч. 2 ст. 434 УПК РФ).

При определении **факторов риска** совершения повторных ООД необходимо учитывать клинико-психопатологические и социально-психологические критерии.

*Клинико-психопатологические факторы риска* совершения противоправных агрессивных действий у больных эпилепсией включают:

- преморбидные характерологические особенности возбудимого типа;
- свойственные больным с детства девиантные с преобладанием агрессивных, формы поведения;
- раннее начало заболевания;
- формирование в клинической картине заболевания полиморфных пароксизмальных (сумеречные и делириозные

помрачения сознания, психосенсорные, психомоторные, сно-подобные, аффективные пароксизмы) и непароксизмальных (параноидные эпилептические психозы, аффективные состояния) психических расстройств;

- специфические личностные особенности (жестокость, властность, злопамятность, брутальность, назойливость);
- нарастание с течением заболевания степени агрессивности — трансформация агрессивного настроения и вербального варианта агрессивного поведения в физические и разрушительные формы с нанесением тяжких телесных повреждений;
- прогрессивный и злокачественный характер заболевания;
- повторность, завершенность агрессивных противоправных действий против личности.

Социально-психологические факторы:

- социальная дезадаптация в виде отсутствия работы или низкий профессиональный уровень;
- жилищно-бытовая неустойчивость (отсутствие определенного места жительства);
- конфликтные, агрессивные отношения в семье;
- провоцирующее поведение потерпевших из лиц ближайшего окружения;
- инвалидность (инвалиды детства 1–2-й групп);
- склонность к злоупотреблению алкоголя, наркотиков;
- повторность ООД как до, так и после начала заболевания с преобладанием ООД против личности;
- адаптация в антисоциальной среде при повторных привлечении к уголовной ответственности с игнорированием посещения ПНД.

## ВЕДУЩИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Общественная опасность больных эпилепсией, признанных «невменяемыми» и «ограниченно вменяемыми», связана с различными психопатологическими состояниями.

*Синдромальная квалификация* состояния дает исходные данные для суждения о *вероятности* и *тяжести* потенциального ООД.

У больных, признанных невменяемыми ведущими психопатологическими расстройствами, являются психотические и дефицитарные синдромы.

*Психотические состояния (бред, галлюцинации, расстройства сознания, пароксизмальные состояния)* — динамичны, терапевтически перспективны; общественная опасность этих больных обнаруживается во время психотических обострений.

*Дефицитарные расстройства (изменения личности, явления слабоумия)* — малообратимы, терапевтически резистентны; общественная опасность относительно стабильна.

Ведущие синдромы разделяются на *психотические* (пароксизмальные расстройства с синдромом помрачения сознания, галлюцинаторные, бредовые) и *непсихотические* (психопатоподобный, дисфорический непсихотический, расстройство влечений, деменция).

Психопатологические синдромы, связанные с потенциальной общественной опасностью, выявляются в 98% и включают среди непсихотических *психопатоподобный* синдром.

Анализ взаимодействия психопатологического состояния и криминальной ситуации, что имеет большое значение при определении и обосновании общественной опасности лица, позволяет оценить соответствие ее сложности потенциальным ресурсам



личности, измененным вследствие болезненных расстройств. При этом подвергается оценке и адекватность восприятия данной ситуации больными, возможность выбора иных форм поведения в ней, а также способность прогнозировать результат избранной поведенческой стратегии.

Свойственные больным эпилепсией обидчивость, злобность, мстительность, злопамятность, брутальность сочетаясь с недостаточной дифференцированностью эмоциональной сферы, не позволяют им различать оттенки и нюансы поведения других лиц, а зачастую и всей ситуации в целом, что приводит к вспышкам ярости, агрессии, импульсивности поступков, которые несопоставимы с вызвавшим их поводом. Недостаточная пластичность психики больных и постепенное усвоение наиболее простых, однотипных элементарных форм реагирования вне зависимости от сложности и разнообразия тех или иных ситуаций определяет преобладание негибких форм поведения. Осознание собственной неполноценности, ущербности, а также отмечающиеся у ряда больных сензитивность, тревожность, ипохондричность затрудняют формирование коммуникативных навыков, что приводит к повышенной уязвимости, склонности к застреванию на психотравмирующих ситуациях. Ригидность мыслительных процессов, застойность аффективных переживаний определяет в ряде случаев трудности непосредственного эмоционального отреагирования на ситуацию.

В формировании изменений личности определенная роль принадлежит реакциям личности на отношение к ним окружающих, а также на осознание своей болезни и связанных с ней дефектов. В характере больных появляются также такие не свойственные им ранее особенности, как настороженность, ощущение недоверливого, недоверчивого отношения окружающих к себе, чувство ущербности и замкнутости, сензитивности, подозрительности, утраты надежды на излечение, неуверенность в себе, ипохондрические переживания. В то же время у части больных появлялись такие черты стенического типа, как непримиримость, склонность обвинять других в своих неудачах и т.д.

Таким образом, основными специфическими особенностями личности у больных эпилепсией являются выраженные еще в детстве, особенно у больных идиопатической эпилепсией, психопатоподобные черты с формированием девиантных форм поведения с истерическими реакциями, повышением влечений, нарушением этических норм поведения, а в последующем и выраженного эгоизма и эгоцентризма, полярности аффекта в виде сочетания аффективной вязкости, склонности застревать на тех или иных, особенно отрицательно окрашенных, переживаниях, с одной стороны, и аффективной взрывчатости в виде конфликтности, нетерпимости к мнению окружающих с тенденцией к кверулянству, утрированной обидчивости, безразличия, жестокости, агрессивности, садистических тенденций, злопамятности, злобности, брутальности и импульсивности с большой силой аффективного разряда — с другой.

Столь характерные для лиц, страдающих эпилепсией, повышенные аккуратность, педантизм, слащавость, угодливость, подобострастие остаются на втором плане и не подтверждают сложившееся мнение, что в силу имеющихся особенностей личности больные эпилепсией редко совершают противоправные действия, ведут правильный, упорядоченный образ жизни. Отмеченные особенности личности, как правило, не существуют изолированно даже на определенном этапе течения эпилептического процесса, а обязательно связаны с так называемым взрывным вариантом личностных особенностей: жестокостью, агрессивностью, злопамятностью, грубостью, гневливостью, что, однако, может быть специфичным для данного «криминального» контингента больных. Степень выраженности тех или иных сформировавшихся специфических особенностей личности зависит, безусловно, от преморбидных особенностей, времени начала заболевания, большей или меньшей роли экзогенных факторов в происхождении эпилепсии, интенсивности течения эпилептического процесса, компенсаторных возможностей организма, факторов окружающей среды, образования,

воспитания, характера труда, отношения к больному в обществе.

