

**Олег Геннадьевич Сыропятов, Наталия Александровна  
Дзеружинская, Виктор Александрович Солдаткин**

# **Судебная экспертиза психического здоровья в гражданском процессе: учебное пособие**



## **Глава 1. Правовые аспекты судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе**

### **§ 1.1. Дееспособность – недееспособность**

В правовом государстве право каждого человека закреплено законодательно. До последнего времени СПЭ в гражданском процессе чаще всего проводилась лицам, в отношении которых решались вопросы дееспособности и необходимости учреждения опеки, т. е. той категории гражданских дел, при которых проведение СПЭ обязательно в соответствии с действующим законодательством.

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе всегда занимала важное место в практике отечественных судебных психиатров. Ведущие отечественные учёные (Сербский В.П., 1900; Корсаков С.С., 1902) подчёркивали большую сложность и важность этого вида экспертизы по сравнению с экспертизой в уголовном процессе. Основные положения СПЭ в гражданском процессе разработаны Е.М. Холодковской (1957–1975).

В работе Б.В. Шостаковича и А.Д. Ревенка (1992) обобщены теоретические положения, определяющие принципы судебно-психиатрической оценки различных форм шизофрении. В многочисленных работах обсуждается такая правовая норма, как «ограниченная дееспособность». Также дискутируется вопрос о «делкоспособности» больных

шизофренией, лиц с личностными расстройствами, больных с органическими заболеваниями головного мозга и пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами. Всё большее внимание уделяется изучению проблем посмертной судебно-психиатрической экспертизы у лиц с различными соматическими заболеваниями, осложнёнными психическими расстройствами.

Следовательно, на современном этапе развития судебной психиатрии необходима разработка нового методологического подхода к проведению СПЭ в гражданском процессе в изменившихся социально-экономических и правовых условиях.

Новым и перспективным направлением в развитии СПЭ в гражданском процессе является междисциплинарный подход, который заключается в теоретической разработке и практическом применении комплексных психолого-психиатрических и психолого-нарколого-психиатрических экспертиз, а также комплексных экспертиз с участием судебных медиков, онкологов, интернистов. Малоизученными в настоящее время являются вопросы СПЭ, касающиеся Семейного кодекса. Одним из новых видов экспертизы являются таковые в гражданских делах об ограничении родительских прав лиц с психическими расстройствами в том случае, если оставление с ними ребёнка является опасным для последнего. Кроме того, важнейшим направлением развития экспертизы в гражданском процессе является разработка экспертиз, связанных с «Законом о психиатрической помощи», и др.

Правоспособность гражданина возникает с момента рождения и прекращается со смертью (ст. 17 Гражданского кодекса РФ).

Гражданский кодекс (ГК) РФ закрепляет равную для всех граждан правоспособность. Это означает, что все граждане обладают равной возможностью иметь гражданские права и нести обязанности независимо от их возраста, психического или физического состояния, а также способности самостоятельно (своими действиями) приобретать субъективные права и осуществлять их. Правоспособность, возникающая с момента рождения, закреплена законом, т. е. представляет собой общественно-юридическое свойство, определённую юридическую возможность.

Способ осуществления правоспособности – дееспособность, т. е. способность «своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их» (ст. 21 ГК РФ). Обладать дееспособностью – значит иметь способность лично совершать различные юридические действия: заключать договора, совершать сделки и исполнять их, приобретать в собственность имущество и владеть, пользоваться и распоряжаться им, заниматься предпринимательской и иной не запрещённой законом деятельностью, отвечать за уничтожение или повреждение чужого имущества и т. п. Исходя из этого, дееспособность – это, во-первых, способность к совершению сделок (сделкоспособность), во-вторых, способность нести ответственность за неправомерные действия (деликтоспособность). Значимость дееспособности как своеобразного субъективного права состоит в юридическом обеспечении свобод, «суверенитета» и активного участия личности в реализации личных имущественных прав, в первую очередь права собственности, а также неимущественных прав.

В статье 29 ГК РФ («Признание гражданина недееспособным») дано определение недееспособности и указаны последствия её установления. «Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека». Дееспособность, по мнению О.Е. Фрейерова, предполагает способность лица к рассудительной деятельности в достаточно длительный период времени. Психиатрический диагноз (медицинский критерий) сам по себе не определяет судебно-психиатрическую оценку – способность испытуемого понимать значение своих действий и руководить ими.

Признание гражданина недееспособным неизбежно сопряжено с принудительным изменением его правового статуса и, по образному выражению юристов, означает «гражданскую смерть». Имущественные сделки, совершённые недееспособными лицами, в соответствии со ст. 171 Гражданского кодекса РФ считаются недействительными. Также недействительным согласно ст. 14, 16, 27 Семейного кодекса РФ считается брак, если он заключён с лицом, которое признано судом недееспособным. В соответствии со ст. 41 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» признание лица недееспособным может быть сопряжено с помещением его в психоневрологический интернат, в том числе и помимо его желания.

Исходя из сказанного, необходимо обеспечить максимальные гарантии и защиту прав и интересов недееспособных граждан. Важной правовой нормой служит ч. 3 ст. 29 ГК РФ, регламентирующая восстановление дееспособности лица, ранее признанного недееспособным: если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд признаёт его дееспособным. На основании решения суда можно отменить установленную над гражданином опеку.

Законом установлено, что никто не может быть ограничен или лишён дееспособности иначе как судом в предусмотренном порядке.

Дееспособность гражданина, согласно ст. 11 ГК Украины, – это его способность своими действиями приобретать гражданские права и создавать гражданские обязанности. Законом в дееспособности ограничиваются:

1) лица, не достигшие совершеннолетия (18 лет); 2) лица, которые вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами ставят себя и свою семью в тяжёлое материальное положение.

Ограниченная дееспособность несовершеннолетних в возрасте от 15 до 18 лет заключается в том, что они могут совершать сделки, как правило, с согласия своих родителей (усыновителей), а самостоятельно – лишь мелкие бытовые сделки. Они также вправе самостоятельно распоряжаться своей заработной платой или стипендией, осуществлять авторские и изобретательские права (ст. 13 ГК Украины). За несовершеннолетних, не достигших 15 лет, сделки совершают от их имени родители (усыновители) или опекуны (ст. 14 ГК Украины).

Ограничение в дееспособности граждан, злоупотребляющих спиртными напитками и наркотическими веществами и ставящих тем самым себя и свою семью в тяжёлое материальное положение, с установлением попечительства предполагает лишение их права совершать сделки по распоряжению имуществом, а также получать заработную плату, пенсию или другие виды доходов и распоряжаться ими без согласия попечителя. При прекращении гражданином злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами суд может отменить ограничение его дееспособности.

В ст. 16 ГК Украины указано, что гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, предусмотренном ГПК Украины, и над ним устанавливается опека. От имени душевнобольного или слабоумного, признанного недееспособным, сделки совершает опекун. В случае выздоровления или значительного улучшения здоровья гражданина, признанного недееспособным, суд восстанавливает его в дееспособности. В комментарии к ст. 256 ГПК Украины отмечено, что определение недееспособности содержит в себе два критерия: медицинский – душевная болезнь, слабоумие, и юридический – понимание значения своих действий и руководство ими.

Таким образом, дееспособность и недееспособность – юридические понятия, находящиеся в компетенции суда. СПЭ в этих случаях решает вопрос о психическом расстройстве гражданина (медицинский критерий) и его способности понимать значение своих действий и руководить ими (юридический критерий). Цель СПЭ при решении вопроса о признании гражданина недееспособным – определение психического расстройства, его тяжести и выраженности, лишаящего его способности к целенаправленному осознанному поведению.

Медицинский критерий недееспособности может быть сформулирован обобщённо как психическое расстройство. При оценке юридического критерия учитывают его составляющие: интеллектуальную (неспособность понимать значение своих действий, т. е. неспособность к адекватному осмыслению ситуации, нарушение сохранности мнестических и критических функций) и волевою (неспособность руководить своими действиями, т. е. неспособность к волевому, целенаправленному регулированию своего поведения).

При экспертном исследовании с данной целью необходим учёт совокупности клинических, психологических, психогенных и социальных факторов, влияющих на состояние подэкспертного и прогноз его расстройства.

## **§ 1.2. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших сделки**

Согласно ст. 177 ГК РФ, «сделка, совершённая гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент её совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной...». В этой статье не сформулирован медицинский критерий, в ней лишь дано определение состояния гражданина в момент заключения сделки.

Такой подход предполагает оценку не только психопатологического, но и психологического или какого-либо иного состояния в момент заключения сделки, в т. ч. состояния алкогольного опьянения и запоя, а также состояний, обусловленных тяжёлой соматической патологией. Для доказательства этих обстоятельств недостаточно свидетельских показаний, должны быть представлены документы, их подтверждающие, а в случае необходимости – назначена экспертиза.

Сделка, совершённая гражданином, признанным недееспособным, является недействительной (ст. 52 ГК Украины).

Предмет СПЭ по делам о признании сделки недействительной – оценка психического состояния лица на момент её совершения. В задачи СПЭ также входит определение влияния расстройства на способность понимать значение своих действий и руководить ими в момент заключения сделки.

Сделкоспособность как правовая категория имеет два существенных отличия от дееспособности:

- 1) она характеризует способность лица понимать значение своих действий и руководить ими на определённом ограниченном отрезке времени;
- 2) она имеет отношение к определённому конкретному гражданскому акту – совершению сделки.

Сделка – акт осознанного целенаправленного волевого действия физического лица, совершая которое это лицо стремится к достижению определённых правовых последствий. Сущность сделки составляют воля и волеизъявление сторон.

Порок воли-возникшее у субъекта гражданско-правовых отношений вследствие особого состояния, либо неправильного представления о цели деятельности, либо ограничения свободы принятия решения нарушение способности к свободному выражению своего подлинного желания, намерения, осознанной цели на установление, изменение или прекращение определённого права. Предмет экспертизы порока воли – установление способности субъекта гражданско-правовых отношений в период совершения сделки свободно и осознанно определять цель и принимать решение по её достижению, влекущее изменение его прав (в том числе их возникновение и прекращение), а также способности руководить действиями по реализации этого решения.

Как следует из содержания ст. 177 ГК РФ, для признания сделки недействительной необходимо юридическое доказательство того, что гражданин находился в момент её совершения «в таком состоянии, что не был способен понимать значение своих действий или руководить ими». Понятие «такое состояние» включает в себя психические расстройства (тяжёлые и пограничные) и психологические особенности (повышенную внушаемость, подчиняемость), поэтому во многих случаях по гражданским делам о признании сделки недействительной целесообразно проведение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Юридический критерий «понимать значение своих действий и руководить ими», изложенный в ст. 177 ГК РФ в довольно общей форме, выражает определённую глубину психического расстройства и содержит интеллектуальную и волевою составляющие. Интеллектуальная составляющая («понимать значение своих действий») отражает способность к осознанию фактической стороны сделки, её существа, юридических особенностей, к прогнозированию её результатов с учётом как извлечения выгоды, так и возможного ущерба, а также сохранность высших критических функций – возможности адекватной оценки ситуации, себя в этой ситуации, критики болезни. Волевая составляющая («руководить ими», т. е. своими действиями) подразумевает сохранность волевых качеств и отражает способность к самостоятельному принятию решения и регуляции своего поведения в зависимости от меняющихся внешних обстоятельств, возможность реализации или отказа от совершения сделки.

Клинические выводы о характере и степени выраженности психического расстройства в период совершения сделки строят на основе сопоставления данных, характеризующих актуальное состояние подэкспертного на момент обследования, с данными, полученными в результате анализа анамнестических сведений, медицинской документации, свидетельских показаний. Отправной точкой всегда служит психическое состояние на момент обследования. Представления о психическом состоянии подэкспертного в юридически значимый период следует формировать в процессе ретроспективной оценки с учётом актуального состояния и тех изменений, которые могли произойти в период от момента совершения сделки до освидетельствования. Подобная ретроспективная оценка психического состояния лица в период совершения сделки может быть адекватной и достоверной лишь при наличии верифицированного анамнеза, исчерпывающих сведений об особенностях течения заболевания.

К сделкам можно отнести и завещание, которое, согласно п. 5 ст. 1118 ГК РФ, названо «односторонней сделкой». Подобного подхода эксперты придерживаются при судебно-психиатрической оценке психического расстройства по гражданским делам о признании брака недействительным (ст. 28 Семейного кодекса РФ). Здесь также медицинский критерий выступает как «состояние», а юридический – как возможность «понимать значение своих действий и руководить ими». Следует иметь в виду, что содержательная сторона юридического критерия ст. 28 Семейного кодекса РФ существенным образом отличается от юридического критерия «делкоспособности».

### **§ 1.3. Судебно-психиатрическая экспертиза по делам, связанным с защитой детей**

Экспертизы по гражданским делам, рассматриваемым в Семейном кодексе РФ, преимущественно относят к двум категориям. Первую группу составляют экспертизы, связанные с защитой интересов детей при бракоразводных процессах, когда необходимо решить вопросы о месте проживания ребёнка, участии в его воспитании каждого из родителей; вторую – экспертизы, связанные с делами о защите интересов детей в случае ненадлежащего соблюдения их прав в семье, жестокого обращения с ними.

В соответствии с Семейным кодексом РФ (ст. 63, п. 1 ст. 65) родители имеют преимущественное право на воспитание детей перед всеми другими лицами, но не могут

осуществлять свои права по воспитанию детей в противоречии с их интересами, а именно: они «не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию».

Место жительства детей при раздельном проживании родителей можно установить по соглашению родителей. При отсутствии соглашения спор между родителями должен разрешить суд исходя из интересов детей и с учётом их мнения. Суд учитывает нравственные и иные личные качества родителей; отношения, существующие между каждым из родителей и ребёнком; привязанность ребёнка к каждому из родителей, братьям и сёстрам; возраст ребёнка; возможность создания ребёнку условий для воспитания и развития: род деятельности, режим работы родителей, материальное и семейное положение родителей и др. (ст. 65 Семейного кодекса РФ). Родитель, проживающий отдельно от ребёнка, имеет право на общение с ребёнком, участие в его воспитании и решении вопросов получения ребёнком образования. Родитель, с которым проживает ребёнок, не должен препятствовать общению ребёнка с другим родителем, если такое общение не причиняет вред физическому и психическому здоровью ребёнка, его нравственному развитию (ст. 66 Семейного кодекса РФ).

Один из видов экспертного исследования, вытекающий из приведённых статей Семейного кодекса РФ, – судебно-психиатрическое освидетельствование субъектов брачносемейных отношений в гражданских делах по искам родителей о расторжении брака и передаче ребёнка на воспитание одному из них. Если между супругами отсутствует соглашение или в нём нарушены интересы детей, суд на основании данных, полученных в судебном заседании, и представленных доказательств обязан определить, с кем из родителей будут проживать несовершеннолетние дети после развода. Решение вопроса о месте проживания необходимо принимать с учётом мнения ребёнка, достигшего 10 лет (ст. 57 и 65 Семейного кодекса РФ).

Предмет экспертного исследования в подобных случаях – оценка уровня и особенностей возрастного психического развития ребёнка, динамики его психического состояния в зависимости от условий семейного воспитания, а также оценка влияния на психическое состояние и развитие ребёнка особенностей поведения и отношения каждого из родителей. Такие экспертные исследования способствуют защите интересов и охране физического и психического здоровья ребёнка, позволяя выяснить обстоятельства, необходимые для вынесения судебного решения. В этих случаях целесообразно назначать комплексные психолого-психиатрические экспертизы для выяснения следующих обстоятельств:

- 1) особенности индивидуально-психологических свойств и поведения родителей, оказывающие влияние на психическое состояние и развитие детей;
- 2) привязанности ребёнка к каждому из родителей с учётом его возраста и психического развития;
- 3) особенности психического состояния и возрастного психического развития ребёнка в связи с динамикой семейного конфликта.

Семейный кодекс РФ строго регламентирует права и обязанности родителей. В ст. 65 Семейного кодекса РФ сказано, что при их осуществлении родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию. Способы воспитания детей должны исключать пренебрежительное, жестокое, грубое, унижающее человеческое достоинство обращение, оскорбление или эксплуатацию детей. Родители, осуществляющие родительские права в ущерб правам и интересам детей, несут ответственность в установленном законом порядке.