При наличии в качестве ведущего *дисфорического* синдрома психическое состояние характеризуется длительным постепенно наступающим изменением настроения в сторону пониженного тоскливо-злобного, когда больные становятся угрюмыми и раздражительными по малейшему поводу. В состоянии дисфории больные совершают агрессивные действия в отношении лиц, которые когда-либо ущемляли их интересы, вспоминают старые обиды, реализуют свои мстительные тенденции. На первый план выступает упорная злость с утверждением своей правоты, с вязкой агрессивной настроенностью, когда «хочется все рвать, метать, бежать, бить, колотить». На первом плане у больных выступает упорная злость с утверждением своей правоты, агрессивной настроенностью по отношению к пострадавшему, что демонстрирует высокую значимость особенностей межличностных отношений, возникающих в актуальной криминальной ситуации между обвиняемым и жертвой.

При наличии в качестве ведущего синдрома явления *эпилептического слабоумия* больными усваивают подчас чисто декларативные ценности, доходящие до ханжеского следования неким абстрактным нормам конформного существования. Снижение интеллекта проявляется ослаблением познавательных процессов, сужением круга интересов, общего кругозора. Ослабление уровня обобщения приводит к установлению частных, конкретных связей, мышление становится наглядно-образным, конкретным. На первый план при наличии явлений лакунарного слабоумия выступают специфические личностные особенности в виде обидчивости, подозрительности, недоверчивости, брутальности, эксплозивности, мстительности, в части случаев жестокости и агрессивности, склонности к аффективным взрывам. «Особое качество личности» больных эпилепсией определяет своеобразный стиль межличностных отношений, главным образом конфликтно-доминантный по инициативе больного. Эгоцентризм, нетерпимость, прояв-

ляющаяся в доминантных требованиях неукоснительного следования навязываемым устоям от лиц ближайшего окружения, приводят не только к эпизодическим, однотипным конфликтам, но и определяют весь образ жизни близких. Любое отклонение, а также неблагоприятное поведение, не отвечающее, по мнению больных, принципам нравственного существования, решительно пресекается 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 конкретной ситуации происходит реализация устойчивых стереотипов поведения без учета качественно различных ситуаций.

При преобладании *бредового синдрома* в момент совершения криминальных действий агрессивные действия определяются содержанием бредовых переживаний. Психотические расстройства проявляются сочетанием бредовых идей отношения, преследования, ревности, воздействия, колдовства, порчи, связанных с конкретными лицами, сопровождающиеся злобностью, брутальностью. Действия окружающих больные расценивают как угрожающие, в речи посторонних лиц они слышат угрозы в свой адрес, намеки, насмешки. Больные бывают тревожны, охвачены своим состоянием, пытаются любыми путями расправиться со своими преследователями. Общественная опасность больных при преобладании в структуре психоза бредового синдрома определяется сочетанием в структуре психоза бредовых идей величия и преследования, иногда религиозного содержания при наличии типичной для эпилепсии злобной и вязкой аффективности. Вследствие снижения интеллектуально-мнестических функций, инертности, вязкости и тугоподвижности мышления, свойственных больным эпилепсией, бредовые идеи мало видоизменяются в дальнейшем, что является причиной совершения больными противоправных агрессивных поступков и, следовательно, их повышенной социальной опасности. Больные с особой жестокостью и настойчивой целеустремленностью совер-



шают агрессивные акты в отношении преследователей или лиц, которые, по их мнению, стоят на пути личных стремлений. Сами больные в период следствия, экспертизы и находясь на принудительном лечении подробно описывают свои переживания, бывают уверены в своей правоте, просят избавить их от преследователей, утверждают, что будут «убивать всех на своем пути», что к ним специально подсажены люди для того, чтобы «докладывать об их поведении», говорят, что и в тюрьме будут убивать, чтобы избавиться от преследователей, не бывают обеспокоены совершенным деянием, считают себя невиновными.

Анализ содержания бреда уже позволяет предвидеть возможный механизм и направленность потенциального ООД. Больные, у которых в клинической картине заболевания отмечаются бредовые переживания, должны быть подвергнуты пристальному анализу на предмет возможного формирования психопатологического механизма ООД. Наличие или отсутствие бредового поведения говорит о степени сформированности психопатологического поведения, а содержание бреда и высказывания больного о путях выхода из якобы критической для него ситуации указывает на возможную опасность его поведения и направленность прогнозируемого деяния как в отношении определенных лиц или организаций, так и в смысле его характера.

*Галлюцинаторный* вариант психоза характеризуется появлением на фоне выраженного аффекта страха зрительных и слуховых обманов восприятия.

Среди синдромов *помрачения сознания* отмечаются пароксизмальные состояния в виде сумеречного (простой и бредовой варианты), психотического дисфорического состояния, делириозного помрачения сознания с частичной амнезией перенесенного состояния и длительно сохраняющийся резидуальной симптоматикой, онейроидного помрачения сознания.

Общественная опасность данных больных связана с наличием на фоне расстройства сознания достаточно полиморфной симптоматики, носящей пароксизмальный характер. Аномальное

криминальное поведение в этих случаях связано с наличием психотического состояния в момент содеянного, что делает больных в тот момент общественно опасными.

Наибольшие трудности для диагностики и обоснования «...связано ли психическое расстройство лица с опасностью для него или других лиц либо возможностью причинения иного существенного вреда» возникает при квалификации дисфорического состояния.

Внезапность начала и конца дисфорического состояния, преобладание в клинической картине на фоне гипотимии тоски, злобы, подозрительности, недоверчивости, склонности к бредовой интерпретации окружающего, а также появление на высоте указанного состояния психомоторного возбуждения с совершением стереотипных агрессивных поступков, частичная амнезия периода суженного сознания позволяет относить указанные состояния, отмечавшиеся у больных к психотическим дисфорическим состояниям. При этом больные на фоне периодического состояния беспричинной раздражительности, злобы, затевают любую ссору, ломают мебель, дерутся с окружающими и «доходят до такого состояния злобы, агрессии, что не понимают, что делали». Впоследствии не всегда помнят, что с ними происходило и с недоумением относятся к совершенному.

У подэкспертных, *признанных «ограниченно вменяемыми»*, большее значение имеют свойственные им личностные расстройства, являющиеся ведущим психопатологическим синдромом, которые в сочетании с повышенной чувствительностью в определенных ситуациях, приобретающих провоцирующий характер, обуславливают готовность к агрессивным действиям.

Актуальную криминальную ситуацию при рекомендации применения ст. 22 УК РФ необходимо анализировать с учетом не только характера и степени психопатологических проявлений, но и индивидуально-личностных особенностей испытуемого.

При формально правильно воспринимаемых ситуативных обстоятельствах у больных в группе сравнения («ограниченно



вменяемых») неадекватное, чрезмерное эмоциональное отреагирование было связано со свойственными больным эпилепсией личностными особенностями, дисфорическими состояниями.

В период ООД в 78,6% случаев у больных эпилепсией, признанных ограниченно вменяемыми, преобладает *психопатоподобный* синдром.

Выявляемые у больных эпилепсией такие личностные особенности, как аффективная заряженность, выражающаяся в сочетании аффективной вязкости и склонности застревать на тех или иных, особенно отрицательных, деталях, с одной стороны, и эксплозивности, аффективной взрывчатости, импульсивности с большой силой аффективного разряда, — с другой, а также ригидность, негибкость поведения, мстительность, обидчивость, эгоцентризм, повышенная требовательность к окружающим, непримиримость, склонность обвинять других в своих неудачах оказывали существенное влияние на способность больных эпилепсией осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Во время ООД у обследуемых лиц актуализируется личностная диспозиция на фоне снижения подвижности и гибкости психических процессов, ригидности в отстаивании собственных позиций, постоянной готовности к агрессивным действиям по отношению к обидчикам, застойность эмоционально насыщенных переживаний. У других обследуемых усугубление специфической, характерной для эпилептического процесса, личностной патологии с наличием аффективной логики с представлением об ущемлении в правах на фоне мстительности, обидчивости, эгоцентризма, подозрительности, тревожности, повышенной требовательности проявляется в условиях исключительно конфликтной психогенно-травмирующей ситуации. Эмоциональное состояние в момент совершения агрессивных действий характеризуется повышенной раздражительностью, злобой, оскорбленным самолюбием, желанием отомстить. Неадекватная самооценка, плохое понимание мотивов поступков и эмоций других людей, склон-

ность к формированию трудно корригируемых суждений, сниженная способность к планированию своих поступков и прогнозированию их последствий ограничивает способность в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими в момент ООД. В силу имеющихся у испытуемых личностных особенностей, свойственных эпилепсии, они не могут в полной мере осмыслить криминальную ситуацию, оценить свою роль в ней, определить выбор поведения, конкретное решение проблем, связанных с ситуацией.

Так называемые положительные качества, столь характерные для данных больных, в субъективно сложных ситуациях превращаются в противоположные: упорство в достижении целей — в назойливость, пунктуальность — в педантизм, вежливость — в лживость, угодливость и подобострастие.

*Дисфорический синдром*, не доходящий до психотического уровня, характеризуется внезапностью возникновения беспричинного стойкого аффекта злобы, агрессии, гнева на фоне тоскливого настроения с усугублением личностных особенностей в виде напряженности и застойности аффекта, брутальности, что в совокупности приводит к снижению волевого контроля с недостаточностью прогноза. Агрессивные действия обследуемых, обусловленные дисфорическим состоянием на фоне алкогольного опьянения, носят импульсивный характер с направлением вектора агрессии не только на «обидчика», но и на других людей, оказавшихся рядом. При этом «эмоциональный ответ» бывает избыточен без достаточного уровня критичности и прогноза последствий.

Наличие *когнитивных* нарушений характеризуется поверхностностью и легковесностью суждений, некоторой внушаемостью, робостью, зависимостью от внешних оценок, психической заторможенностью, обусловленной замедленностью и инертностью психических процессов, некоторым снижением памяти, в то же время раздражительностью, непоседливостью, неспособностью правильно реагировать и контролировать свои действия в момент ООД.

Синдром *расстройства влечений* в момент ООД у лиц, признанных ограниченно вменяемыми, проявляется выраженным эгоцентризмом, «изоэренной» агрессивностью, внутренней напряженностью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям на фоне замкнутости, малообщительности, что сочетается с психическим инфантилизмом со склонностью к фиксации и накоплению отрицательных переживаний с понижением ресурсов волевой регуляции поведения.

При этом *ведущий синдром* должен рассматриваться в динамике. В связи с этим необходимо проводить синдромальную квалификацию состояния подэкспертного на всех этапах (в момент ООД, во время проведения судебно-психиатрической экспертизы, при проведении принудительного лечения и при его прекращении).

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ООД

Наибольшее значение для оценки характера и степени потенциальной общественной опасности имеет правильная квалификация *психопатологического механизма ООД*.

Выявлено преобладание ситуационно-спровоцированных негативно-личностных **механизмов** по типу аффектогенной бесконтрольности и интеллектуальной несостоятельности, а также продуктивно-психотических с бредовой мотивацией и дезорганизацией поведения в результате помрачения сознания у больных эпилепсией.

При обосновании общественной опасности больных с *продуктивно-психотическими механизмами* ООД, в частности с *бредовой мотивацией*, устанавливается содержание бредовых переживаний, место и роль определенных лиц в созданной больным патологической фабуле, направленность бреда на конкретных лиц. Бредовое поведение позволяет также сделать вывод об общественной опасности подэкспертного. Иногда именно эти «внутрибредовые» качества и позволяют говорить о большей или меньшей опасности больного. Немаловажное значение имеют и аффективные симптомы (аффект тревоги, страха, озлобленности, тоска), относящиеся к состояниям, повышающим общественную опасность больных эпилепсией, а также специфические особенности личности.