Суд может с учётом интересов ребёнка принять решение об отобрании ребёнка у родителей (одного из них) без лишения их родительских прав, применив при этом ограничение родительских прав. Ограничение родительских прав допустимо, если оставление ребёнка с родителем (одним из них) опасно для ребёнка по обстоятельствам, от родителей (одного из них) не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание, стечение тяжёлых обстоятельств и пр. – ст. 73 Семейного кодекса РФ). Именно в этих случаях необходимо назначение СПЭ для определения психических расстройств родителя и в связи с этим опасности для ребёнка.

Цель СПЭ – определение вероятности совершения опасного действия одного из родителей в отношении ребёнка. Вопросы об ограничении контактов детей с матерями, подвергшими их жестокому обращению, следует решать дифференцированно, с учётом совокупности клинических, психогенных и социально-психологических факторов.

Применение специальных психологических и медицинских (психиатрических) знаний необходимо при рассмотрении следующих категорий гражданских дел, связанных с защитой прав и интересов несовершеннолетних в спорах о праве на воспитание детей:

- ◆ о воспитании детей после расторжения брака между родителями (ст. 24 СК РФ);
- ◆ о месте проживания детей при раздельном жительстве родителей (ст. 65 СК РФ);
- ◆ об участии отдельно проживающего родителя в воспитании детей, когда сами родители не пришли к соглашению по этому вопросу (ч. 2, п. 2. ст. 66 СК РФ);
- ◆ ограничение родительских прав (ст. 73 СК РФ);
- ◆ о лишении родительских прав (ст. 69 СК РФ) и о восстановлении в родительских правах (ст. 72 СК РФ);
- ◆ об усыновлении ребёнка (ст. 125 СК РФ) и об отмене усыновления (ст. 140, 141 СК РФ);
- ◆ оценка психического состояния лиц, эмоционально значимых для ребёнка и находящихся в его ближайшем окружении, в случаях совершения ими уголовно наказуемых деяний, связанных с жестоким обращением с ребёнком (ст. 117 УК РФ – истязание; ст. 125 УК РФ – оставление в опасности; ст. 116 УК РФ – побои).



## **Оптимизация комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по выделенным категориям дел, связанных с защитой прав и интересов детей**

Эксперт-психиатр и эксперт-психолог оценивают психопатологические и психологические факторы, а также юридически значимые обстоятельства психологической и патологической природы:

- 1) уровень, особенности и нарушения психического развития ребёнка;
- 2) особенности психического состояния ребёнка;
- 3) психологическая структура семейного конфликта. Влияние на психическое состояние и развитие ребёнка особенностей поведения и отношения каждого из родителей. Психологическое отношение ребёнка к каждому из родителей с учётом особенностей его психического развития;
- 4) индивидуально-психологические особенности каждого из родителей. Особенности психического состояния родителей (фактических воспитателей), существенно влияющие на семейный конфликт, возрастное развитие ребёнка и его психическое состояние;
- 5) оцениваются юридически значимые обстоятельства психологической природы с характеристикой того факта, как будет отвечать интересам ребёнка то или иное действие (передача ребёнка от одного родителя к другому, участие отдельно проживающего родителя в воспитании, ограничение родительских прав, отмена усыновления и пр.). В этом аспекте анализируются: условия воспитания; индивидуально-личностные особенности родителей или фактических воспитателей, влияющие на осуществление ими своих родительских прав и обязанностей в соответствии с интересами ребёнка; характер взаимоотношений родителей или фактических воспитателей между собой и каждого из них к ребёнку, определяющих семейный конфликт; положительное или отрицательное воздействие родителей или фактических воспитателей на развитие детей;
- 6) юридически значимые обстоятельства патологической природы с клинической (психиатрической) оценкой особенностей психического состояния родителей (фактических воспитателей), включая психические расстройства, психические недостатки и особенности их поведения, которые могли оказать существенное влияние на характер и динамику семейного конфликта; на отклонения в возрастном психическом развитии ребёнка и формирование у него психических расстройств;
- 7) особенности психического состояния ребёнка, включая следующие аспекты психического здоровья: уровень возрастного психологического развития ребёнка; индивидуально-психологические особенности мнения ребёнка, достигшего 10 лет, о месте его жительства (ст. 57 СК РФ); индивидуально-психологические особенности ребёнка, обусловленные характером и содержанием семейного конфликта, включая нарушение привязанности ребёнка к родителям (фактическим воспитателям), с учётом особенностей его психического развития и возраста; особенности психического состояния ребёнка, включая собственно психические расстройства и отклонения возрастного психического

развития, существовавшие до семейного конфликта; психические расстройства у ребёнка, обусловленные семейным конфликтом.

Данный алгоритм судебного психологического и судебного психиатрического исследования обеспечивает комплексный подход к оценке индивидуально-психологических особенностей отдельных субъектов брачно-семейных отношений, их психического состояния, возрастного психологического развития. Психологическая и клиническая оценка этих признаков имеет значение в характеристике семейного конфликта, влияния особенностей психического состояния и поведения родителей (фактических воспитателей) на психическое состояние и развитие детей; в учёте привязанности ребёнка к родителям и мнения ребёнка, достигшего 10 лет, о месте его жительства; в оценке мотивов уклонения родителей от выполнения обязанностей по воспитанию детей, мотивов злоупотребления родительскими правами.

Данный алгоритм судебного психологического и судебного психиатрического исследования обеспечивается на основе принципа добровольного согласия на освидетельствование участников судебного разбирательства гражданских дел в соответствии с нормами Семейного кодекса.

При судебном определении вины (вменяемости/невменяемости) в соответствии с нормами Уголовного кодекса при жестоком обращении с ребёнком осуществляется обязательное проведение судебного психологического и психиатрического экспертного исследования. Случаи агрессивного и жестокого обращения с детьми чаще наблюдаются в семьях, где родители, в особенности матери, страдают некоторыми видами психических расстройств. Наиболее значимыми среди них являются, например, непсихотические формы органического психического расстройства и личностного расстройства с зависимостью от психоактивных веществ. Жестокое агрессивное поведение в отношении детей может определяться также патологической бредовой мотивацией.

Достаточно часто наблюдаются агрессивные деяния, совершённые женщинами с психическими расстройствами – членами религиозных сект. В соответствии с Семейным кодексом (ст. 56) ребёнок имеет право на защиту своих прав и законных интересов. Защита прав и законных интересов ребёнка осуществляется родителями (лицами, их замещающими), а также органами опеки и попечительства, прокурором и судом. Ребёнок имеет право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей. При этом ребёнок до 14 лет вправе самостоятельно обращаться за защитой в орган опеки и попечительства, а по достижении четырнадцати лет – в суд. Должностные лица организаций и иные граждане, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребёнка, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребёнка. При получении таких сведений орган опеки и попечительства обязан принять необходимые меры по защите прав и законных интересов ребёнка. Таким образом, действующее законодательство предусматривает защиту интересов ребёнка в обязательном порядке, возлагая исполнение этой нормы на органы опеки и попечительства. Согласно статье 77 Семейного кодекса: «При непосредственной угрозе жизни ребёнка или его здоровью орган опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребёнка у родителей (одного из них) или у других лиц, на попечении которых он

находится» (п. 1 ст. 77 СК РФ). Данная статья предназначена для разрешения таких ситуаций, когда возникает опасность для ребёнка со стороны родителей (фактических воспитателей). Иск об ограничении родительских прав может быть предъявлен близкими родственниками ребёнка, органами опеки и попечительства, комиссией по делам несовершеннолетних, дошкольными и образовательными учреждениями.

Указанная правовая норма осуществляется только в порядке судебного разбирательства с участием прокурора и органа опеки и попечительства. В подобных случаях в процессе судебного разбирательства возможно назначение и проведение судебно-психиатрической экспертизы для диагностики того или иного психического расстройства у одного из родителей (как правило, матери) и определения степени опасности оставления ребёнка с ней. В случаях, если опасность пребывания ребёнка с родителями связана с проявлениями психического расстройства, отсутствует виновное поведение. Госпитализация в психиатрический стационар матери, в том числе и в недобровольном порядке, в случае, если пребывание с ней ребёнка представляет опасность для него, строго регламентирована Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании. В соответствии со ст. 29 настоящего Закона лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар в случае, если представляет непосредственную опасность для себя или окружающих. Таким образом, госпитализация матери, поведение которой представляет непосредственную опасность для ребёнка, с передачей его на это время другому родителю или в органы социального обеспечения может предотвратить криминальное, агрессивное деяние в отношении ребёнка.

Важным аспектом защиты интересов детей, подвергающихся жестокому обращению со стороны матерей, является профилактика криминальных, агрессивных поступков, совершаемых в их отношении. Особую важность представляет своевременная диагностика и выявление предикторов агрессивного поведения. Необходимо учитывать, что специфика агрессивного поведения женщин с психическими расстройствами обусловлена как наличием у них психопатологической симптоматики, так и влиянием типичного для женщин комплекса психогенно-травмирующих переживаний с особой значимостью личных и внутрисемейных проблем.

Как правило, агрессивное поведение психически больных женщин имеет место в период обострения у них психического расстройства и определяется болезненной мотивацией. Особенности агрессивного поведения женщин с психическими расстройствами обусловлены следующими факторами: выраженность стойких аномально-личностных расстройств, в том числе обусловленных влиянием социальных факторов (депривация в детстве, отрицательное средовое окружение во взрослой жизни, алкоголизация); воздействие специфического для женщин комплекса психогенно-травмирующих переживаний с особой значимостью личных и внутрисемейных проблем; наличие актуальных психопатологических нарушений (бред, патологические интерпретации с направленностью на детей).

За последние годы у женщин, совершивших тяжкие правонарушения в отношении детей, большую распространённость приобрели идеи религиозного содержания. В таких случаях больные особым образом трактовали религиозное учение и, исходя из

болезненных представлений, совершали в отношении детей агрессивные действия, которые отличались крайней жестокостью.

У женщин с бредом религиозного содержания отношение к детям определялось религиозными идеями, которые имели бредовое оформление. Они подозревали детей в греховности, заставляли их выполнять обряды и ритуалы, не предусмотренные вероисповеданием, сами накладывали на детей наказания, иногда считали необходимым убийство ребёнка в ожидании «конца света», с тем чтобы избавить его от мучений и смерти. Многие женщины к моменту совершения правонарушения состояли под наблюдением в психоневрологических диспансерах, у них было диагностировано психическое расстройство. В отдельных случаях они обращались к психиатрам в период, непосредственно предшествующий правонарушению. Учёт врачами-психиатрами факторов риска совершения агрессивных деяний и применение на этом этапе форм защиты детей являются важнейшими элементами предупреждения насилия к детям со стороны матерей, страдающих психическими расстройствами.

Привлечение специалистов – психологов и психиатров, к оценке обстоятельств, имеющих доказательное значение в судебных разбирательствах по спорам о праве воспитания детей при раздельном проживании родителей и порядке общения ребёнка с отдельно проживающим родителем, должно оцениваться как позитивная тенденция, способная существенно повысить качество судебных решений по подобным делам. Применение специальных психологических и медицинских (психиатрических) знаний позволяет максимально учесть психическое и психологическое состояние ребёнка и родителей; привязанность ребёнка к каждому из родителей; отношения, существующие между каждым из родителей и ребёнком, способности каждого из родителей обеспечить ребёнку условия для психического развития. Научно-методологические основы проведения подобных освидетельствований, достоверные и валидные процедуры сбора информации, границы компетенции специалистов определяются судебным запросом, конкретными нормами гражданского (семейного) законодательства, современным состоянием научных дисциплин (психология развития, семейная психология, клиническая психология, психиатрия), а также общими принципами судебно-психологической экспертологии (Сафуанов Ф.С., 2007).

#### **§ 1.4. Судебно-психологическая и судебно-психиатрическая экспертизы по делам о компенсации морального вреда**

Судебно-психологическая экспертиза (СПЭ) по делам о компенсации морального вреда – относительно новый вид, в то время как за рубежом такого рода экспертизы проводятся давно. В законе понятие «моральный вред» синонимично понятию «физические и нравственные страдания». В русском языке понятие «страдание» означает физическую или нравственную боль, мучение, а слово «вред» – ущерб, порчу. «Определение содержания морального вреда как страданий означает, что действия причинителя вреда обязательно должны найти отражение в сознании потерпевшего, вызвать определённую психическую реакцию. При этом неблагоприятные изменения в охраняемых законом благах отражаются в сознании человека в форме негативных ощущений (физические страдания) или переживаний (нравственные страдания). Содержанием переживаний

может являться страх, стыд или иное неблагоприятное в психологическом аспекте состояние. Очевидно, что любое неправомерное действие или бездействие может вызвать у потерпевшего нравственные страдания различной степени и лишить его полностью или частично психического благополучия».

Природа морального вреда не ограничивается только психологическим компонентом. Установить степень физических и нравственных страданий могут только специалисты соответствующего профиля: психическое состояние человека определяется психологами, а для оценки психических или соматических патологических нарушений, наступивших в результате пережитых страданий, исходя из специфики конкретного дела, может стать целесообразным привлечение психиатров или иных специалистов. В таких случаях суд может назначить проведение комплексной психолого-психиатрической, или другой комплексной, медико-психологической или медико-психолого-психиатрической, экспертизы.

Компенсация морального вреда рассмотрена в ст. 151 ГК РФ, где сказано, что «если гражданину причинён моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных Законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда». При решении вопроса о компенсации морального вреда, согласно Постановлению Пленума Верховного суда РФ № 10 от 20.12.1994 г., суду необходимо выяснить, чем может быть подтверждён факт причинения потерпевшему нравственных или физических страданий. В качестве одного из таких доказательств могут быть использованы судебные экспертные исследования.

На основании действующего законодательства и разъяснений Пленума Верховного Суда можно выделить следующие задачи, которые встают перед судом при рассмотрении дел о компенсации морального вреда:

1. Установить факт причинения гражданину морального вреда.
2. Если гражданину причинён моральный вред, определить степень его нравственных или физических страданий.
3. Выяснить связь степени нравственных или физических страданий с индивидуальными особенностями лица, которому причинён моральный вред.
4. Установить степень вины нарушителя.
5. Определить размеры компенсации морального вреда.

В случае назначения судебно-психологической экспертизы по делу о компенсации морального вреда на её разрешение не могут быть предложены вопросы правового характера. Основные вопросы, определяющие алгоритм и содержание экспертного судебно-психологического исследования, как правило, формулируются в следующем виде:

1. Испытывает ли истец страдания, субъективные переживания по поводу неправомерных действий ответчика и если испытывает, то в чём это выражается?

2. Состоят ли в причинной связи страдания истца с действиями ответчика?

3. Если истец испытывает страдания, то какова их степень?

4. Имеются, а если имеются, то каковы индивидуально-психологические особенности истца, которые могли оказать существенное влияние на степень его субъективных переживаний?

Отвечая на первый вопрос, эксперты определяют психоэмоциональное состояние подэкспертного, наступившее после совершения правонарушения ответчиком. В результате психодиагностического обследования истца в его состоянии могут быть выявлены различные негативные переживания: страх, горе, стыд, беспокойство, унижение, уныние, тревога и др. Следующий шаг связан с установлением наличия (отсутствия) причинной связи между страданиями истца и противоправными действиями ответчика.

Общего подхода к экспертному определению степени переживаемых страданий пока не выработано: авторы выделяют различные перечни необходимых и достаточных признаков для дифференциации разных уровней страданий. В.Ф. Енгальчев и С.С. Шипшин в качестве критериев называют глубину и интенсивность переживаний. А.Л. Южанинова предлагает наряду с интенсивностью переживаний учитывать их длительность, прогноз последствий психотравмы и характер оказанного травмирующего воздействия. А.Н. Калинина выделяет степени психического вреда по глубине и длительности изменений психической деятельности.

Среди индивидуальных особенностей лица, которому причинён моральный вред, во внимание могут приниматься его индивидуальная предрасположенность к установленному виду и степени страданий, чувствительность к определённым типам травмирующих воздействий, а также особенности его интеллектуальной, эмоциональной, потребностно-мотивационной, коммуникативной, поведенческой сфер.

Исходя из содержания ст. 151 ГК РФ, можно сделать вывод о целесообразности проведения судебно-психиатрических и судебно-психологических экспертных исследований. Они необходимы, поскольку под моральным вредом законодатели подразумевают физические и нравственные страдания, возникающие, в частности, в результате посягательств на жизнь и здоровье человека (нематериальные блага). Нравственные страдания могут возникать в связи со смертью родных и близких, невозможностью продолжения активной общественной жизни, невозможностью образования семьи и действиями других личностно-значимых факторов, которые в методологии психиатрического подхода рассматриваются как психогенно-личностные, стрессовые воздействия, влекущие за собой психические расстройства, поэтому их оценка требует специальных познаний.