Продуктивно-психотические механизмы с бредовой мотивацией представлены:

- *бредовой мстью*, когда имеет место бред ревности, параноидная настроенность с интерпретацией происходящих событий;

- *бредовым самоутверждением*, когда действия больных направлены на «опровержение» несправедливого мнения о них, на «восстановление» своего равноправного положения в обществе;
- *бредовой защитой*, когда поступки больных определяются защитой от мнимых преследователей;
- *реализацией бредовых проектов*, когда мотивация поступков в период совершения инкриминируемых деяний обусловлена фанатическим отношением к идеям добра и зла с бредовыми построениями в отношении своего особого предназначения.

Анализ бредовых переживаний и их динамика позволяет с достаточной определенностью прогнозировать вероятность и характер опасных действий.

*Диагностика* и обоснование общественной опасности *при продуктивно-психотических механизмах без бредовой мотивации* (диффузная агрессивность при дисфорических состояниях, импульсивные действия, дезорганизация поведения в результате помрачения сознания) достаточно сложна, поэтому необходимо ориентироваться на **стойкость** или (что гораздо чаще) на **вероятность повторения синдрома**, в рамках которого возникает данный психопатологический механизм.

Особый интерес представляет *дезорганизация поведения при помрачении сознания*.

При наличии в момент содеянного пароксизмального состояния, соответствовавшего простому варианту сумеречного помрачения сознания на фоне резкого, критического «выключения» сознания, агрессивные действия носят разрушительный характер и определяют немотивированный тип криминального поведения. Бредовому варианту сумеречного помрачения сознания свойственен модулирующий характер нарушенного сознания; криминальные действия отличаются безмотивностью, нецеленаправленностью. Делириозное помрачение сознания характеризуется возникновением у больных на фоне аффективных нарушений,

рудиментарного преходящего бреда преследования, физического уничтожения, двигательного возбуждения. Онейроидное помрачение сознания возникает внезапно и сопровождается явлениями острого чувственного бреда с преобладанием религиозной тематики. При этом аффективные реакции проявляются быстро сменяющимися состояниями восторга, гнева, агрессии, страха.

Агрессивность больных в состоянии дисфории (*диффузная агрессивность при дисфорических состояниях*) возникает в ответ на обиду, непонимание, «необоснованные» упреки — это вызывает чувство злобы, тоски, страха со взрывами гнева, брутальностью, подозрительностью, эмоциональной напряженностью, недоверием к окружающим, что способствует на высоте дисфории ауто- и гетероагрессивным действиям, чаще в отношении обидчика (иногда человека, находящегося рядом).

При *негативно-личностных механизмах* ООД общественная опасность больных эпилепсией связана со свойственными им личностными особенностями.

*Диагностика* общественной опасности должна быть сведена к учету уязвимости больных в отношении неблагоприятных факторов, которые имеют первостепенное значение.

При *ситуационно спровоцированных* механизмах ООД общественная опасность возникает только в определенных условиях.

*Аффектогенная бесконтрольность* выражается в сочетании психопатоподобного и дисфорического синдромов, когда злобно-тоскливое настроение, внутренняя напряженность и повышенная чувствительность к внешним раздражителям делают больных постоянно готовыми к агрессивным разрядам. Эмоциональный дефицит приводит к нарушению способности правильного распознавания контекста межличностного взаимодействия, потере коммуникативных навыков, что в дальнейшем определяет повышенную уязвимость, склонность «застревать» на психотравмирующих ситуациях. Больные не в состоянии корректировать эмоциональные реакции. Данное обстоятельство должно учиты-



ваться при проведении принудительного лечения путем повышения устойчивости к воздействию внешних факторов и по возможности избеганию провоцирующих ситуаций, что должно достигаться с помощью психокоррекции.

При наличии *интеллектуальной несостоятельности* криминальный эпизод является результатом недостаточного осмысления ситуации, сложность которой не соответствует потенциальным возможностям обследуемых к восприятию всех составляющих ее элементов, предвидению возможных путей ее развития и, соответственно, вероятных последствий при различных вариантах поведения в ней.

Синдром *повышенной внушаемости и подчиняемости* характеризуется зависимостью поведения больных от мнения окружающих, нередко участвующих в правонарушении, которое определяет криминальную направленность действий обследуемых.

Среди *инициативных действий* на первое место у больных эпилепсией выступает *псевдосоциальная гиперактивность*, когда целью такого поведения становится согласование существующих реально обстоятельств и межличностных отношений со сложившейся у больных картиной мира, подчиненной застывшим и негибким схемам. В этих случаях объективно неадекватные способы достижения подобной цели оказываются единственно возможными и уместными, что часто приводит к резкому диссонансу между объективной, в том числе уголовно-правовой оценкой их деяний и собственной критической их оценкой.

Инициативные действия в виде *расторженности и извращенности влечений* ведут к совершению сексуальных деликтов, поджогов, краж. *Дефицит высших эмоций* отмечается в тех случаях, когда обследуемому бывает недоступно проведение анализа своих действий в рамках общечеловеческих ценностей, характерно преобладание низменных интересов и потребностей.

При наличии инициативных механизмов ООД правонарушения совершаются активно, независимо от внешних факторов. В силу сиюминутной готовности к опасным действиям больные

представляют повышенную общественную опасность, что должно учитываться при определении мер медицинского характера, так как, несмотря на проводимое лечение и оказываемые реабилитационные мероприятия, данные больные проявляют упорные тенденции к нарушению режима: терроризируют больных, а иногда и персонал, не упускают возможности алкоголизации и наркотизации, организуют протестные действия и коллективные побег, не останавливаются перед опасной агрессией в отношении персонала.

По механизмам ООД можно определить стойкость общественной опасности.

Так, при ситуационно спровоцированных механизмах ООД можно говорить о нестойкой общественной опасности, обусловленной ситуационными воздействиями, возникающей лишь в определенных ситуациях, как и при механизмах ООД без бредовой мотивации, в то время как при бредовой мотивации и инициативных механизмах ООД речь идет о стойкой общественной опасности.

## ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Динамика клинико-психопатологической картины с определением формы течения заболевания позволяет сделать выводы относительно характера, степени, прогноза потенциальной общественной опасности.

В подавляющем проценте случаев у больных эпилепсией отмечается **прогредиентный тип течения** эпилептического процесса.

При оценке **динамики заболевания** учитываются стадия заболевания и тип течения эпилептической болезни во время первичного и настоящего ООД.