На Украине существует следующая практика по делам о причинении «морального вреда». На начальном этапе используют заключение психологов о причинённом потерпевшему «моральном» вреде на основании запроса адвоката в соответствии со ст. 6 Закона Украины «Об адвокатуре», дающей ему право получать письменные заключения специалистов по вопросам, требующим специальных знаний. Заключение оформляется как «мнение специалиста» и в дальнейшем становится одним из оснований для назначения судебной экспертизы. В законодательстве Украины право на возмещение причинённого физическому или юридическому лицу морального (неимущественного) вреда предусмотрено в целом ряде законодательных актов. Среди них: Гражданский кодекс Украины (ГК Украины) ст. 7.440, Кодекс законов о труде (ст. 173), Законы «О защите прав потребителей» (ст. 24), «Об информации» (ст. 49), «Об авторских правах и смежных правах» (ст. 44), «О порядке возмещения вреда, причинённого гражданину незаконными действиями органов дознания, предварительного следствия, прокуратуры и суда» (ст. 3), «Об обращении граждан» (ст. 25) и другие. Всё разнообразие законодательных представлений о сущности морального вреда Верховный суд Украины в Постановлении № 4 Пленума от 31 марта 1995 г. «О судебной практике по делам о возмещении морального (неимущественного) вреда» сводит к следующему определению: «Под моральным вредом следует понимать потери неимущественного характера вследствие моральных или физических страданий, или иных негативных явлений, причинённых физическому или юридическому лицу незаконными действиями или бездействием других лиц. В соответствии с действующим законодательством моральный вред может состоять, в частности, в унижении чести, достоинства, престижа или деловой репутации, моральных переживаниях в связи с повреждением здоровья, в нарушении права собственности (в том числе интеллектуальной), прав, предоставленных потребителям, иных гражданских прав, в связи с незаконным пребыванием под следствием, судом, в нарушении нормальных жизненных связей вследствие невозможности продолжения активной общественной жизни, нарушении отношений с окружающими людьми, при наступлении других негативных последствий». В.Б. Первомайский (2002) систематизирует понятие «морального вреда» в следующем виде: 1) физический вред или повреждение физического здоровья; 2) психический вред или повреждение психического здоровья; 3) собственно моральный вред; 4) психологический вред или психологические переживания (страдания) в связи с каждым из причинённых видов вреда. Таким образом, выделяются различные сферы, находящиеся в компетенции экспертов различных специальностей:

1. Судебно-медицинская экспертиза: а) Обнаруживает ли N признаки какого-либо соматического заболевания или телесного повреждения? б) Какова степень тяжести имеющегося соматического заболевания или телесного повреждения? в) Может ли имеющееся соматическое заболевание или телесное повреждение находиться в причинной связи с совершёнными в отношении N действиями (бездействием)?

2. Судебно-психиатрическая экспертиза: а) Обнаруживает ли N признаки какого-либо болезненного расстройства психической деятельности? б) Какова степень тяжести имеющегося болезненного расстройства психической деятельности? в) Может ли имеющееся болезненное расстройство

психической деятельности находиться в причинной связи с совершёнными в отношении N действиями (бездействием)?

3. Судебно-психологическая экспертиза: а) Обнаруживает ли N какие-либо психологические переживания или страдания? б) Какова степень тяжести имеющихся психологических переживаний или страданий? в) Могут ли имеющиеся психологические переживания или страдания находиться в причинной связи с совершёнными в отношении N действиями (бездействием)?

Следует отметить, что в законодательстве понятие «тяжесть телесных повреждений» включает в себя не только телесные травмы и болезни, но и психические расстройства, что определяется «Правилами судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений», утверждёнными Приказом Министерства здравоохранения Украины № 6 от 17 января 1995 г. В части установления психического заболевания компетенции разделены. Диагноз психического заболевания и причинно-следственная связь между повреждением и психическим заболеванием устанавливаются психиатрической экспертизой. А степень тяжести такого телесного повреждения определяется судебно-медицинским экспертом с учётом выводов СПЭ (п. 2.1.5 Правил).

В законодательстве указано, что при установлении степени физических и нравственных страданий необходима оценка их связи с индивидуальными особенностями лица, которому причинён вред, из чего следует вывод о необходимости проведения судебно-психологической экспертизы.

Предмет комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делам о компенсации морального вреда – определение обусловленных физическими и нравственными страданиями нарушений психического состояния пострадавшего лица, а также изменений его индивидуально-психологических, личностных свойств.

Нравственные страдания могут обуславливать у пострадавшего лица различные по степени изменения психического состояния: 1) собственно психические расстройства психогенного генеза различной степени выраженности; 2) нарушения психического состояния, вызывающие вторичные соматофизические расстройства или физические страдания;

3) сопровождающие их или самостоятельные расстройства реакций адаптации доболезненного уровня.

Физические страдания обуславливают у пострадавшего лица различные изменения психического состояния. Это могут быть вторичные реакции личности на физическое страдание, дефект или недостаток, а также вторичные психические расстройства психогенного генеза. Данный аспект является компетенцией эксперта-психиатра.

Клинико-психологические особенности нравственных и физических страданий обуславливают следующие задачи судебной экспертизы с участием психологов и психиатров:



- 1) определение психического состояния подэкспертного;
- 2) установление степени выраженности изменений психического состояния – доболезненных расстройств адаптации, реакции личности на стресс, собственно психических расстройств;
- 3) определение динамических особенностей изменений психического состояния – стойкое или обратимое, а также их длительности;
- 4) установление причинно-следственной связи между причинением вреда психотравмирующим воздействием и возникновением и развитием психических расстройств.

### **§ 1.5. Международные аспекты недееспособности**

Гражданское законодательство многих стран Европы, в том числе и в положениях относительно прав психически больных, основано на римском праве, которое уже в те времена старалось обосновать правовое положение душевнобольных. В соответствии с этим законодательством лицо, которое страдает сумасшествием, сохраняет и состояние, и своё звание, и должность, и власть, а также господство над своим имуществом. Над сумасшедшими устанавливается опека. Для признания сделки недействительной надо доказать наличие душевной болезни в момент её составления.

Расширение международных контактов требует знаний законодательства о дееспособности различных стран.

В США дееспособность определяется на основании способности лица к разумным суждениям. Диагноз психического заболевания сам по себе не означает, что больной является недееспособным. Психическое заболевание может обусловить нарушение суждений (критики), но только в определённой, специфической области, которая поражена болезненным процессом. Лицо, которое признано недееспособным, не может совершать сделки, вступать в брак, начинать процесс расторжения брака, управлять машиной, отвечать за своё имущество или работать по специальности. Вопрос о недееспособности решается на официальном заседании суда, и суд, как правило, назначает лицо, которое будет осуществлять надзор, защищая интересы больного.

В законодательстве некоторых стран выделяется понятие «завещательная дееспособность».

В США правовое понятие завещательной дееспособности определяется как наличие у наследователя достаточных психических способностей, чтобы понимать природу завещания, понимать и воссоздавать в памяти характер и состояние его или её собственности, помнить и понимать его или её отношения с его или её собственными потомками, мужем (женой), родителями и с теми, чьи интересы были затронуты завещанием. В некоторых штатах эта формула дополнена требованием, чтобы у наследователя также не было бреда или галлюцинаций, результатом которых является завещание лицом своего имущества, чтобы наследователь осознавал свои обязанности

относительно объектов своей щедрости и степень связи с ними, понимал характер, состояние и размеры собственности и т. д.

Недопустимое влияние предполагает элемент принуждения, навязывания или ограничения. Под этим понимается, что разум наследователя был подчинён разуму другого лица, свободная деятельность наследователя была разрушена другим лицом. О недопустимом влиянии, по мнению суда, могут свидетельствовать: неестественные положения в завещании; положения, которые противоречат предшествующим или последующим проявлениям намерений наследователя; отношения между наследователем и наследником, которые создают возможность осуществлять контроль над завещанием; психическое или физическое состояние наследователя, которое облегчает подавление его свободной воли; активное участие бенефициария (выгодоприобретателя) в возникновении завещания; доверительные отношения между наследователем и бенефициарием и др.

В США прецедентное право признаёт, что психическое заболевание может, но не обязательно, непосредственно ослаблять завещательную дееспособность. «Хотя наследователь должен находиться в здравом уме, либо в здравом уме и твёрдой памяти, либо иметь здравый ум и твёрдую память, которые позволяют лицу контролировать своё поведение, всё же старость или забывчивость, странности, умственная неполноценность либо состояние спутанности в разные периоды времени у стороны, выражающей в завещании свою волю, сами по себе не являются достаточными для того, чтобы служить основанием для судебного решения, что наследователь утратил завещательную дееспособность». Вместе с тем «после смерти человека легко поднимаются вопросы о его дееспособности в определённый момент в прошлом, если у него существовали определённые расстройства здоровья... Проявления недостаточной компетентности или снижение интеллекта наследователя облегчают обоснование обвинения в недопустимом влиянии». В возможности проявления недопустимого влияния играют роль также характерологические и личностные особенности наследователя: например, если он умный и имеет сильный и независимый характер, тогда доказать факт недопустимого влияния более сложно, чем в случае, если наследователь глупый и имеет пассивный, податливый характер.

В Великобритании завещания психически больных не приводят к юридическим последствиям, если только не будет установлено, что они были оформлены в период «светлого» промежутка, то есть в тот период, когда больной понимал значение своих действий.

Существует несколько правовых основ, в соответствии с которыми действительность завещания может быть обжалована. Отрицание завещания в связи с психическим заболеванием, обосновывается заявлениями, что а) у наследователя отсутствовала завещательная дееспособность в тот момент, когда завещание, которое опротестовывается, было подписано; б) получение завещания является результатом недопустимого влияния, направленного на наследователя одним или несколькими лицами.

В немецком законодательстве считаются недействительными завещания лиц, которые вследствие болезненного нарушения психической деятельности, нарушения сознания или

вследствие слабоумия не способны понимать значение гражданского акта, который составляется, и его последствий. К. Schreider считал, что для установления гражданской дееспособности нужна менее высокая сохранность личности, чем для установления уголовной ответственности, так как в гражданском процессе рассматриваются частные интересы индивидуума, в то время как в уголовных делах основой является охрана интересов общества. Закон этой страны позволяет признать сделку действительной, если психическое заболевание не носит «постоянный» характер и «психическая несостоятельность сочетается с умением рассудительно вести свои дела в определённых жизненных ситуациях». В подобных случаях допускается возможность наличия ограниченной дееспособности.

Во Франции закон предусматривает, что психически больные объявляются судом недееспособными по заявлению родственников, супруга или прокурора. Если суд удовлетворяет ходатайство заинтересованного лица, то над больным учреждается опека. Однако суд вправе отклонить заявление о признании больного недееспособным и выделить ему «советчика».

В Италии совершеннолетние лица, которые в результате хронического душевного заболевания не могут вести свои дела, объявляются судом недееспособными. Ограниченно дееспособными признаются лица, страдающие «нетяжёлой» душевной болезнью, «расточители» и алкоголики, над которыми учреждается попечительство. Они могут с помощью попечителя решать те или иные имущественные дела, осуществлять ряд гражданских прав, например, они вправе совершать сделки, приносящие правовые выгоды, но не возлагающие на них обязанности.

Таким образом, общими положениями для законодательства различных государств являются следующие:

- 1) психическое расстройство и слабоумие могут быть основанием для признания лица, которое страдает таковыми, недееспособным; это право предоставляется только суду;
- 2) не всякое психическое заболевание лишает гражданина дееспособности и вызывает необходимость в назначении над ним опеки;
- 3) во многих государствах используется понятие частичной или ограниченной дееспособности, когда лицо в связи с определёнными причинами ограничивается в своих правах.

Парламентской ассамблеей Совета Европы 8 октября 1977 г. были приняты Рекомендации 818 (1977) о ситуации с психическими заболеваниями, а 22 февраля 1983 г. Комитет министров Совета Европы принял специальные Рекомендации по правовой защите недобровольно госпитализированных лиц с психическими расстройствами (R(83) 2), в 1994 г. была принята Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе. И хотя государством – членом Совета Европы Россия стала много позже, указанные и другие последовавшие за ними документы должны приниматься во внимание как в законодательной, так и в правоприменительной практике. Учитываться должны

также Рекомендации по защите прав человека и достоинства лиц с психическими расстройствами (R(2004) 10). Как руководство к действию следует воспринимать принятую в 2005 г. Европейскую декларацию по охране психического здоровья.

### **§ 1.6. Права психически больных в странах СНГ**

Для предупреждения и устранения нарушений прав российских граждан, в том числе страдающих психическими расстройствами, находящихся на территории государств ближнего зарубежья, а также граждан государств ближнего зарубежья, оказавшихся на территории России, следует использовать возможности, которые открывает реализация положений многосторонних и двусторонних актов, заключённых в рамках СНГ.

Универсальный характер в сфере прав человека имеют Устав СНГ от 22 января 1993 г. и Конвенция СНГ о правах и основных свободах человека от 26 мая 1995 г. Основополагающим документом Союза Беларуси и России является Устав от 23 мая 1997 г.

В Конвенции СНГ о правах и основных свободах человека помимо перечня гражданских, политических и социально-экономических прав, перечисленных в ранее названных документах ООН, закреплены и гарантии, связанные с учётом особых условий СНГ: это касается, в частности, прав на социальное и медицинское обеспечение. Согласно ст. 15 в целях обеспечения эффективного осуществления права на охрану здоровья государства – участники СНГ обязуются предпринимать меры по устранению в максимально возможной степени причин ухудшения здоровья, по обеспечению консультативных услуг и учебной базы для укрепления здоровья и поощрения личной ответственности в вопросах здоровья и др. В целях эффективного осуществления права на социальную и медицинскую помощь государства «обязуются обеспечить, чтобы любое лицо, которое не имеет достаточных средств и не может добыть их своими усилиями или из других источников, в частности за счет льгот в системе социального обеспечения, получало необходимую помощь, а в случае болезни – уход, необходимый в его состоянии» (ч. 2 ст. 16).

Особо оговариваются права физически и умственно нетрудоспособных лиц на восстановление трудоспособности, профессиональную подготовку и возвращение к общественной жизни (ст. 18, 28). С этой целью государства обязуются:

а) принимать надлежащие меры по организации учебных заведений, в т. ч., в случае необходимости, государственных или частных специализированных учреждений; б) принимать надлежащие меры по трудоустройству нетрудоспособных лиц, в т. ч. по созданию специализированных служб по трудоустройству, учреждений со специальными условиями труда, и меры по поощрению работодателей в приёме инвалидов на работу.

Специальным органом по наблюдению за выполнением Конвенции является Комиссия по правам человека СНГ со штаб-квартирой в Минске. Комиссия рассматривает как запросы государств – участников Конвенции, так и индивидуальные и коллективные обращения любых лиц и неправительственных организаций по вопросам, связанным с

нарушением прав человека любой из Сторон Конвенции. Критерии приемлемости жалоб аналогичны правилам Европейского суда по правам человека. В частности, заявитель должен был исчерпать все доступные внутригосударственные средства правовой защиты, и с этого момента не должно пройти более шести месяцев. При рассмотрении вопроса Комиссия может, но не обязана заслушивать на своей сессии заявителя, обращение которого рассматривается, или его представителя. Решения Комиссии фиксируются в виде договорённостей, заключений и рекомендаций.

Право граждан государств-участников СНГ на бесплатную медицинскую помощь в необходимых объёмах гарантировано Хартией социальных прав и гарантий граждан независимых государств от 29 октября 1994 г. Такая помощь включает амбулаторно-поликлиническое обслуживание, в т. ч. визиты врача на дом, специализированное обслуживание в больницах, клиниках и вне стен этих учреждений. Государства Содружества согласно ст. 33 Хартии обеспечивают потребности населения в медикаментах и предметах ухода за больными, сохраняют льготный порядок обеспечения лекарственными средствами инвалидов и других категорий граждан в соответствии с национальным законодательством.

Другим важным международно-правовым актом Содружества является Конвенция СНГ о правовой помощи и правовых отношениях по гражданским, семейным и уголовным делам от 22 января 1993 г., именуемая часто Минской конвенцией.

Минская конвенция гарантирует, что граждане каждой из Договаривающихся Сторон, а также лица, проживающие на её территории, пользуются на территории всех других Договаривающихся Сторон в отношении своих личных и имущественных прав такой же правовой защитой, как и собственные граждане данного государства. Они имеют право свободно и беспрепятственно обращаться в суды, прокуратуру и иные учреждения, к компетенции которых относятся гражданские, семейные и уголовные дела, могут выступать в них, подавать ходатайства, предъявлять иски и осуществлять иные процессуальные действия. При этом они пользуются бесплатной юридической помощью на тех же условиях, что и собственные граждане.

Государства СНГ, участвующие в Минской конвенции, оказывают друг другу правовую помощь путём выполнения процессуальных и иных действий (составление и пересылка документов, проведение экспертизы, допрос сторон, обвиняемых, свидетелей, признание и исполнение судебных решений по гражданским делам и др.). Свидетелю, потерпевшему, эксперту запрашиваемого государства возмещаются расходы, связанные с проездом и пребыванием в запрашивающем государстве, а также неполученная заработная плата за дни отвлечения от работы; эксперт, в т. ч. и эксперт-психиатр, имеет также право на вознаграждение за проведение экспертизы.

Предусматривается, таким образом, возможность оказания правовой помощи в виде проведения экспертизы, в том числе и судебно-психиатрической (СПЭ). Минская конвенция регламентирует лишь порядок вызова эксперта в учреждение юстиции запрашивающего государства и не устанавливает правовых оснований для проведения экспертизы в экспертном учреждении запрашиваемого государства. Так, документ

специально не оговаривает возможности направления обвиняемого, например, по определению суда Украины на СПЭ в экспертное учреждение России.

Минская конвенция обязывает подписавшие её государства СНГ по просьбе друг друга пересылать без перевода и бесплатно документы, касающиеся личных или имущественных прав и интересов граждан запрашиваемого государства и иных лиц, проживающих на его территории. К таким документам можно вполне отнести и медицинскую документацию, необходимую, например, при производстве СПЭ по уголовному или гражданскому делу, когда стало известно, что подэкспертный проходил ранее лечение на территории одного из государств СНГ. В этом случае учреждение юстиции, назначившее СПЭ, оформляет соответствующий запрос в учреждение юстиции запрашиваемого государства о высылке необходимой документации. Документы, которые на территории одного из государств СНГ рассматриваются как официальные документы, пользуются на территории других государств СНГ доказательной силой официальных документов.

Правоохранительные органы на местах, а также граждане недостаточно знакомы до сих пор с положениями Минской конвенции, а некоторые вообще не знают о её существовании. Лица, в отношении которых назначена СПЭ, их представители, а также эксперты вправе в случае необходимости требовать от учреждений юстиции предоставления историй болезни и другой медицинской документации для производства СПЭ, ссылаясь на нормы данной Конвенции.

Среди гражданских правоотношений, регулируемых Минской конвенцией, важными для защиты прав лиц с психическими расстройствами являются вопросы дееспособности и опеки.

Государства СНГ договорились, что дееспособность лица определяется законодательством того государства СНГ, гражданином которого оно является. Дееспособность лица без гражданства определяется по правилам страны, в которой оно имеет постоянное место жительства. В случае же, если суду одного из государств станут известны основания для признания недееспособным проживающего на его территории лица, являющегося гражданином другого государства СНГ, он уведомляет об этом суд государства, гражданином которого данное лицо является. Если суд, получивший такое уведомление, в течение трёх месяцев не начнёт дело или не сообщит своё мнение, дело о признании лица недееспособным будет рассматривать суд того государства, на территории которого этот гражданин имеет место жительства. Решение о признании лица недееспособным направляется затем компетентному суду государства, гражданином которого лицо является. Эти положения применяются соответственно и при восстановлении дееспособности лица.

Установление или отмена опеки, правоотношения между опекуном и подопечным регулируются по законодательству государства, гражданином которого является недееспособный. Важно иметь в виду, что опекуном лица, являющегося гражданином одного государства СНГ, может быть назначен гражданин другого государства СНГ, если он проживает на территории государства, где будет осуществляться опека.

К Минской конвенции следует обратиться и в случае решения на межгосударственном уровне вопросов в сфере семейных правоотношений: применительно к условиям заключения брака, препятствиям к его заключению, признанию недействительным брака, заключённого с недееспособным, расторжению брака с лицом, признанным недееспособным.

Специальным международно-правовым актом, касающимся прав психически больных, совершивших на территории другого государства Содружества уголовно-наказуемое деяние в состоянии невменяемости, является Конвенция СНГ о передаче лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения от 28 марта 1997 г.

Передача лица для прохождения принудительного лечения в то государство, гражданином которого оно является или на территории которого постоянно проживает, осуществляется, если имеется вступившее в законную силу решение суда о применении принудительных мер медицинского характера к лицу, совершившему деяние, которое является уголовно-наказуемым по законодательству обоих государств. При этом принимающее государство должно располагать возможностью обеспечить необходимые лечение и меры безопасности. Получение согласия больного обязательно. В случае его неспособности к свободному волеизъявлению требуется согласие его законного представителя.

Заявление о своей заинтересованности в передаче вправе подать не только лицо, подлежащее принудительному лечению, или его законный представитель, но и его близкие родственники. Заявление на территории России подаётся в Генеральную прокуратуру РФ, которая затем выступает с обращением в адрес компетентного органа другого государства СНГ. Компетентный орган, в свою очередь, не позднее 40 дней принимает решение о согласии либо отказе в передаче (принятии) лица. О принятом решении в письменной форме сообщается больному или его законному представителю.

Инициатором передачи может быть как государство, судом которого вынесено решение о принудлении, так и государство, гражданином которого лицо является или на территории которого постоянно проживает.

Место, время и порядок передачи лица определяются по договорённости между Генеральной прокуратурой РФ и компетентным органом другого государства СНГ. Отказ же в принятии заявления у граждан по причине отсутствия нормативных актов в странах СНГ следует расценивать как неправомерный. Такой отказ может быть обжалован в суде.

Важно иметь в виду, что решение об отмене или изменении принудительных мер медицинского характера с учётом изменения (улучшения) психического состояния лица вправе принять как суд государства, передавшего лицо для прохождения принудительного лечения, так и суд по месту прохождения такого лечения.

## **§ 1.7. Права и обязанности опекунов**

Признав гражданина недееспособным, суд направляет своё определение органу опеки, который в течение 1 месяца (ст. 35 ГК РФ) должен подобрать и утвердить опекуна над ним.

Подготовительная работа в связи с опекой проводится обычно районным ПНД или другим учреждением (кабинетом), оказывающим в данной местности (по месту жительства пациента или в отдельных случаях – будущего опекуна) амбулаторную психиатрическую помощь. Чаще всего кандидатура опекуна подбирается из числа родственников недееспособного, давших согласие на выполнение этой обязанности. Однако не всякий желающий пригоден для этой роли. По закону опекуном не может быть лицо, не достигшее совершеннолетия, а также признанное судом недееспособным в связи с психическим расстройством. Кроме того, принимаются во внимание место жительства лица, поскольку от этого зависит возможность наблюдения за подопечным и оказания ему помощи, его материальное положение, морально-этические качества, а также отношение к данной опеке других родственников и самого больного. Взвесив все эти обстоятельства, орган опеки может отказать в утверждении данной кандидатуры или утвердить её. В случае утверждения опекуна ему выдаётся соответствующее удостоверение.

Основной обязанностью опекуна является представление и защита интересов недееспособного, что он может осуществлять без доверенности. Вместе с тем опекун подотчётен органу опеки, он должен регулярно представлять отчёты о своей деятельности, главным образом о трате средств больного. Если возникает необходимость в расходовании значительных средств подопечного, в приобретении или продаже дорогостоящих вещей, ценностей, опекун должен получить на это разрешение органа опеки. Опекун и члены его семьи не должны вступать в имущественные отношения с подопечным.

Представляя интересы больного, опекун может от его имени совершать различные сделки и гражданские акты. Однако он не может вступать в его личные, не отчуждаемые права. Так, опекун не может от лица больного участвовать в выборах, зарегистрировать брак или расторгнуть его, оформить трудовое соглашение. Помещение подопечного в психоневрологическое учреждение социального обслуживания допускается во избежание злоупотреблений только с согласия органа опеки (ст. 41 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»).

Если в процессе осуществления опеки выясняется, что опекун недобросовестно относится к своим обязанностям, использует права опекуна в корыстных интересах, орган опеки обычно по представлению учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, может расторгнуть опеку и назначить опекуном другое лицо. Для этого не требуется какого-либо вмешательства суда (если, конечно, в действиях опекуна нет состава преступления и против него не возбуждается уголовное дело). Точно так же, без участия суда, орган опеки утверждает нового опекуна, если прежний опекун в силу каких-то обстоятельств не может выполнять свои обязанности (переезд на новое место жительства, болезнь, изменение семейного положения). В случаях, когда возникают трудности с подбором и утверждением опекуна (что бывает нередко, поскольку выполнение опекунских обязанностей никак не вознаграждается), его функции может



выполнять орган опеки (ст. 35 ГК РФ). Следует сказать, что данная норма, впервые введённая в наше законодательство, имеет очень большое значение, поскольку правовое положение лица, признанного недееспособным, но не имеющего опекуна, совершенно неопределённо, так как все заключённые им сделки признаются недействительными, а без этого в обыденной жизни обойтись практически невозможно. Если же недееспособный, не имеющий опекуна, находится в лечебном учреждении или учреждении социальной защиты, то функции его опекуна (без каких-либо изъятий) может выполнять администрация этого учреждения. Данное положение впервые в действующем Кодексе четко и недвусмысленно распространено на лечебные учреждения, что позволяет, в частности, снять проблему получения пенсии недееспособных, находящихся длительное время в стационаре (например, на принудительном лечении).

Если в психическом состоянии лица, признанного недееспособным, происходят изменения, в результате которых восстанавливается его способность понимать значение своих действий и руководить ими, суд на основании соответствующего заключения судебно-психиатрической экспертизы может вновь признать его дееспособным. Такое решение суда является основанием для расторжения опеки. С заявлением о признании гражданина дееспособным могут обратиться его опекун, члены семьи, общественные организации, прокурор, психиатрическое лечебное учреждение, в котором находится или которым наблюдается данное лицо. Таким образом, закон ставит определённое препятствие перед возможностью неосновательного лишения гражданина возможности самостоятельно пользоваться своими правами.

Признание гражданина недееспособным и установление над ним опеки не всегда являются средством, позволяющим решить проблемы социального устройства лиц с психическими расстройствами, достигающими степени, соответствующей юридическому критерию недееспособности (отсутствие способности понимать значение своих действий или руководить ими). Дело в том, что, во-первых, признание гражданина недееспособным лишает его нередко возможности совершать гражданские акты, которые могут способствовать поддержанию хотя бы на сниженном уровне его социальной адаптации (поступлению на работу, вступлению в брак и т. п.). Во-вторых, установление опеки способно принести реальную пользу только в том случае, если имеется достаточно адекватная кандидатура на роль опекуна. В противном случае признание лица недееспособным лишь усугубляет его правовое положение и создаёт препятствие для использования остаточных адаптационных возможностей. Поэтому психиатрическим учреждениям следует обращаться в суд с ходатайством о признании пациента недееспособным, с одной стороны, тогда, когда без этого нельзя обойтись, а с другой – когда имеется лицо, заботящееся о больном, правильно понимающее его состояние, желающее и способное выполнять нелёгкие опекунские обязанности.

## **§ 1.8. Понятие ограниченной дееспособности**

В психиатрической литературе обсуждается введение понятия ограниченной дееспособности. Применение такой нормы позволило бы, не признавая больного totalmente недееспособным и не устанавливая над ним опеку, в то же время лишить его возможности заключения сделок в какой-то определённой сфере гражданских отношений. Потребность

в таком решении может быть вызвана тем, что в ряде случаев признание недееспособным относительно сохранного в социальном (особенно в профессиональном) отношении субъекта лишает его возможности совершения любых сделок и гражданских актов, например заключения трудового соглашения, необходимого при поступлении на работу, регистрации брака и т. п., что существенно ограничивает возможности его социальной адаптации, в то время как его болезненные (обычно бредовые) переживания прямо не связаны с этой сферой.

Хотя, как следует из сказанного, постановка вопроса об ограниченной дееспособности вследствие психического заболевания является достаточно обоснованной, этот вопрос остаётся недостаточно проработанным как в юридическом, так и в клиническом отношении, в силу чего он не нашёл ещё законодательного решения.

Вместе с тем гражданским законодательством предусмотрена возможность ограничения некоторых прав гражданина, страдающего психическим расстройством, без признания его недееспособным. Речь идёт, например, об ограничении судом родительских прав и отобрании детей (ст. 73 Семейного кодекса РФ), основанием для чего может быть подтверждённое судебно-психиатрической экспертизой психическое расстройство, препятствующее осуществлению этой функции. Важно подчеркнуть, что, хотя в таком случае дети отбираются у родителя, это не приводит к лишению его других родительских прав. Также по заключению экспертной комиссии может быть принято решение о расторжении брака в упрощённом порядке, без взимания пошлины, если будет признано, что имеющееся у лица психическое расстройство делает невозможными нормальные супружеские отношения.

### **Судебно-психиатрическая экспертиза по делам об ущемлении прав и законных интересов граждан в процессе оказания психиатрической помощи**

В последние годы, особенно после принятия Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», нередко предметом рассмотрения судами по гражданским делам являются иски граждан к психиатрическим учреждениям, связанные с различными нарушениями их прав и интересов при оказании психиатрической помощи. Обычно при этом речь идёт о таких предусмотренных законом мерах психиатрической помощи, которые применяются в недобровольном порядке или независимо от желания пациента. Наиболее часто предметом рассмотрения оказываются следующие действия психиатрической службы: психиатрическое освидетельствование лица без его согласия, недобровольная госпитализация в психиатрический стационар, установление диспансерного наблюдения вопреки желанию лица, ограничения в выполнении отдельных видов профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности (управление транспортными средствами, пользование оружием и т. п.).

При рассмотрении таких дел необходимы специальные познания в области психиатрии, в связи с чем судами обычно назначается судебно-психиатрическая экспертиза. Следует сказать, что вопросы, которые ставятся в таких случаях перед экспертами, существенно отличаются от традиционных вопросов судебно-психиатрической экспертизы, поэтому в

состав комиссии нередко приходится включать не обычных экспертов, а специалистов, занимающихся организацией психиатрической помощи, а также владеющих правовыми вопросами психиатрии.

Перед экспертами-психиатрами в таких случаях обычно ставятся вопросы о наличии или отсутствии психического расстройства, диагнозе и синдромальной квалификации состояния. Последнее при подобных экспертизах особенно важно, так как именно оценка особенностей состояния на период применения рассматриваемой меры или принятия решения об ограничениях позволяет судить об адекватности и обоснованности принятых мер или выданного заключения.

Когда обжалуется применение той или иной меры или наложение тех или иных ограничений, то по аналогии с понятиями невменяемости и недееспособности установление факта и диагноза психического расстройства условно можно обозначить как медицинский критерий; вопрос же об обоснованности принятого решения будет иметь отношение уже к юридическому критерию. В большинстве случаев здесь тоже речь идёт о степени и характере психического расстройства, о том, насколько оно поражает способность лица к адекватной оценке окружающего и своего состояния и, следовательно, к принятию осознанных решений о лечении и проведении других медицинских мероприятий (госпитализации, необходимости обращения к психиатру, диспансерного наблюдения и т. п.). Наряду с этим в отношении каждой из названных недобровольных мер предусмотрены свои специфические критерии и процедуры. При психиатрическом освидетельствовании без согласия пациента, так же как и при недобровольной госпитализации, этими критериями в соответствии со ст. 23 и 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» являются критерии, обусловленные тяжёлым психическим расстройством: а) непосредственная опасность для себя или окружающих; б) беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; в) существенный вред здоровью лица вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Для установления диспансерного наблюдения, в том числе без согласия пациента или его законного представителя, дополнительным основанием является хроническое или затяжное психическое расстройство с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (статьи 26 и 27). При принятии решения о непригодности гражданина по психическому состоянию к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности (статья 6), роль такого критерия выполняют психические расстройства, предусмотренные специальным Перечнем медицинских психиатрических противопоказаний, утверждённым Постановлением Совета Министров – Правительства РФ от 28.04.1993 г. (указанный Перечень в соответствии с вышеупомянутым Законом подлежит пересмотру не реже 1 раза в 5 лет).

Перед экспертами могут быть поставлены и вопросы, касающиеся установленной процедуры осуществления этих мер и их оформления в медицинской документации. Эти правила достаточно полно изложены в Законе и комментариях к нему.