Динамическая характеристика относится к числу наиболее сложных проблем эпилепсии. Уточнение формы течения заболевания в судебно-психиатрической практике имеет большое значение при решении экспертных вопросов, *для оценки степени общественной опасности больных, разработки показаний к назначению и прекращению принудительного лечения, рекомендаций по дальнейшему (внебольничному) ведению больных и решению ряда социальных вопросов.*

Среди *факторов*, влияющих на характер течения эпилепсии, в настоящем исследовании учитываются *особенности преморбидной почвы* (наследственная отягощенность, генез заболевания), *форма и частота пароксизмов, длительность заболевания* (меньше 5 лет, больше 5 лет), *локализация очага поражения*, наличие или отсутствие эпилептических психозов, дисфорических состояний, эпилептического слабоумия.

При этом в первую очередь необходимо оценивать степень *выраженности специфических изменений личности.*

Начальная стадия заболевания характеризуется редкими пароксизмальными состояниями, наличием не столь выраженных изменений личности по эпилептическому типу, отсутствием

дисфорических состояний, психотической симптоматики на той или иной стадии заболевания.

О стадии развернутых проявлений можно говорить в тех случаях, когда в клинической картине заболевания отмечались однообразные пароксизмальные расстройства, имеющие тенденцию к учащению и полиморфизму по мере течения заболевания, специфические изменения личности, доходящие в ряде случаев до явлений слабоумия, выраженные дисфорические состояния, а также появление на той или иной стадии заболевания психотической симптоматики.

Стадия исхода заболевания характеризуется выраженным эпилептическим слабоумием.

При малопрогредиентном типе течения отмечается медленное, благоприятное течение заболевания с постепенным развитием изменений личности, не приводящих к глубокому слабоумию. Развитие эпилепсии при данном варианте происходит преимущественно вследствие различных постнатальных вредностей при отсутствии грубой неврологической симптоматики, выраженных изменений на ЭЭГ. Клиническая картина заболевания ограничивается наличием судорожных форм пароксизмов, редких бессудорожных приступов, их мономорфизмом, аффективной, неврозоподобной и психопатоподобной симптоматики в межприступный период. Частота припадков при этом составляет один в месяц и меньше, сохраняются трудоспособность, социальная адаптация.

Прогредиентный тип течения эпилептического процесса характеризуется неблагоприятным течением, при котором припадки постепенно учащались, рудиментарные формы их переходили в развернутые, выявлялись как судорожные, носящие в ряде случаев серийный характер, так и бессудорожные формы пароксизмов, в том числе сумеречные помрачения сознания, дисфорические состояния, приводящие в совокупности со специфическими эпилептическими изменениями личности к агрессивным формам поведения, а в последующем и к криминальному поведению. Злопамятность, мстительность, мелочная придирчивость, склон-

ность к чрезмерной требовательности, угодливость, слащавость, подострастие обнаруживали явную тенденцию к нарастанию при данном варианте течения эпилептического процесса параллельно с увеличением продолжительности болезни. Показателями прогрессирующей эпилептической болезни является нарастание выраженных негативных симптомов и появление на той или иной стадии заболевания психотических состояний.

О злокачественном течении заболевания можно говорить в тех случаях, когда на первый план в клинической картине выступает выраженное снижение мнестических функций и интеллектуальная несостоятельность, свидетельствующие об эпилептическом слабоумии с формированием затяжных психотических состояний с развитием в последующем выраженной эмоциональной холодности, а также парадоксальности и неадекватности эмоциональных проявлений. На первый план в структуре деменции выступают эксплозивность, несостоятельность в оценке окружающих событий, торпидность, вязкость и ригидность мышления. Частота явлений слабоумия и степень его выраженности при злокачественности течения находится в прямой связи с частотой припадков и психических эквивалентов. Чем реже у больных отмечались припадки, тем менее было выражено снижение интеллекта, при частых пароксизмальных состояниях, в том числе судорожных припадках, явления слабоумия нарастали интенсивнее. Отмечалась стойкая утрата профессиональной трудоспособности больных.

## ПОВТОРНОСТЬ МЕХАНИЗМОВ ООД

При обосновании общественной опасности особое внимание должно быть уделено **повторности механизмов ООД**, так как общественная опасность определяется прежде всего вероятностью повторения симптомов, психопатологических механизмов.

Повторные деяния по продуктивно-психотическим механизмам достаточно редки (в 5,8% отмечалась повторяемость бредового синдрома и в 8,8% случаев — синдрома помрачения сознания).

При анализе психопатологических синдромов, имевшихся у обследуемых при прошлых привлечении к уголовной ответственности, отмечено превалирование психопатоподобного синдрома. Синдром интеллектуально-мнестических нарушений и дисфорический занимает одинаковое процентное соотношение. Синдромы помрачения сознания и бредовые занимают одинаково меньший процент.

При прошлых ООД у больных, признанных ограниченно вменяемым, в 92,8% случаев превалирует психопатоподобный синдром.

Выявляется повторность негативно-личностных механизмов при ведущих ситуационно-спровоцированных деяниях, особенно по механизму аффектогенной бесконтрольности, который достаточно стойко прослеживается у больных признанных невменяемыми.

Анализируя выраженность синдромов у обследуемых при прошлом и последнем ООД, следует отметить увеличение частоты встречаемости синдромов при последнем деликте: в 18,03% случаев помрачения сознания (с преобладанием сумеречного варианта); в 14,7% бредового и интеллектуально-мнестических нарушений.



Повторяемость психопатологических синдромов при прошлом и настоящем ООД у больных, признанных «невменяемыми» (55,7%) и «ограниченно вменяемыми» в 92,8% случаев, говорит о достаточно высокой общественной опасности указанного контингента лиц. Данная зависимость обусловлена в первую очередь преобладанием у больных эпилепсией личностных особенностей и связанным с этим повторностью психопатоподобного синдрома в качестве ведущего, отмеченного в 70,6% у больных, признанных «невменяемыми», и в 92,3% — «ограниченно вменяемыми».

Наличие личностных особенностей, свойственных больным эпилепсией (в рамках психопатоподобных проявлений), в качестве ведущего психопатологического синдрома на начальных этапах и стадии развернутых проявлений при малопрогрессирующем и прогрессирующем типах течения эпилептической болезни говорит о малообратимости имеющейся психопатологической симптоматики и об относительно стабильной общественной опасности больных.

Меньшую вероятность повторного ООД определяют продуктивно-психотические расстройства и синдромы помрачения сознания, поэтому в данных случаях необходимо оценивать общественную опасность больных в динамике в связи с минимальным риском повторения патологического состояния.

Таким образом, можно представить следующий **алгоритм обоснования общественной опасности** больных эпилепсией:

- обозначение клинко-психопатологических и социально-психологических факторов риска совершения противоправных действий;
- квалификация ведущего синдрома;
- определение механизма ООД;
- уточнение формы течения заболевания с определением стадии и типа течения эпилептического процесса;
- повторность ООД с определением повторяемости психопатологических синдромов и механизмов ООД при прошлых и настоящих ООД.

Определение и обоснование общественной опасности должно осуществляться на всех этапах.

Основной целью принудительного лечения является снижение риска совершения ООД. Исходя из этого, необходимо определить **этапы обоснования общественной опасности, которые включают:**

- диагностический;
- оценку риска для себя и других лиц на момент осмотра (во время СПЭК, при проведении принудительного лечения, при выписке из больницы);
- оценку риска с учетом прогноза повторения психопатологического механизма ООД;
- формирование системы аргументов в пользу того, что опасность связана с психическим расстройством.

## ПРИМЕНЕНИЕ И ОБОСНОВАНИЕ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Для дифференцированной рекомендации принудительных мер медицинского характера больным, признанным невменяемыми, необходимо выявить или исключить психопатологические признаки, не связанные с общественной опасностью, но определяющие нарушение режима. При этом следует разъяснить суду характер и степень общественной опасности больного, необходимость и достаточность рекомендуемой меры, доказать связь общественной опасности с имеющимися у больного психическими расстройствами.

Согласно законодательству, в Российской Федерации предусмотрены **четыре вида принудительного лечения**. При аргументации той или иной меры медицинского характера следует учитывать специфику заболевания, общественную опасность больного.

В данном пособии отражены рекомендации назначения различных мер медицинского характера больным эпилепсией.

При рекомендации принудительного лечения в психиатрическом стационаре *специализированного типа с интенсивным наблюдением* (11,8%) следует обосновывать, что по психическому состоянию больные «представляют особую опасность для себя или других лиц и требуют постоянного и интенсивного наблюдения».

Необходимо доказать, что больной в силу тяжести совершенного деяния, повторности ООД, тенденций к грубому нарушению режима содержания, в том числе по данным прежних стациона-

рований (нападение и агрессивные формы поведения в отношении медперсонала и больных, побеги, организация групповых нарушений режима), социально опасен.

При этом при обосновании данного вида принудительного лечения необходимо учитывать особенности психики больных эпилепсией:

- стойкие, выраженные специфические изменения личности с жестокостью, брутальностью, злопамятностью, мстительностью, застойностью аффекта, эгоцентризмом, аффективной ригидностью, застреваемостью, несдержанностью;
- частые дисфорические состояния, носящие пароксизмальный и непароксизмальный характер с выраженной агрессией;
- тенденции к импульсивным ауто- и гетероагрессивным действиям;
- частые, полиморфные пароксизмальные состояния;
- стойкие бредовые расстройства с направленностью бредовых идей против конкретных лиц, особенно из ближайшего окружения;
- императивные слуховые галлюцинации;
- нарушения влечений;
- прогрессирующее, злокачественное течение эпилептического процесса.

*...По своему психическому состоянию (частые дисфорические пароксизмальные и непароксизмальные расстройства, личностные особенности с преобладанием агрессивности, раздражительности, конфликтности, брутальности, нарушения критических и прогностических способностей) больной как представляющий опасность для себя и других лиц... нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.*

При обосновании рекомендаций принудительного лечения в психиатрический стационар специализированного типа (36,8%) следует доказать, что больные в силу имеющихся психических нарушений и с вероятностью и риском совершения ООД требуют «постоянного наблюдения», т.е. являются общественно опасными.

Подэкспертные, направляемые на лечение в данный стационар, не представляют особой опасности для общества, но в силу психических нарушений, носящих стойкий или рецидивирующий характер, обнаруживают тенденцию к асоциальному образу жизни, повторным ООД и внутрибольничным нарушениям, требующим специально организованного лечения.

Что необходимо принимать во внимание:

- выраженные изменения личности с эксплозивностью, недоверчивостью, назойливостью, вспыльчивостью, раздражительностью;
- продуктивная симптоматика в виде бредовых идей и галлюцинаторных расстройств, имеющих стойкий, малообратимый характер;
- частые полиморфные пароксизмальные расстройства, в том числе пароксизмальные состояния сознания;
- аффективные расстройства с суицидальными мыслями и тенденциями, идеями самообвинения и самоуничужения;
- дисфорические состояния, в том числе в момент ООД;
- интеллектуально-мнестическое снижение с явлениями слабоумия;
- прогрессирующее течение эпилептического процесса;
- расстройства влечений в форме сексуальной расторможенности, склонности к злоупотреблению наркотическими препаратами, алкоголем, токсическими веществами;
- преобладание негативно-личностных механизмов ООД;
- повторность ООД.

В психиатрический стационар *общего типа* (22,5%) направляются лица, которые «нуждаются в стационарном лечении и наблюдении, но не требуют интенсивного наблюдения».

*...По своему психическому состоянию в настоящее время, учитывая остроту и выраженность психотической симптоматики с наличием зрительных и слуховых галлюцинаций, бреда отношения, преследования, воздействия, особого значения, величия и с отсутствием критики к своему состоянию и сложившейся судебной-следственной ситуации, больной как представляющий опасность для себя и других лиц нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа.*

Следует доказать отсутствие тенденций к нарушению режима содержания в прошлом и каких-либо антисоциальных тенденций, однако неполное критическое отношение к своему состоянию не позволяет осуществлять данное лечение в амбулаторных условиях.

В обосновании именно данного вида принудительного лечения необходимо отразить:

- особенности личности подэкспертных с преобладанием «положительных качеств» в виде аккуратности, педантичности, слащавости, угодливости, сензитивности, тревожности, инфантильности;
- редкие пароксизмальные расстройства с преобладанием генерализованных судорожных состояний, отсутствие полиморфизма припадков;
- абортивная психотическая симптоматика (бредовые идеи, нарушения восприятия, аффективные расстройства), носящая нестойкий характер;
- умеренно-выраженные эмоционально-волевые нарушения, интеллектуальная несостоятельность;
- малопрогрессирующее течение эпилептического процесса;
- преобладание продуктивно-психотических механизмов ООД.