## **Глава 2. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе при различных психических расстройствах**

### **§ 2.1. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, страдающих шизофренией**

Шизофрения – одно из наиболее распространённых психических расстройств, характеризующееся сочетанием продуктивной (галлюцинаторно-бредовой, кататонно-гебефренной, аффективной и др.) и негативной (апатия, абулия, алогия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений (памяти, внимания, мышления и др.); заболевание приводит к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям.

По данным эпидемиологических исследований, распространённость шизофрении в мире оценивают в пределах 0,8–1 %. Соотношение мужчин и женщин 1:1. Модальный возраст начала болезни для мужчин 18–25, для женщин – 25–30 лет.

#### **Классификация шизофрении по МКБ-10**

F20 Шизофрения.

F20.0 Параноидная шизофрения.

F20.1 Гебефреническая шизофрения.

F20.2 Кататоническая шизофрения.

F20.3 Недифференцированная шизофрения.

F20.4 Постшизофреническая депрессия.

F20.5 Остаточная шизофрения.

F20.6 Простой тип шизофрении.

F20.8 Другой тип шизофрении.

F20.9 Шизофрения неуточнённая.

Диагноз F20 устанавливается на основании критериев МКБ-10.

Для диагностики шизофрении необходим как минимум один чёткий симптом, принадлежащий к перечисленным ниже признакам 1–4, или два симптома, относящихся к признакам 5–9, которые должны присутствовать на протяжении не менее 1 месяца:

- 1) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их трансляция (открытость);
- 2) бред воздействия, влияния или овладения, относящийся к движениям тела, конечностей, к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;

3) галлюцинаторные голоса, комментирующие поведение больного или его обсуждающие между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;

4) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и не имеют рационального объяснения по своему содержанию;

5) постоянные галлюцинации любой сферы, сопровождаемые нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без чёткого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут проявляться ежедневно в течение нескольких недель;

6) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или разноплановости в речи; неологизмы;

7) кататонические расстройства, такие как недифференцированное, иногда стереотипное возбуждение, импульсивные действия, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор; возможны утрированная манерность, гримасничанье;

8) «негативные» симптомы, например выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; эти признаки не обусловлены депрессией или лекарственной нейролепсией;

9) значительное последовательное качественное изменение поведения, проявления этого – утрата интересов, нецеленаправленность, бездеятельность, самопоглощённость и социальная аутизация.

Состояния, соответствующие приведённым критериям, но существующие менее месяца (независимо оттого, проведено лечение или нет), необходимо квалифицировать как острое шизофреноподобное психотическое расстройство.

Продромальные явления могут предшествовать острому психотическому эпизоду на протяжении недель или даже месяцев. К продромальным симптомам относят: нерезко выраженные когнитивные нарушения, изменения моторики, отдельные расстройства восприятия, утрату интереса к работе, социальной деятельности, своей внешности, гигиеническим привычкам, что сочетается с генерализованной тревогой или лёгкой депрессией.

### **Формы шизофрении**

Параноидная форма – присутствуют галлюцинации и/или бред: галлюцинаторные голоса угрожающего или императивного характера или слуховые галлюцинации без вербального оформления, обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные ощущения;

бред преследования, воздействия, отношения, значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности. Эмоциональная сглаженность или неадекватность, кататонические симптомы или разорванная речь не должны доминировать в клинической картине, хотя они могут присутствовать в лёгкой степени выраженности.

Гебефреническая форма – обычно диагностируется в подростковом или юношеском возрасте. Характерные черты: 1) отчётливая и продолжительная эмоциональная сглаженность или неадекватность; 2) поведение, характеризующееся больше дурашливостью, чем нецеленаправленностью;

3) отчётливые расстройства мышления в виде разорванной речи. В клинической картине не должны доминировать галлюцинации или бред, хотя они могут присутствовать в лёгкой степени выраженности.

Кататоническая форма – в течение минимум 2 недель отчётливо выражены один или более из следующих кататонических симптомов: ступор или мутизм; возбуждение; застывание; негативизм; ригидность; восковая гибкость; подчиняемое^ (автоматическое выполнение инструкций). Наряду с двигательными, волевыми и речевыми расстройствами могут присутствовать изменения сознания онейроидного типа со сновидными переживаниями и отрешённостью от окружающего.

Недифференцированная форма – симптоматика или недостаточна для выявления другой формы шизофрении, или симптомов так много, что выявляют критерии более одной формы шизофрении.

Простая форма – отмечают медленное развитие (на протяжении не менее 1 года) трёх признаков: 1) отчётливое изменение преморбидной личности, проявляющееся потерей влечений и интересов, бездеятельностью и бесцельным поведением, самопоглощённостью и социальной аутизацией; 2) постепенное появление и углубление негативных симптомов, таких как выраженная апатия, обеднение речи, гипоактивность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы, бедность вербального и невербального общения; 3) отчётливое снижение социальной, учебной или профессиональной продуктивности. При этом галлюцинации или достаточно полно сформированные бредовые идеи другого вида отсутствуют.

Выделяются следующие типы течения шизофрении:

- ◆ непрерывный;
- ◆ эпизодический с нарастающим дефектом;
- ◆ эпизодический со стабильным дефектом;
- ◆ эпизодический ремитирующий.

Клиника обострения/приступа шизофрении – манифестация или усиление продуктивной психопатологической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций, нарушений мышления, часто сопровождаемых страхом, тревогой, нарастающими изменениями поведения, различными видами психомоторного возбуждения, кататонической и гебефренической симптоматикой. Следует помнить о том, что примерно у 10 % пациентов во время обострения шизофрении возможен суицид.

### **Судебно-психиатрическая экспертиза при оценке дееспособности больных шизофренией**

При проведении судебно-психиатрических экспертиз при оценке дееспособности лиц, страдающих шизофренией, учитываются как клинические и структурно-динамические закономерности развития заболевания, так и факторы, характеризующие социальное функционирование пациента. При шизофрении динамический принцип позволяет по особенностям психического состояния больного прогнозировать характер последующего течения заболевания, клинические особенности и глубину психических расстройств, возможную частоту обострений или приступов, устойчивость последующих ремиссий и структуру формирующегося дефекта.

К прогностически неблагоприятным формам течения процесса относится непрерывно текущая параноидная шизофрения. В клинической картине заболевания преобладают параноидная и галлюцинаторно-параноидная симптоматика, синдром психического автоматизма. Ремиссии отличаются непродолжительностью и низким качеством, критики к продуктивной психопатологической симптоматике не формируется. Характерным является высокий темп формирования дефекта, в клинической картине которого отмечаются выраженные негативные нарушения с эмоционально-волевыми расстройствами по типу спонтанности, эмоциональной холодности и обеднения, грубыми нарушениями мышления, в первую очередь мотивационной сферы с малопродуктивностью и паралогичностью мышления. Важнейшим для экспертизы фактором является нарушение критических и прогностических функций с неспособностью осмыслить своё состояние и сложившуюся ситуацию. Эти больные неправильно ведут себя дома, по бредовым мотивам конфликтуют с родственниками, совершают нелепые поступки, что делает совместное проживание с ними крайне затруднительным, вследствие чего они зачастую утрачивают связи с родными. Они не способны обслуживать себя, бездеятельны и безынициативны. Обычно их систематически госпитализируют в психиатрические стационары на продолжительное время; они нетрудоспособны, имеют группу инвалидности.

Вопрос о признании таких больных недееспособными возникает вследствие необходимости оформления их в учреждения социальной защиты, так как их проживание дома не всегда возможно, либо с целью защиты их имущественных интересов. Опека в этих случаях имеет положительное значение.

При приступообразно-прогредиентной шизофрении критерии дееспособности лица – способности или неспособности понимать значение своих действий и руководить ими,

зависят от формы течения процесса, характера структуры приступов, качества и продолжительности ремиссии.

Критериями возможности лица понимать значение своих действий и руководить ими являются сравнительно малая прогрессивность процесса, преобладание в структуре приступов помрачённого сознания по онейроидному типу и аффективных расстройств. В пользу сохранности дееспособности свидетельствует незначительная продолжительность приступов и построение их клинической картины по типу клише. Особое значение имеют характеристика межприступных периодов, их продолжительность, наличие или отсутствие остаточной психопатологической симптоматики, в особенности бредовых идей, их аффективная насыщенность, а также восстановление критической оценки перенесённых болезненных переживаний и ситуации в целом. При формировании устойчивой ремиссии, клиническая картина которой исчерпывается психопатоподобными и аффективными расстройствами, при отсутствии выраженных нарушений мыслительных процессов и эмоционально-волевой сферы можно сделать заключение о способности лица понимать значение своих действий и руководить ими.

Критериями неспособности понимать значение своих действий и руководить ими у лиц с приступообразно-прогрессивной формой течения процесса являются затяжной характер приступов с преобладанием стойких бредовых расстройств, определяющих неправильное поведение больных, снижение продолжительности и качества ремиссий, стойкое нарастание социальной дезадаптации с утратой трудоспособности и контактов с родственниками.

В.В. Горинов (1979) указывает, что наибольшее число гражданских споров, которые разрешаются в судебном порядке и при которых особенно нежелательно решение вопроса о «тотальной» недееспособности, касается брачно-семейных отношений. J. Fiutowski (1976) подчёркивает, что лишение дееспособности должно быть исключительной формой помощи психически больным при совершении ими правовых действий и поэтому необходимо создать более общие формы такой помощи. Заключение о том, что больные не могут понимать значение своих действий и руководить ими, «тотальная» недееспособность с учреждением опеки, как показывает катамнез, не всегда оправдана, так как может способствовать срыву компенсаторных образований, оказывать депримирующее влияние на относительно сохранённых в социальном отношении больных или даже вызывать психогенно спровоцированную декомпенсацию.

### **Судебно-психиатрическая экспертиза больных шизофренией, совершивших сделки**

С учётом выраженности и остроты психопатологических расстройств, наличия негативной симптоматики на момент совершения сделки выделяют две основные группы больных шизофренией: 1) больных с резидуальной шизофренией (F20.5) и больных с шизотипическим расстройством (F21); 2) больных с параноидной шизофренией (F20.0).

Резидуальная шизофрения проявляется изменениями личности в виде снижения побуждений, когнитивных нарушений и социальной изоляции.



Для шизотипического расстройства характерны эксцентрическое поведение, нарушения мышления и эмоций, напоминающие таковые при шизофрении.

Экспертная оценка в отношении подобных лиц бывает различной и представляет наибольшую сложность. У под-экспертных с резидуальной формой шизофрении и шизотипическим расстройством клиническая картина проявляется истерической (демонстративной, диссоциативной), ипохондрической и аффективной патологией. Лица совершают имущественные сделки по реальным мотивам, с соблюдением своих имущественных интересов. При проведении судебно-психиатрической экспертизы в таких случаях учитывается совокупность клинических, социальных и психологических критериев. Из клинических критериев выделяют способность критически оценивать своё состояние и сложившуюся ситуацию, прогнозировать последствия сделки, а также степень выраженности негативных расстройств. Из социальных факторов большое значение нужно придавать оценке уровня социальной адаптации подэкспертных, их социальному поведению и фактической адаптации, состоянию компенсации. Анализ психологических факторов указывает на сохранность подэкспертным понимания правовой ситуации.

Экспертное заключение о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими связано с невозможностью адекватно осмысливать объективную реальность, учитывать юридически-правовые последствия сделки, прогнозировать её последствия.

Для галлюцинаторно-параноидной формы характерны бред и галлюцинации, другие позитивные симптомы либо менее существенны, либо отсутствуют вообще. На момент совершения сделки у больных в клинической картине преобладают галлюцинаторные и параноидные расстройства с бредовой интерпретацией обстоятельств, связанных с возникновением имущественного спора. Критериями невозможности понимать значение своих действий и руководить ими являются наличие выраженных нарушений мышления в виде непоследовательности, малопродуктивности, амбивалентности, расстройств эмоционально-волевой сферы – неадекватность, спонтанность, а также явное снижение критических и прогностических функций.

У больных приступообразно-прогредиентной шизофренией «делкоспособность» может различаться в зависимости от того, находится ли больной в состоянии приступа или в ремиссии. Во время приступа поведение пациентов зачастую определяется имеющейся психопатологической симптоматикой, и сделки совершаются по болезненным (депрессивным или бредовым) мотивам в ущерб их интересам. О «несделкоспособности» свидетельствует грубое нарушение критических функций. Однако в ремиссиях благоприятных форм течения шизофрении с инкапсулированной рудиментарной симптоматикой, при незначительной выраженности негативной симптоматики подэкспертные могут понимать значение своих действий и руководить ими.

При злоупотреблении больных шизофренией психоактивными веществами и алкоголем их способность понимать значение своих действий и руководить ими при совершении сделок снижается. Алкоголизация утяжеляет течение шизофренического процесса за счёт усложнения структуры приступов, снижения качества ремиссии, ухудшения социальной

адаптации. Имущественные сделки совершаются такими больными в период ремиссии и наносят им существенный материальный ущерб (неравнозначный обмен, утрата единственного места проживания и т. п.).

Оценка глубины эмоционально-волевых расстройств, нарушения критических и прогностических способностей, морально-этического снижения даёт возможность вынести заключение о невозможности подэкспертными понимать значение своих действий и руководить ими даже в состоянии ремиссии. Также нужно учитывать невозможность правильно оценивать не только формальные, но и юридически-правовые последствия совершённой сделки, а также эмоционально-волевые нарушения в виде аспонтанности, внушаемости, расстройства мышления, снижения критических способностей.

В условиях психотравмирующей ситуации динамика состояния больных шизофренией может быть неблагоприятной, проявляться расширением и углублением ипохондрических расстройств, их трансформацией в бредовые идеи, нарушением критических способностей, формированием эмоционально-волевого дефекта. В подобных случаях выносится решение о невозможности больными понимать значение своих действий и руководить ими.

## **§ 2.2. Судебно-психиатрическая экспертиза дееспособности лиц с органическими психическими расстройствами**

В практике судебно-психиатрической экспертизы при решении вопроса о недееспособности лиц с органическими психическими расстройствами выделяют две группы больных. В первую группу включены лица, у которых степень выраженности психических расстройств достигла слабоумия. В соответствии с МКБ-10 психические расстройства первой группы классифицируются как деменция при болезни Альцгеймера (F00), сосудистая деменция (F01), деменция в связи с травмой головного мозга (F02.8 x 0), сенильная деменция (F03.2), деменция в связи со смешанным заболеванием (F02.8 x 8), деменция в связи с другими заболеваниями (F02.8 x 7).

У больных, страдающих различными формами слабоумия, в отношении которых выносится решение о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими, клиническая картина характеризуется глубоким оскудением всей психической деятельности. Отмечаются грубые нарушения интеллектуально-мнестических процессов, обеднение эмоционально-волевой сферы и индивидуально-личностных особенностей, что сопровождается утратой способности к приобретению новых знаний и их практическому применению, а также к использованию имеющихся запасов прошлых знаний и опыта. У этих больных нарушаются адаптационные механизмы, отмечается регресс приспособительных форм поведения с утратой адекватных межличностных отношений. Они не могут целостно оценивать ситуацию, а улавливают лишь отдельные детали обстановки, не могут перерабатывать и систематизировать получаемую информацию, делать адекватные выводы.

Характерно, что на фоне общего снижения индивидуальности заостряются отдельные, ранее свойственные больным характерологические черты, например категоричность, властность, настойчивость, а также появляются такие качества, как подозрительность, недоверчивость, мелочность.

У больных с сосудистой деменцией преобладают парциальные формы слабоумия. Глубину психических расстройств отражает нарастающая дезадаптация с нарушением адекватных механизмов установления межличностных отношений и поведения. Ввиду интеллектуально-мнестического снижения эти больные не могут использовать свой прежний опыт и прибегают к конкретно-ситуативным решениям. Несмотря на наличие внешне сохранного «фасада», при котором остаются отдельные привычные, ставшие шаблонными суждения, создающие впечатление об относительной сохранности их психических способностей, такие больные не могут понимать значение своих действий и руководить ими.

Во вторую группу включены больные, у которых степень выраженности психических расстройств не достигла слабоумия. В соответствии с МКБ-10 психические расстройства у них классифицируются следующим образом: органическое бредовое расстройство (F06.2), органическое расстройство личности и поведения (F07.0), постконтузионный синдром (F07.2).

У больных второй группы с органическим бредовым расстройством, сочетающимся с интеллектуально-мнестическим снижением, нарушение адаптации зависит от фабулы и остроты бреда, аффективной насыщенности бредовых переживаний, а также от выраженности их влияния на поведение больного. В бредовых идеях находят отражение возрастные особенности, им присущи конкретность и обыденность содержания («малый размах»), связь с реальной ситуацией, направленность на лиц ближайшего окружения, часто определяющие неправильное поведение в отношении родственников, конфликты с ними, что резко нарушает уровень социальной адаптации, приводит к неправильным поступкам, является причиной госпитализации в психиатрические больницы. Наличие стойкого бредового синдрома в сочетании с когнитивными расстройствами, нарушением социальной адаптации определяет у этих больных экспертное решение об их неспособности понимать значение своих действий и руководить ими.

У больных с выраженным психоорганическим синдромом интеллектуально-мнестическое снижение часто сочетается с эмоционально-волевыми расстройствами. Регресс со стороны интеллектуальной деятельности у них происходит неравномерно – прежде всего, страдают навыки, приобретённые более поздно, тогда как старые сохраняются дольше. Аффективные реакции у больных лабильны, легко сменяются под влиянием незначительных факторов; наблюдается повышенная раздражительность с эксплозивностью и истощаемостью. На фоне черепно-мозговых травм и прогрессирующей сосудистой патологии у этих больных легко формируются сверхценные идеи, в которых отражаются конкретные переживания, связанные с психогенией. С учётом глубины нарушений интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых функций, выраженности изменений личности, социальной дезадаптации экспертной

комиссией должно выноситься заключение о неспособности этих больных понимать значение своих действий и руководить ими.

Экспертное решение о способности лица понимать значение своих действий и руководить ими выносится в случае, если у больного выявляются умеренные психоорганический и психопатоподобный синдромы с депрессивными и ипохондрическими реакциями. В условиях психогенно-травмирующих ситуаций у них могут отмечаться состояния декомпенсации, которые проявляются депрессивным фоном настроения, заострением присущих характерологических особенностей, таких как раздражительность, вспыльчивость, подозрительность, неуживчивость, конфликтность. В этот период наблюдаются временное углубление интеллектуально-мнестических расстройств, неполное осмысление своего болезненного психического состояния.

Однако даже на фоне описанного состояния больные не теряют ориентировки в вопросах практической жизни, сохраняются социальные контакты и частичная трудоспособность.

В ряде случаев у больных с умеренно выраженным психоорганическим синдромом, не препятствующим, однако, некоторой социальной адаптации, возможно экспертное решение о дееспособности с рекомендацией попечительства в форме патронажа.

Таким образом, к обобщающим клиническим признакам, указывающим на неблагоприятный характер психического расстройства, независимо от его нозологической формы, следует отнести давность и продолжительность психического заболевания при значительной степени его прогрессивности, тенденцию к безремиссионному течению с нарастанием признаков дефекта или церебрально-органической симптоматики с явлениями интеллектуального снижения и изменениями личности по органическому типу; нестабильность психического состояния со склонностью к частым обострениям или состояниям декомпенсации, что является причиной повторных и длительных госпитализаций с явлениями социальной дезадаптации в форме «госпитализма». Среди других клинических характеристик психического заболевания с неблагоприятным течением и прогнозом особое значение имеют: инертность и актуальность остаточной симптоматики, определяющей болезненную мотивацию поведения; отсутствие критики к своему болезненному состоянию и осознанию своей изменённости; резистентность к терапии; осложнение основного психического заболевания алкоголизмом и употреблением психоактивных веществ, а также присоединением или обострением хронических соматических заболеваний; неуклонное нарастание личностных изменений с формированием устойчивых асоциальных форм поведения.

При судебно-психиатрической оценке дееспособности в основу экспертной оценки должны быть положены следующие факторы, рассматриваемые в совокупности: глубина и выраженность психических расстройств, структурно-динамические особенности церебрально-органической патологии. Больные с различными формами слабоумия не могут понимать значение своих действий и руководить ими, нуждаются в учреждении опеки, так же как и больные с психическими расстройствами, не достигающими

слабоумия, при неблагоприятном сочетании бредовых расстройств и выраженного психоорганического синдрома со значительным психическим дефектом.

При установлении опеки должны учитываться и особенности социального функционирования, такие социальные критерии, как трудоспособность, семейное положение, уровень и характер внешних контактов, склонность к общественно опасным действиям.

### **§ 2.3. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с органическими психическими расстройствами, совершивших сделки**

Лица с органическим поражением головного мозга, совершившие имущественные сделки, представляют собой разнородную группу. Решение о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими на момент совершения сделки выносится в соответствии с особенностями клинической картины, которая может характеризоваться в рамках хронического психического расстройства или временного психического расстройства: 1) органические психические расстройства с выраженными изменениями психики, с проявлениями лакунарного слабоумия и с психотическими расстройствами; 2) состояния декомпенсации органического психического расстройства, связанной с психотравмирующей ситуацией и дополнительными психогенными вредностями.

У лиц, в отношении которых выносилось решение о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими, преобладают синдромы, свидетельствующие о глубоком уровне поражения. К ним относятся: тотальная деменция, парциальная деменция, выраженный психоорганический синдром, сочетание выраженного психоорганического синдрома с галлюцинаторным и параноидным синдромами, а также сочетание психопатоподобного синдрома с депрессией.

Среди социальных характеристик этих больных можно выделить низкий образовательный уровень, нарушение трудовой адаптации и наличие группы инвалидности по психическому заболеванию. Уровень социальной адаптации в соответствии с личностными установками и клинической картиной заболевания может быть использован в качестве дополнительного критерия, свидетельствующего о глубине психических нарушений в период заключения сделки.

Многие больные в период, предшествующий заключению сделки, подвергаются воздействию совокупности неблагоприятных психогенных и экзогенных факторов. Психотравмы и систематическая алкоголизация являются факторами, утяжеляющими течение органического психического расстройства.

Таким образом, наиболее распространёнными состояниями лиц с органическими психическими расстройствами, при которых лицо не способно понимать значение своих действий и руководить ими при совершении сделки, являются деменция различного генеза, органическое бредовое расстройство, состояния декомпенсации органического психического расстройства.

Клиническая картина деменции проявляется выраженным интеллектуально-мнестическим снижением, когнитивными нарушениями, эмоциональными расстройствами, депрессивным или эйфорическим фоном настроения. Характерно грубое нарушение критических и прогностических функций; больные не полностью понимают характер и юридические последствия совершённой ими сделки и беспомощны.

Для решения экспертных вопросов основное значение имеет степень выраженности ведущего синдрома и его влияние на поведение лица в юридически значимой ситуации.

У больных с проявлениями парциального сосудистого слабоумия в период совершения сделки выявляются умеренно выраженные когнитивные расстройства: снижение памяти, конкретность и обстоятельность мышления, нерезко выраженные эмоционально-волевые нарушения, заострение личностных особенностей. Однако у них отмечаются трудности при усвоении новых сведений, снижение возможности ориентироваться в сложных нестандартных ситуациях. При заключении сделок занимают пассивную позицию, подписывают подготовленные другими лицами документы, в которых не могут разобраться в силу имеющихся психических нарушений. Поскольку ситуацию сделки следует рассматривать как сложную, нестандартную и психотравмирующую, требующую от её участников определённых интеллектуальных и эмоциональных ресурсов, способность совершать сделки должна определяться не только возможностью ориентации в привычных бытовых условиях, но и способностью к пониманию новых нестандартных условий, усвоению нового материала.

Судебно-психиатрическая экспертиза по факту признания сделки недействительной проводится и в отношении лиц, у которых на период заключения сделки отмечаются органические психозы – органическое бредовое расстройство, пресенильные психозы, органический галлюциноз, органический параноид.

Указанные расстройства исключают способность больных понимать значение своих действий и руководить ими даже при внешне адекватной мотивированности их поступков.

Экспертная оценка лиц с ранним органическим поражением головного мозга чаще проводится в отношении лиц, являющихся воспитанниками учреждений социальной защиты. Имеющиеся у них когнитивные и эмоционально-волевые нарушения в сочетании с особенностями воспитания в условиях изоляции существенно снижают адаптационные возможности, у них отсутствуют стойкие социальные связи и поддержка родственников.

При определении способности лиц с психическими расстройствами совершать сделки оценке подлежит степень выраженности психических нарушений, влияющих на поведение в социальной ситуации. В тех случаях, когда изменения не тотальны и не глубоки, но выражены настолько, что больной не способен понимать значение своих действий и руководить ими в юридически значимой ситуации, выносится заключение о влиянии психических расстройств на принятое решение в отношении сделки.

## **§ 2.4. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ и нехимическими зависимостями**

Ниже описываются аддиктологические симптомы, симптомокомплексы и состояния, которые являются неотъемлемыми составляющими основных аддиктологических синдромов – психофизической зависимости, изменённой реактивности и последствий. Выполненные в последние годы исследования доказали правомочность объединения по целому ряду ключевых позиций указанных синдромов, определяющих клинику зависимости, как химической (ЗХ), так и нехимической (ЗН). Установлено, что клинико-феноменологические проявления ЗХ и ЗН имеют сущностное сходство, что доказывает родство (клиническое и патогенетическое) этих форм зависимости.

1. Формы потребления: частота, обстоятельства и мотивация приёма одурманивающих веществ (наркотических, лекарственных средств с немедицинской целью, алкоголя) или выполнения действия, являющегося объектом зависимости (кража при kleptomании, поджог при пиромании, азартная игра при игровой зависимости и т. д.).

1.1. Эпизодическая форма потребления вещества/осуществления действия представлена отдельными несистематизированными эпизодами. Наблюдается при социокультурально санкционированных случаях употребления психоактивных и одурманивающих веществ (алкоголь, чай, кофе, табак), разрозненных случаях социально и уголовно запрещённого применения наркотических средств (гашиша, опия, ЛСД и т. п.), отдельных эпизодах осуществления действия, обладающего психотропным для данного субъекта эффектом (азартная игра, езда на высокой скорости, пользование Интернетом и т. д.). Эпизодическая форма осуществляется здоровыми с точки зрения аддиктологии людьми. Эпизодическое употребление алкоголя, наркотических веществ или осуществление действий, обладающих психотропным для данного субъекта эффектом, носит ритуальный характер, собственной мотивационной установки не имеет, а лишь является сопроводительным ритуалом различных форм и ситуаций общения, проведения досуга. Эпизодическое употребление связано с микросоциальными и социопсихологическими факторами и диктуется внутригрупповыми законами, ценностями и стилем поведения.

1.2. Изменённые (осложнённые) формы потребления связаны с изменением частоты, мотивации и обстоятельств приёма психоактивных веществ или осуществления действия, сопровождаемого психотропным эффектом. При этом поведение уходит от изначальных социально-психологических условий и диктуется законами болезни. Как правило, выпадает ситуация общения, что сопровождается переходом к одиночному потреблению/осуществлению. Выделяют следующие изменённые формы потребления:

◆ систематическая: регулярное, практически непрерывное потребление одурманивающих веществ или осуществление действия;

◆ периодическая (запой при алкоголизме, цикл при эфедроновой наркомании, игровой «запой» при игровой зависимости и т. д.). Принято разделить алкогольный запой на два вида – истинный и ложный. Ложный запой (псевдозапой) – это периодическое

многодневное употребление алкоголя, дебютирующее под влиянием определённой ситуации (зарплата, неприятность и т. п.) и прерывающееся внешними обстоятельствами (скандал, привод в милицию, неприятность на работе, отсутствие денег и т. п.). Истинный запой-аутохтонно, под влиянием компульсивно или импульсивно актуализирующегося влечения периодически возникающее пьянство, купируемое спонтанно вследствие нарастающей интолерантности, непереносимости алкоголя. Схожая систематика уместна и для неалкогольных вариантов периодического потребления психоактивных веществ/осуществления действий, обладающих психотропным эффектом.

2. Толерантность: способность переносить введение дозы алкоголя, наркотического вещества, осуществление действия, сопровождаемого психотропным для данного субъекта эффектом, с сохранением нормального функционирования, без развития защитных и грубо патологических реакций. Толерантность определяется по максимальной переносимой дозе, при этом понятие «доза» является прямым для ЗХ и косвенным (включающим экспозицию осуществления действия, степень риска, размер финансовых затрат и т. д.) для ЗН. В широком смысле различают толерантность поведенческую и функциональную («тканевую», «системную»).

Поведенческая толерантность тесно связана с понятием ситуационного контроля и проявляется способностью произвольно контролировать внешние проявления состояния, возникающего при приёме психоактивного вещества или осуществления действия, являющегося объектом зависимости.

Функциональная толерантность отражает собственно тканевые биохимические механизмы и проявляется в необходимости повышать со временем дозу ксенобиотика для достижения качественно одного и того же эмоционального состояния.

Понятие «толерантность» предусматривает разделение на физиологическую (у здорового человека) и изменённую (при развитии зависимости).

2.1. Физиологическая толерантность представляет собой индивидуальную переносимость психоактивных веществ или осуществления действия, сопровождаемого для данного субъекта психотропным эффектом, определяемую по максимальной дозе, не вызывающей развития защитных и грубо патологических реакций. Этот вид толерантности связан с возрастом, полом, индивидуальными биологическими и психологическими качествами.

2.2. Изменённая толерантность. Динамические особенности изменения толерантности являются одним из осевых симптомов зависимости:

♦ рост толерантности, характерный для I стадии наркомании и алкоголизма, представляет собой закономерное увеличение потребляемой дозы для достижения эффекта психического комфорта. При злоупотреблении опиатами возрастание дозы происходит за 2–4 недели, стимуляторами за 1–2;



◆ плато толерантности, характерное для II стадии ЗХ, представляет собой максимально переносимую дозу ксенобиотика, необходимую для достижения психофизического комфорта, и включает в себя следующие признаки: развитие состояния опьянения только от больших доз, употребление максимальных доз ксенобиотика как одномоментно (разовая толерантность), так и в течение суток (суточная толерантность). Установившаяся доза является стабильной, существенно не меняясь на протяжении определённого достаточно длительного отрезка времени. Для барбитуратов плато толерантности превышает исходную физиологическую переносимость в 5-10 раз, для алкоголя – в 8-10 раз, для седативных препаратов – в 8-12 раз, а для опиатов – в 100–200 раз;

◆ падение толерантности как один из признаков III стадии ЗХ представляет собой существенное снижение максимально переносимой дозы ксенобиотика. Исключение составляет так называемое «омоложение» – резкое снижение потребляемой дозы вследствие медикаментозного лечения.

Следует отметить существенное отличие ЗХ и ЗН: при развитии нехимической зависимости плато толерантности, а тем более её снижения, как правило, выявить не удаётся, характерным является её неуклонное повышение. Ограничения в осуществлении действия – объекта зависимости – связаны не с интолерантностью, а с сугубо ситуационными ограничивающими факторами.

3. Защитные реакции (знаки): соматические и вегетативные признаки, свидетельствующие о том, что доза наркотических веществ, алкоголя или дополнительно задействованных вследствие осуществления действия – объекта зависимости – нейромедиаторов (катехоламинов, серотонина, эндорфинов) превысила физиологическую толерантность.

3.1. Специфические защитные реакции характерны для ЗХ: наиболее показательными являются защитные знаки при алкоголизме, опийной наркомании и барбитуратизме:

- ◆ алкогольные – рвота;
- ◆ опийные – зуд кожи лица, заушной области, поверхности шеи и верхней трети груди;
- ◆ барбитуровые – икота, профузный пот, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота и головокружение.

3.2. Неспецифические защитные реакции: слабость, утомлённость, тошнота, рвота, сосудистые вегетативные проявления (озноб, боли в сердце, кожно-мышечная гиперестезия). Встречаются при различных формах интоксикации (например гашишной или эфедроновой) и при возрастании экспозиции осуществления действия – объекта ЗН. Внесение их в группу защитных обусловлено непреложной динамикой: с переходом к регулярной интоксикации/осуществлению действия, сопровождаемого психотропным эффектом, эти знаки исчезают.

Исчезновение защитных реакций – симптом, свидетельствующий об адаптации организма к высоким дозам психоактивных веществ/действий, при которой прежние дозы

не являются токсичными и не требуют защитных реакций. Этот симптом служит демаркационной линией при оценке стадии заболевания.

4. Формы опьянения (психотропного эффекта для ЗН): комплекс психических, поведенческих и соматоневрологических проявлений, развивающихся вследствие приёма психотропных веществ/осуществления действий.

Изменённая форма – нарушение соотношения и проявлений отдельных компонентов классического варианта психотропного действия от соответствующего вещества/осуществления действия, или появление несвойственных ему качеств и компонентов, или изменение его динамики. Симптом входит в структуру синдрома изменённой реактивности. Развивается на фоне уже существующих компонентов основного синдрома: при систематической форме потребления, сформированной высокой толерантности и исчезновении защитных реакций.