*...По своему психическому состоянию в настоящее время (отсутствие волевого контроля, эмоциональная неустойчивость, нарушения целостного критического отношения к своему состоянию и сложившейся судебной-следственной ситуации и отсутствие прогностических способностей) больной как представляющий опасность для себя и других лиц нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа.*

Амбулаторное принудительное лечение (5%) показано в тех случаях, когда больные «не нуждаются в помещении в стационар». При относительной социальной сохранности, способности осознавать смысл применяемой меры и организовывать свое поведение согласно предписаниям врачей:

- острое психотическое или пароксизмальное состояние, разрешившееся ко времени проведения экспертизы, не имеющее тенденции к повторению, но требующее врачебного контроля и профилактической терапии;
- полиморфные пароксизмальные расстройства, поддающиеся лечению;
- стертые аффективные расстройства депрессивного круга;
- формы реагирования, обусловленные специфическими личностными особенностями со сниженной подвижностью и гибкостью психических процессов;
- снижение способности к планированию и прогнозированию поступков и их последствий;
- специфические изменения личности в виде ригидности, обидчивости, вспыльчивости, злобности;
- ситуационно-спровоцированные ООД, если провоцирующая ситуация ликвидирована и ее повторение маловероятно.

Правильная оценка и обоснование клинико-психопатологических параметров позволяют сделать выводы относительно

характера, степени, прогноза потенциальной общественной опасности больного, что имеет особенно большое значение при решении вопросов о прекращении принудительного лечения, а также особенностях диспансерного наблюдения.

*...По своему психическому состоянию (личностные формы реагирования со снижением подвижности и гибкости психических процессов, обусловленных эпилептическим процессом, напряженность аффекта, снижение способности к планированию и прогнозированию своих поступков и их последствий) больной как представляющий опасность для себя и других лиц нуждается в принудительном амбулаторном наблюдении и лечении у психиатра.*

О снижении общественной опасности больного с преобладанием продуктивно-психотических механизмов ООД можно судить лишь при наличии стойкого улучшения психического состояния и отработке соответствующей комплексной профилактической терапии.

При преобладании ситуационно спровоцированных в рамках негативно-личностных механизмов ООД основное внимание, наряду с психофармакологическим, должно уделяться реабилитационным мероприятиям, так как возвращение больного в среду, способствующую совершению ООД, может явиться поводом повторного ООД. Лечебно-реабилитационные мероприятия должны быть направлены на устранение по возможности внешних обстоятельств, провоцирующих ООД, либо на повышение устойчивости к воздействию этих провоцирующих факторов и избегание провоцирующих ситуаций. В связи с этим большое значение должно уделяться психокоррекционным мероприятиям.

Наряду с этим в таких стационарах много внимания должно уделяться выработке и закреплению у больных социально прием-

лемых стереотипов поведения, коррекции их мировоззренческих установок.

Риск насилия в психиатрическом стационаре, осуществляющем принудительное лечение, является динамическим фактором, и он должен регулярно анализироваться. Оценка риска требует доступа к информации хорошего качества из широкого диапазона источников. Подробные записи в истории болезни, листах наблюдения, протоколы ведения тренингов, психокоррекционных и психотерапевтических занятий должны быть доступны всем специалистам, занимающимся лечением психически больных.

Профессиональные навыки взаимодействия с психически больными предполагают, в частности, знание и контроль собственного невербального (например, положение тела, зрительный контакт, тон голоса, близость к пациенту) и вербального поведения (использование четких культурально приемлемых формулировок), которые могут быть истолкованы как провокационные. Обученность быстрому ситуативному анализу — также полезный навык, позволяющий оценить и рассмотреть агрессивный инцидент как диалоговый процесс. Ситуативный анализ направлен на понимание того, что заставило пациента стать возбужденным, почему пациент думает, что ситуация угрожающая, оскорбляющая, или провоцирующая, почему вызван такой эмоциональный ответ и получен соответствующий поведенческий результат. Столкнувшись с таким пациентом, сотрудник отделения должен представить его (или непосредственно себя) как кого-то, кто может решить проблему, как слушателя, а не более строгого и сильного участника возникшей ситуации. Возможно использование множества тактик для совместной работы с больным, оказание помощи в поиске альтернативных решений так воспринятой им проблемы. При этом не следует забывать, что агрессивное поведение больных может быть направлено и на других больных, и что некоторые пациенты провоцируют конфликты и насилие в отношении себя из-за их собственного поведения.

Клинико-психологическая оценка риска внутрибольничной агрессии предполагает в одних случаях предварительное использование контрольных списков (или проверочных листов), в других — полный анализ истории болезни с акцентом на динамику психического состояния, особенности социального функционирования. При этом особое внимание должно обращать на наличие в прошлом насильственных действий, анализ обстоятельств, в которых они возникали, на любые ранние признаки возникновения агрессивных проявлений, и, что важно, любые эффективные способы вмешательств, которые предотвращали насилие в прошлом. Должны подтверждаться тщательным изучением биографии обследуемого, данные об основных стратегиях преодоления проблем, уровне переносимости стресса, количестве и качестве психотравмирующих факторов, о прошлых эпизодах насилия.

Среди психологических тестов первые места занимали тест Роршаха, «опросник определения дефицита навыков совладания», а также нейропсихологическое исследование.

Использование метода неструктурированного клинического обследования для оценки риска проявления насилия критикуют по ряду причин, включая низкую надежность оценок различных экспертов, низкую валидность и невозможность точно определить процесс принятия специалистом решения о высокой вероятности риска насилия.

В то же время экспериментальная проверка дискуссии о преимуществах клинического или статистического подходов подтвердила, что статистические количественные оценки более перспективны, чем субъективные клинические и тем более случайный прогноз. Точность прогноза можно повысить в том случае, если врачи учитывают условия, в которых их пациенты прибегают к насилию. При этом согласованные между членами многопрофильной бригады предикторы риска должны соответствовать перечню прогностических факторов, составленному на основе статистических расчетов за тот же период времени.

*Статистические методы* позволяют клиницистам принять решение, основанное на данных, которые могут быть зашифрованы заранее оговоренным способом. Решения принимаются в соответствии с правилами, при этом сосредотачиваются на относительно небольшом количестве факторов риска, которые известны или предполагаются, чтобы предсказать проявление насилия в определенных условиях и у определенных индивидов.