Для ЗХ: трансформация опьянения наркотиками в своём развитии проходит три этапа. На первом из них сначала ослабевает, а затем исчезает соматовегетативный компонент интоксикации. Так, при злоупотреблении стимуляторами исчезает тахикардия, при наркотизации кодеином нивелируется подавление кашлевого рефлекса, при опиизме исчезает стимуляция моторики кишечника, и т. п. На втором этапе трансформируется интенсивность эйфории, что проявляется в необходимости повышения дозы для достижения прежней интенсивности переживаний. При этом качество и фазность эйфории остаются неизменными. На третьем этапе уже невозможно достичь прежней интенсивности эйфории даже при использовании максимальных доз наркотика. При этом качественно изменяются фазы эйфории, поскольку собственно эйфория уже недостижима, тонизирующий (стимулирующий) эффект наркотика постепенно исчезает, а на первый план выступает его способность лишь нормализовать состояние. Такого рода динамика характерна практически для всех видов наркотических веществ, но наиболее выражен этот эффект при злоупотреблении седативными веществами (исчезновение собственно седативного действия при сохранении стимулирующего). При злоупотреблении алкоголем, седативными и психоделическими веществами изменённые формы опьянения могут проявляться амнезиями, что не свойственно интоксикации опиатами. По мере развития наркотизации мнестические нарушения развиваются при меньших дозах наркотика. При злоупотреблении алкоголем и барбитуратами мнестические расстройства начинаются с палимпсестов – невозможности последующего воспроизведения отдельных эпизодов и деталей событий, как правило, финальной части опьянения, тогда как общая фабула происшедшего сохраняется.

Для ЗН: симптом состоит в том, что осуществление действия – объекта зависимости в прежнем виде уже не доставляет пациентам прежних ощущений: угасает первичный психотропный эффект. Эмоциональное напряжение, эйфория становятся более «тусклыми», что сопровождается трансформацией действия (как правило, с увеличением степени отклоняемости поведения, часто – с возрастанием доли риска) для достижения прежнего состояния. В отличие от ЗХ, характерной динамики симптома (снижение выраженности соматовегетативного компонента интоксикации – угасание эйфории – исчезновение эйфории) не наблюдается.

## 5. Патология влечения встречается в двух формах:

5.1. Обсессивное (психическое) влечение – трудноодолимое психическое стремление к приёму наркотика/осуществлению действия. Выражается в постоянных мыслях о психоактивном веществе/действии, подъёме настроения даже в предвкушении приёма/осуществления и, наоборот, подавленности и неудовлетворённости при отсутствии этой возможности. Это влечение может провоцироваться специфическими триггерами (имеющими прямое отношение к приёму психоактивных веществ/осуществлению действий: встреча с другим субъектом зависимости, разговор на тему потребления, просмотр фильма и т. д.) и неспецифическими (стрессорными, метеорологическими, сексуальной депривацией и т. д.). Влечение, как правило, существенно редуцируется вследствие конфликта, непосредственно связанного с наркотизацией/осуществлением действия, в то время как конфликт, не имеющий отношения к этой сфере, может обострять влечение. Психическое влечение сопровождается борьбой мотивов, что в сочетании с навязчивыми мыслями о наркотике/действии позволяет определить его как обсессивное.

5.2. Компульсивное (физическое) влечение проявляется в непреодолимом стремлении к наркотизации/осуществлению действия, причём степень выраженности этого влечения достигает витального уровня, конкурирует с истинными витальными влечениями, которые блокируются. От обсессивного влечения компульсивное отличается значительно большей интенсивностью, способностью полностью поглощать сознание больного, не оставляя места для других переживаний и представлений. Компульсивное влечение определяет не только фон настроения, но и поведение больного, подавляя контроль и конкурентные поведенческие мотивы, в силу чего борьба мотивов исчезает. Помимо этого, компульсивное влечение часто сопровождается выраженной вегетативной стигмацией в виде гипертензии, тахикардии, мидриаза, гипергидроза, гиперрефлексии, тремора и пр. (эта стигматизация объясняется объективно подтверждёнными нейромедиаторными изменениями, в первую очередь – увеличением содержания катехоламинов). По условиям возникновения выделяют два вида компульсивного влечения: эпизодное и внеэпизодное:

◆ эпизодное компульсивное влечение клинически выражается в непреодолимом стремлении увеличить количество потребляемого наркотика («добавить»), которое появляется после достижения определённого уровня опьянения, или продолжать осуществление действия – объекта зависимости после достижения его психотропного эффекта. Реализация эпизодного компульсивного влечения, как правило, сопровождается симптомом, который носит название «утрата количественного контроля». Он наблюдается как при употреблении психоактивных веществ (реже встречаясь при приёме психоделических препаратов), так и при осуществлении действия – объекта зависимости (в частности, при игровой зависимости этот симптом проявляется исчезновением способности контролировать финансовые расходы на азартную игру и продолжительность её осуществления). По мере прогрессии болезни к этому симптому присоединяется симптом утраты ситуационного контроля (невозможность адекватно оценивать место, время и обстоятельства наркотизации/осуществления действия). Симптом утраты контроля имеет существенное значение в терапевтической практике, поскольку его проявления часто являются первой (в ряде случаев – единственной) жалобой больного при

обращении к врачу, его выявление и обсуждение часто является первым шагом преодоления анозогнозии и формирования комплаенса;

◆ внеэпизодное компульсивное влечение по определению входит в структуру абстинентного синдрома, сочетаясь с другими симптомами, отражающими психическое перевозбуждение и напряжение.

6. Способность достижения состояния психического и/или физического комфорта в состоянии интоксикации/ при осуществлении действия – объекта зависимости.

6.1. Психический комфорт при реализации патологического влечения характеризуется двумя признаками. Первый заключается в том, что этот симптом не является эйфорией, поскольку представляет собой не переживание удовольствия, а уход от дискомфорта. Главное отличие рассматриваемого состояния от психического комфорта у здоровых лиц состоит в том, что зависимые больные испытывают его исключительно при реализации влечения, а невозможность реализации вызывает психический дискомфорт. Вторым признаком – способность восстанавливать нарушенные психические функции при реализации влечения. Классическим примером является тот факт, что больные хроническим алкоголизмом в состоянии опьянения показывают более высокие результаты при тестировании, чем здоровые люди в аналогичной интоксикации, тогда как результаты тестирования трезвого больного алкоголизмом и здорового испытуемого в состоянии опьянения сопоставимы. Таким образом, наркотическое вещество/осуществление действия становятся необходимым условием нормального психического функционирования больного.

6.2. Физический комфорт в состоянии интоксикации/при осуществлении действия – объекта зависимости появляется практически одновременно с развитием компульсивного влечения и предшествует формированию абстинентного синдрома. Клинической сутью этого симптома является то, что для поддержания приемлемого функционального уровня общей жизнедеятельности необходима реализация патологического влечения.

7. Симптом дискомфорта вне состояния интоксикации/ вне осуществления действия – объекта зависимости.

7.1. Симптом психического дискомфорта вне реализации патологического влечения заключается в развитии своеобразных психических нарушений в виде эмоционального напряжения, раздражительности, депрессивных реакций с идеями самообвинения, дисфорических состояний, несобранности, сниженной работоспособности, повышенной отвлекаемости. Эти проявления купируются приёмом наркотического вещества, алкоголя или осуществлением действия – объекта зависимости.

7.2. Симптом физического дискомфорта вне реализации патологического влечения заключается в ощущении соматического неблагополучия, купируемого только приёмом наркотика/осуществлением действия – объекта зависимости.

## **Опьянение**

При приёме психоактивного вещества здоровым в наркологическом смысле человеком возникает реакция, имеющая психопатологическое содержание. Его лишён эффект осуществления действия (которое в последующем станет объектом зависимости) здоровым человеком: не может быть психопатологически интерпретирован эффект пользования Интернетом, управления машиной на высокой скорости, азартной игры здоровым человеком; психопатологическое содержание в этих случаях появляется при развитии болезни (ЗН). В силу сказанного далее будет описываться опьянение при приёме психоактивных веществ.

Опьянение (острая интоксикация) – типичная патологическая реакция, возникающая на приём одурманивающих средств (алкоголя, каннабиоидов, опиатов, седативных препаратов и пр.). По структуре представляет собой сложный синдром, состоящий из психических, неврологических, вегетовисцеральных и соматических симптомов, выраженность и динамические взаимоотношения которых изменяются в зависимости от этапа интоксикации (начало, максимальная выраженность, редукция).

В МКБ-10 диагноз общих проявлений острой интоксикации вследствие употребления психоактивных веществ (F1x.0) базируется на следующих критериях:

- ◆ точные сведения о приёме одного или нескольких психоактивных веществ в дозе достаточной, чтобы вызвать состояние интоксикации;
- ◆ наличие характерных для данного вещества симптомов, сопровождающихся выраженными нарушениями сознания, когнитивных функций, восприятия, аффекта или поведения;
- ◆ имеющиеся симптомы невозможно объяснить наличием независимой от употребляемого психоактивного вещества соматической патологии или иного психического расстройства.

### **Психический компонент опьянения. Аффективные расстройства**

Эйфория при наркотическом опьянении представляет собой сложный феномен, состоящий не только из собственно подъёма настроения, но и своеобразных соматовегетативных проявлений, за счёт которых в немалой степени достигается положительный эмоциональный сдвиг. В качественном отношении это состояние разнится в зависимости от приёма того или иного наркотического вещества. Так, при употреблении алкоголя или барбитуратов эйфория имеет наиболее простую структуру и представлена исключительно положительным эмоциональным компонентом.

Немногим от описанного отличается и эйфория при употреблении стимуляторов: помимо ощущения общего интеллектуального подъёма и своеобразного чувства «просветления», могут присутствовать элементы агитации и гиперреактивность. При этом собственно радостное настроение отступает на второй план. При опьянении энтактогенами («экстази», MDMA) в структуре эйфории преобладает чувство эмоциональной близости и любви к окружающим (гипертрофированная эмпатия) в

сочетании с ощущением покоя и удовлетворённости, а также повышенной потребностью в физической активности. Опийное опьянение характеризуется чувством блаженства и необычно острого соматического наслаждения («приход», первая фаза эйфории), эмоциональной релаксации и седации («волокуша», вторая фаза эйфории). Это состояние, как и в случае гашишного опьянения, можно прервать волевым усилием, тогда как алкогольная и барбитуровая эйфория лишь в какой-то степени регулируются волевыми механизмами, а эйфория, возникающая при приёме психодислептиков, абсолютно не подвержена волевому контролю. Эйфория при опьянении кокаином характеризуется собственно повышенным настроением с отчетливым оттенком сексуального возбуждения, ощущением прилива сил и энергии, расширения собственных возможностей, что может напоминать гипоманиакальное состояние.

Весьма своеобразный характер носит подъём настроения при интоксикации ЛСД, поскольку на первый план выступает интеллектуальное наслаждение, а собственно соматовегетативные эффекты в значительной степени нивелированы. По характеру это состояние напоминает религиозный и мистический экстаз и своим истоком имеет нарушение восприятия в сочетании с расстройствами сознания. Такого рода переживания отмечаются при применении всех галлюциногенов (каннабиоида, мескалина и т. п.). Аналогичные механизмы имеет развитие эйфории при интоксикации ингалянтами, когда на первый план выступает интеллектуализированное удовольствие от яркого красочного восприятия, однако достаточно характерными признаками при этом являются чувство собственного превосходства, неуязвимости, переоценка своих возможностей. Различия в характере эйфории при опьянении различными наркотическими средствами не исчерпываются только структурными особенностями, а связаны и определёнными динамическими закономерностями.

В своем становлении эйфория проходит две стадии (собственно эйфорическая и стадия последствия), которые имеют особенности, проявляющиеся при применении того или иного наркотического вещества.

Гипотимические расстройства (страх, ужас, паника) возникают при употреблении веществ с атропиноподобным эффектом (корень мандрагоры и др.), а также MDMA и психодислептиков (ЛСД, мескалин, псилоцибин). При приёме последних огромное значение имеет исходное настроение. Так, указанные эмоциональные проявления (bad trip) возникают только при сниженном эмоциональном фоне, а для достижения эйфории необходим как минимум нейтральный аффективный фон. Дисфорически-подавленный фон настроения, мало зависящий от исходного, а также аффективная лабильность могут развиваться при алкогольной интоксикации. При острой гашишной интоксикации в ряде случаев наблюдаются наплывы тревоги и агрессивность, а при опьянении седативными средствами – апатия, которая сменяет эйфорию. Помимо этого, на этапе деградации личности возможны тяжёлые дисфорические вспышки с агрессией по типу археоаффекта, что характерно для злоупотребления седативными и снотворными средствами, а также ингалянтами и гашишем.

//-- Расстройства восприятия --//

Нарушение функции восприятия при наркотическом опьянении проявляется патологией и ощущения, и собственно восприятия, и представления. Патологические изменения чаще всего развиваются в зрительном, слуховом, тактильном анализаторах, а также затрагивают проприорецепцию, тогда как вкусовой и обонятельный анализаторы затрагиваются реже. Нарушение ощущения может проявляться усилением (при приёме стимуляторов) и угнетением (при употреблении седативных препаратов) или избирательностью (при приёме опиатов) этой функции. Патологическое изменение восприятия представлено как многочисленными иллюзиями, чаще зрительными (парейдолии), так и психосенсорными расстройствами, что особенно характерно для дислептической интоксикации, хотя эти явления в той или иной степени могут иметь место и при опьянении седативными препаратами. Для опийного опьянения более характерны визуализация представлений, эйдетизм. Психосенсорные расстройства разнообразны и представлены как метаморфопсиями, так и нарушением схемы организма, вплоть до ощущения отсутствия некоторых его частей. Практически для всех видов наркомании характерны сенестопатии, которые в состоянии опьянения могут иметь приятный, желательный характер. Разнообразные галлюцинации чаще всего встречаются при употреблении психотомиметиков, каннабиоидов, ингалянтов (препаратов бытовой химии). При употреблении последних характерна аутоагнозия, она же при опьянении дислептиками становится вычурной, сопровождается висцероскопическими галлюцинациями. При этом возникают сценopodobные завораживающие зрительные галлюцинации, часто удовлетворяющие критериям ложных обманов. По характеру слуховые и зрительные галлюцинации могут быть как спонтанными, так и рефлекторными. Характерным для всех видов интоксикации является диссоциация психических функций: даже при обострённом восприятии внешних и внутренних стимулов (например, при эфедриновом опьянении) многие события амнезируются, оставляются лишь некоторые фрагментарные воспоминания о переживаемых эмоциях.

//-- Расстройства мышления --//

Нарушения мышления при наркотической интоксикации во многом зависят от вида наркотика и потребляемой дозы. При приёме алкоголя и снотворных средств наблюдается снижение темпа мышления и появление персевераций, тогда как при употреблении стимуляторов, амфетаминов и психоделиков на начальных этапах интоксикации имеет место ускорение темпа мышления. При приёме практически любого наркотического вещества, включая алкоголь, нарушается способность к правильному осмыслению, при этом нарушаются отбор впечатлений, их переработка и генерирование умозаключения. Всё это во многом связано с эмоциональными нарушениями, искажением способности управлять активным вниманием, что приводит к снижению собственно качества мышления. При использовании психотомиметиков, особенно ЛСД, возникает своеобразный ментизм («поток мышления»), могут появляться несистематизированные бредовые идеи.

//-- Расстройства сознания --//

Независимо от вида потребляемого наркотического вещества возникают нарушения сознания от сужения до выключения или помрачения различной степени выраженности.

## **Соматоневрологический компонент опьянения**

Он во многом зависит от вида и дозы наркотика. Так, при введении опиатов развивается мидриаз, который может отмечаться и при употреблении психоделических препаратов. Последние в ряде случаев ведут к таким вегетативным реакциям, как снижение температуры тела и бледность кожных покровов. В противоположность этому алкоголь, седативные препараты и холинолитики вызывают гиперемиию, гипертермию, гиперсаливацию, повышенное пото- и салоотделение. Помимо описанных особенностей, практически для всех наркотических препаратов характерно двухфазное действие: тахикардия, учащение частоты дыхания, подъём АД сменяются брадикардией, артериальной гипотензией и брадикардией. Исключение составляют стимуляторы и психоделические препараты, при употреблении которых подобную закономерность выявить не удаётся. Другими характеристиками, общими для всех наркотических препаратов, являются повышение сексуальной возбудимости и понижение аппетита, снижение мышечного тонуса, скорости и координации движений. Исключение также составляют стимуляторы, психоделические препараты и кодеин.