**Внешние или экологические факторы** увеличивают риск насилия. Среди последних выделяют недостаток структурированной деятельности у больных; высокий уровень ротации персонала; недостаток терпимости персонала во взаимодействиях с больными; недоукомплектованность отделений персоналом.

Большое значение имеют:

- плохо определенные роли каждого из работающих в отделении специалистов;
- непредсказуемые для больных алгоритмы и программы сдерживания;
- недостаток неприкосновенности;
- переполненность отделений;
- недостаточная материально-техническая база.

Соответственно, следующие факторы могут уменьшить риск насилия среди психически больных:

- комфортная обстановка в отделении, которое не переполнено больными;
- предсказуемые дисциплинарные меры;
- степень занятости и широкий диапазон доступных видов работы и деятельности;
- четкие роли всех профессионалов лечебно-реабилитационного процесса;
- высокий уровень укомплектованности отделений специалистами и персоналом;
- соблюдение принципов неприкосновенности и достоинства, которые, однако, не ставят под угрозу необходимость наблюдения.

На примере больных эпилепсией, находящихся на ПЛ в ГПБ № 5, анализировались психологические переменные: стилевые особенности процессов регуляции поведения — планирование, программирование, моделирование, оценка результатов, гибкость, самостоятельность; такие составляющие психологического благополучия, как позитивное отношение к себе и своей прошлой жизни (самопринятие), наличие целей и занятий, придающих жизни смысл (цели в жизни), способность выполнять требования повседневной жизни (компетентность), чувство развития и самореализации (личностный рост), заботливые и доверительные отношения с другими (позитивные отношения с другими), способность следовать собственным убеждениям (автономность — Autonomy); самоотношение; коммуникативные умения и уровень агрессивности в общении.

Низкие значения переменных «самоуправление» в самоотношении, «контроль над окружением» (мет. «Психологическое благополучие») позволяют с большой вероятностью отнести испытуемых в группу тех, кто будет склонен к нападениям на других пациентов. Высокие значения переменных «позитивное отношение к другим, цели в жизни», «открытость, самопривязанность» в сочетании с «самообвинением» снижают вероятность отнесения испытуемых в группу склонных к нападениям на пациентов. В качестве предикторов отнесения больных в группу тех, кто склонен к нападениям на персонал, можно отнести высокие уровни агрессивности в общении, внутренней конфликтности и «самоценности» в самоотношении.

Самоотношение больных рассматривается в психологии как predisпозиция личности, задающая вектор направленности процессов принятия решений, регуляции поведения, построения картины мира, восприятия реальности. У больных эпилепсией самоотношение является дисгармоничным. Оно характеризуется ригидностью Я-концепции, высокой внутренней конфликтностью, наличием ригидных аффективных комплексов, трудностями локализации истинного источника отрицательных эмоций,



амбивалентным отношением к себе. Причем установка на самообвинение сопровождается внутренней напряженностью и «открытостью» к восприятию отрицательных эмоций. Выражены явления стигматизации, что подтверждается устойчивым комплексом представлений о том, что их личность, характер и деятельность не способны вызывать у других уважение, симпатию, одобрение, понимание.

Таким образом, психологические характеристики осознанной регуляции поведения можно рассматривать как один из критериев прогноза нарушений режима в стационаре.

Указанные закономерности позволяют не только прогнозировать поведение больных во время ПЛ, но и включать в общие реабилитационные программы специализированные для больных эпилепсией модули, нацеленные на повышение коммуникативных умений, формирование навыков проблемно-решающего поведения и тренинги совладания с гневом.

Таким образом, психологические характеристики осознанной регуляции поведения можно рассматривать как один из критериев прогноза нарушений режима в стационаре. Возможность определять уровень выраженности измеряемых свойств является дополнительным доводом в пользу использования компактных опросниковых методов в прогностических целях в клинике ПЛ.

Анализ тех переменных, которые вносят наибольший вклад в предсказание имевших место разрушительных действий у больных эпилепсией, и нарушений внутрибольничного режима подтвердили положение о том, что инциденты нарушения режима во время ПЛ не могут прогнозироваться теми же самыми параметрами, которые используются для прогноза повторных случаев антисоциального поведения уже после освобождения.

Патопсихологические факторы позволяют не только прогнозировать поведение больных во время ПЛ, но и включать их в качестве мишеней специализированных для больных эпилепсией модулей в рамках общих реабилитационных программ.

Определение общественной опасности лиц, признанных ограниченно вменяемыми, и связи ее с психическими расстройствами предопределяет выбор принудительных мер медицинского характера, в качестве которой закон определяет амбулаторное принудительное лечение.

*Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лица, признанного ограниченно вменяемым*, может быть назначено одновременно с наказанием, связанным и не связанным с лишением свободы только в тех случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения лицом иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц (ч. 2 ст. 97, ч. 2 ст. 99 УК РФ).

В большинстве случаев общественная опасность подэкспертных и необходимость назначения в случае осуждения амбулаторного принудительного лечения была связана только с психопатоподобным синдромом с преобладанием не столь выраженных личностных особенностей, дисфорическими состояниями, а также судорожными состояниями (генерализованные судорожные припадки).

Снижение способности к интеллектуальному и волевому контролю своих действий у больных эпилепсией при преобладании личностных расстройств в качестве ведущего синдрома на момент правонарушения, неспособность к прогнозу своего поведения, неадекватная самооценка, плохое понимание мотивов, поступков и эмоций других людей, склонность к формированию труднокорректируемых суждений определяли общественную опасность больных, признанных ограниченно вменяемыми, и необходимость назначения амбулаторного принудительного лечения в случае осуждения.

*Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей*

**СОВРЕМЕННЫЕ ВИДЫ И МЕТОДЫ  
КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ  
ЭКСПЕРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
(выпуск 2)**

Подписано в печать 07.12.09. Формат 60x90<sup>1/16</sup>.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 14.  
Тираж 150 экз. Заказ № 11-11/12-09.

ООО «Институт проблем управления здравоохранением».  
129347, г. Москва, Холмогорская ул., д. 2.

Отпечатано в ООО «Центр полиграфических услуг «Радуга»».  
115280, Москва, Автозаводская ул., д. 25.

ISBN 978-5-91863-028-0



9 785918 630280 >