Опьянение изменённое – состояние лёгкой или средней степени интоксикации, при котором чрезмерно усиливаются или ослабевают какие-либо компоненты клинической картины опьянения или нарушается последовательность их развития. Это состояние развивается на изменённой почве (психопатия, олигофрения, психические заболевания, поражения ЦНС различного генеза), а также при сочетанном употреблении алкоголя, других токсических одурманивающих веществ и суррогатов. Развитию изменённых форм опьянения могут способствовать переутомление, психогении, соматические расстройства, недосыпание, недоедание.

### **Алкогольное опьянение**

Простое алкогольное опьянение (классическая форма) – острая, как правило, обратимая, патологическая реакция общетоксического происхождения, которая является следствием употребления этанола, различного по крепости, качеству и количеству. Это состояние всегда включает преходящие соматовегетативные, неврологические и психические расстройства, собственно психотропный эффект проявляется изменением поведения, а также эмоциональными, мотивационными и речевыми нарушениями, снижением способности к прогнозированию, самоконтролю и возможности адекватной, критической оценки ситуации. Основными проявлениями классического варианта является эйфоризирующий, коммуникативный, седативный, транквилизирующий, релаксирующий.

Изменённая (или осложнённая) форма простого алкогольного опьянения – состояние лёгкой или средней степени опьянения, при котором нарушается соотношение (усиление или ослабление) отдельных компонентов классического варианта опьянения, или возникают нехарактерные для него признаки и качества, либо нарушается последовательность их развития. Встречается в нескольких вариантах. Назовём основные.

Эксплозивный вариант заключается в том, что на фоне слабо выраженной эйфории спонтанно или по малозначительному поводу возникают вспышки недовольства,



раздражения и злобы. Такого рода реакции проявляются как в высказываниях, так и в поведении, бывают непродолжительны и чередуются с периодами благодушия и успокоения.

Дисфорический вариант отличается преобладанием стойкого состояния напряжения, недовольства, угрюмости, неприязни и злобы. Преобладающим является пониженно=тоскливый аффект, который сочетается с соматическим дискомфортом и резко выраженной гиперестезией. Это устойчивое состояние, оно может сохраняться на протяжении нескольких дней после алкоголизации.

Истерический вариант проявляется в театральном, демонстративном поведении с примитивными моторными реакциями (истерическими припадками, астазиями-абазиями, истерическим возбуждением и т. п.), нередко встречаются элементы пуэрилизма, псевдодеменции, демонстративно=шантажные суициды. Высказывания патетичны, нелепо театральны, часто отмечаются фантазмы, позёрство с резкими переходами от бахвальства к самоупрёкам.

Депрессивный вариант отличается тем, что эйфория изначально или отсутствует вообще, или непродолжительна. В эмоциональном фоне преобладает подавленность со слезливостью и жалостью к себе. Часто отмечается безысходность с идеями самообвинения или выраженная тревога. Высок риск суицида. Этот вариант опьянения чаще отмечается у женщин с гипотимическими или циклоидными чертами личности.

Импульсивный вариант характеризуется тем, что на фоне опьянения на первый план в клинической картине выступают внезапные необъяснимые произвольные импульсивные действия, чаще перверзного характера (гомосексуализм, эксгибиционизм, флагелляция), хотя могут встречаться пиромания, клептомания. Этот вариант опьянения часто встречается при симптоматическом алкоголизме при шизофрении.

Сомнолентный вариант заключается в следующем: после периода кратковременной эйфории развивается выраженная сонливость, переходящая в продолжительный сон.

Маниакальный вариант характеризуется выраженной эйфорией, беспечностью, назойливостью, что иногда переходит в кривлянье, паясничанье, сопровождающееся речевыми и двигательными стереотипиями.

Патологическое опьянение представляет собой пароксизмальное (сумеречное) помрачение сознания, возникающее в ответ на приём малых или средних доз алкоголя. В клинической картине преобладает агрессивное поведение, отличающееся большой разрушительной силой, внезапностью, неожиданностью, бессмысленной жестокостью. Это состояние кратковременно, с пароксизмальным выходом, часто через глубокий сон, с последующей амнезией.

Эпилептоидная форма патологического опьянения является сумеречным состоянием сознания с резким, внезапным двигательным возбуждением, что сопровождается злобой, яростью и гневом. Двигательное возбуждение интенсивно, хаотично и бессмысленно,

часто развивается в виде автоматизмов и стереотипии, не зависит от реальной ситуации. Выход через полную амнезию.

Параноидная форма патологического опьянения представляет собой сумеречное состояние сознания с внезапно развивающимся острым чувственным бредом и галлюцинациями. Галлюцинаторно-параноидная продукция имеет персекуторный характер. В соответствии с этими переживаниями больные совершают ряд целенаправленных сложных и упорядоченных действий, могут вооружаться, входить в контакт с окружающими, хотя при клиническом обследовании выявляется нарушенная ориентировка.

### **Аддиктологические синдромы**

Большой наркоманический синдром – основной клинико-диагностический маркер болезни (алкоголизма или наркомании). Сформированный наркоманический синдром является базисным признаком, отличающим здорового человека от больного, страдающего наркотической (а в общем виде и любой иной) зависимостью. Структурные части синдрома имеют сущностное сходство при химической и нехимической зависимости, и различия в объекте не сопровождаются принципиальными отличиями в сути симптомов и синдрома. Структурно этот синдром состоит из 3 частей: синдромов зависимости, измененной реактивности и последствий.

### **Синдром зависимости**

Выступая структурной составляющей большого наркоманического синдрома, он в свою очередь является сложным образованием и имеет в своём составе синдром психической и физической зависимости.

Синдром психической зависимости, являясь наиболее ранним проявлением основного синдрома, состоит из симптомов психического влечения к одурманивающему веществу/действию – объекту зависимости и способности достигать психического комфорта при реализации патологического влечения.

Синдром физической зависимости включает в себя физическое (компульсивное) влечение, способность достижения физического комфорта при реализации влечения и абстинентный синдром.

Абстинентный синдром, а точнее абстинентный симптомокомплекс, – показатель сформировавшейся физической зависимости. По сути своей он является процессом выравнивания нарушенного гомеостаза, т. е. дефектной попыткой организма собственными силами откорректировать гомеостаз, соответствующий функциональному уровню имеющейся физической зависимости. Симптомы, составляющие этот симптомокомплекс, можно разделить на две группы: центральные (психические) и периферические (вегетативные, соматоневрологические). Удельный вес этих двух групп различен и зависит от формы болезни (высокий удельный вес психопатологических расстройств при ЗН, отнятии снотворных средств, вегетативной симптоматики – при

алкогольной, опийной и гашишной абстиненции). Абстинентный синдром имеет общие черты, характерные для любых форм зависимости. К ним относятся психическое напряжение, эмоциональные расстройства гипотимического радикала (от тревоги до депрессии), нарушение витальных потребностей (аппетита, сна, либидо), разнообразные вегетативные расстройства (гипергидроз, озноб, мидриаз, диспепсия, нарушение сердечно-сосудистой регуляции и мышечного тонуса). Как показали работы Ю.А. Кутявина, патофизиологической сутью этих проявлений является развитие депрессии (что отличает абстиненцию от похмельного симптомокомплекса у здорового человека: похмелье обусловлено вегетативной дисфункцией).

Описанные признаки, являясь наиболее общими для всех типов абстиненции, как при ЗХ, так и при ЗН, тем не менее имеют черты, специфичные для каждой формы наркомании, что существенно помогает при дифференциальной диагностике. Так, пот при опийной и гашишной абстиненции субъективно воспринимается как «холодный», а при алкогольной и барбитуровой – как «горячий». Отличительным признаком озноба при опийной абстиненции является его приступообразность. Желудочно-кишечные расстройства также имеют своеобразие: коричневый налёт на языке при злоупотреблении снотворными и транквилизаторами, гладкий малиновый язык при эфедриновой абстиненции, частый жидкий стул с тенезмами – при опийном отнятии. Только при опийном отнятии отмечается чихание, насморк, слезо- и слюнотечение, боли в межчелюстных суставах, сведение жевательных мышц. При злоупотреблении снотворными специфичными признаками являются боли в желудке и крупных суставах, а при гашишной абстиненции – сенестопатии. Помимо этого, встречаются симптомы, характерные для одних наркоманий и не встречающиеся при других. Примером могут служить тремор, атаксия, психотические эпизоды, отмечающиеся при злоупотреблении транквилизаторами, ингалянтами (бытовой химией, органическими растворителями), гашишем и эфедрином и отсутствующие при опийной абстиненции. Для последней, а также для синдрома лишения при злоупотреблении снотворными и транквилизаторами характерны озноб с «гусиной кожей» и двигательное беспокойство, не встречающиеся, например, при гашишизме.

Абстинентный синдром развивается не при всех видах наркотической зависимости. Так, при злоупотреблении галлюциногенами основные признаки абстиненции отсутствуют, а существование этого синдрома при гашишизме является предметом многочисленных дискуссий. Темпы развития симптоматики лишения также варьируют в зависимости от вида наркомании: от замедленного при алкоголизме и гашишизме, более интенсивного при злоупотреблении снотворными средствами и стимуляторами до очень быстрого при опиомании. Динамика становления абстинентной симптоматики многофазна (при опиомании, например, она проходит четыре стадии), но независимо от вида наркотизации обратное её развитие соответствует основному стереотипу: раньше всего редуцируются те симптомы, которые появились в последнюю очередь, а наиболее ранние могут сохраняться в течение длительного времени, представляя значительные трудности при терапии этих состояний.

### **Синдром изменённой реактивности**

Структурно этот синдром состоит из следующих симптомов: исчезновение защитных знаков, изменение толерантности, формы потребления вещества/осуществления действия, формы опьянения/психотропного эффекта действия. Последний симптом завершает формирование синдрома изменённой реактивности, развиваясь на фоне уже существующих компонентов основного синдрома.

### **Синдром последствий**

Последствия зависимости развиваются на поздних этапах формирования расстройства (хотя зачастую их прообраз заметен на этапе развернутой клинической картины) и включают в себя расстройства психической сферы и соматоневрологические нарушения.

//-- Расстройства психической сферы --//

Закономерности развития расстройств психической сферы имеют существенное отличие при ЗН и ЗХ.

Так, при ЗН имеют место преимущественно личностные изменения, которые развиваются по стереотипу: заострение преморбидных личностных черт – деформация личности (с появлением новых свойств и качеств личности, часто в виде заметного нарастания возбудимости) – оскудение личности. Оскудение личности происходит, в первую очередь, за счёт нравственных категорий. Возникают и усиливаются бессердечность, равнодушие к семье, учёбе, работе, исчезают ответственность, чувство долга. Пациенты начинают пренебрегать социальными правилами и обязанностями; происходит сужение круга интересов, падает жизненная активность. Весь стиль жизни становится шаблонным, стереотипным, посвящённым овладевшему пациентом дезадаптивному поведению, прекращается духовный и социальный рост.

Для ЗХ характерен сплав личностных изменений с когнитивными нарушениями токсического (энцефалопатического) происхождения. В развитии этого комплекса нарушений заметна этапность:

1) этап снижения личности. Происходит падение психической активности, сужение круга интересов и мотивационной сферы, обедняется спектр эмоций, упрощаются побуждения. Интеллектуальные нарушения представлены снижением функции памяти в виде ослабления фиксации и ретенции, а также нарушением активной концентрации внимания, утратой интереса к интеллектуальным задачам, оценке и анализу ситуаций;

2) этап психопатизации. Дальнейшее искажение личностных особенностей во многом зависит от типа наркотика и преморбидного радикала личности. При наркотизации опиатами и стимуляторами чаще обнаруживаются астенический и истерический типы психопатизации, при злоупотреблении седативными и снотворными средствами – эксплозивный, при гашишизме и употреблении психоделиков – апатический. На этом этапе нарастают и учащаются аффективные расстройства, чаще дистимического и дисфорического регистра;

3) этап деменции. Меняется внешний вид больных: появляются неадекватные мимические реакции, диспластические движения, дискордантная походка с пропульсией или пошатыванием, угасает двигательная активность. При злоупотреблении седативными и снотворными средствами развивается брадифрения, при использовании алкоголя, стимуляторов и ингалянтов – псевдопаралитический синдром. Эмоциональная сфера резко обеднена (олиготимия). Нарушения внимания в виде неспособности к концентрации, крайней отвлекаемости и истощаемости приобретают грубо выраженный характер. Существенно снижены такие интеллектуальные функции, как понимание, способность к абстрагированию и критика. Всё это отражает глобальную мозговую дисфункцию и имеет прогрессивное развитие.

Психотические расстройства (характерные для ЗХ и практически не встречающиеся при ЗН) возникают или на высоте опьянения (интоксикационные), или в период абстиненции, что часто зависит от вида употребляемого наркотика. По структуре развивающиеся психозы протекают с нарушением сознания, т. е. по типу экзогенных реакций. При всех видах наркоманий психозы характеризуются быстрой сменой форм нарушения сознания, динамичностью, аффективной неустойчивостью и насыщенностью. Наиболее частыми психотическими расстройствами являются делирий и аменция (при употреблении алкоголя, транквилизаторов, снотворных и седативных средств). Кроме того, встречаются острые галлюцинозы, острые параноиды, сумеречные состояния сознания, онейроидные шизоморфные психозы (психодислептики). В зависимости от вида наркотика отмечаются специфические расстройства, имеющие диагностическую ценность. Так, при гашишных психозах возникают сенесто-ипохондрические бредовые переживания, дерматозойный бред, висцеральные галлюцинации – ощущение укусов и ползания насекомых по коже, разрушения внутренних органов, наличия песка, клещей или мушек внутри кожи. При кокаинизме возникают зооморфные галлюцинации, при параноиде вследствие употребления стимуляторов возникает высокая сенсорная возбудимость, затрагивающая все анализаторы, а параноидные переживания при этом (так же, как и при употреблении психодислептиков) могут приобретать парафренный, экспансивный характер.

//-- Соматоневрологические нарушения --//

Встречаются при всех формах зависимости, однако большую степень выраженности имеют при ЗХ.

Неврологические расстройства развиваются по дисрегуляторным, токсическим и патоиммунным механизмам. Помимо общих расстройств, встречаются достаточно специфические нарушения – полиневриты при алкогольной болезни, острая марганцевая энцефалопатия при злоупотреблении производными эфедрина, паркинсонизм при использовании кустарно приготовленных препаратов кокаина и героина. К менее специфическим нарушениям относятся нистагм при эфедриновой и гашишной интоксикации, тремор (как мозжечковый, так и подкорковый), атаксия. Крупноразмашистый тремор встречается при злоупотреблении седативными препаратами, ингаляционными средствами, алкоголем (интенционный тремор). Мелкий тремор наблюдается при сочетанной интоксикации опиатами, стимуляторами и психоделиками. Частым симптомом является экстрапирамидная симптоматика. Так, нарушение походки с

ограничением содружественных движений рук отмечается при злоупотреблении холинолитиками, тяжелая экстрапирамидная симптоматика в виде гиперкинезов – при интоксикации кустарными эфедронами и опиатами. На поздних стадиях алкогольной болезни встречаются полиневриты, при злоупотреблении летучими веществами – парезы и параличи.

Сексологические расстройства (импотенция, нарушения эякуляции и пр.) связаны как с прямым угнетением либидо или нарушением психосексуальной ориентации (при кокаинизме), так и с периферическими неврологическими и микроциркуляторными нарушениями.

Сердечно-сосудистые расстройства проявляются миокардиодистрофией при алкоголизме, высокой вероятностью острых инфарктов миокарда при злоупотреблении стимуляторами. Практически при всех формах наркомании отмечена слабость сердечной мышцы, разнообразные нарушения ритма.

Гастроинтестинальные расстройства и поражения печени занимают одно из ведущих мест в клинике соматических нарушений. С токсическим действием наркотиков, особенно вводимых внутривенным путем, связывают жировое перерождение печени, гепатиты и цирроз. Наиболее высоким гепатотоксичным действием отличаются барбитураты, психоделические препараты, стимуляторы и ингаляционные средства. Помимо поражений печени, встречаются дискинезии желудочно-кишечного тракта, окклюзии и субокклюзии кишечника.

Поражения кожи и слизистых оболочек выражены гнойными поражениями в местах введения наркотика, атрофией слизистых оболочек, хрящей и прободением носовой перегородки у кокаинистов. При злоупотреблении ингалянтами (средствами бытовой химии, органическими растворителями) встречается гнойное поражение кожи в сочетании с уртикарными высыпаниями. При длительном употреблении наркотиков изменяется кожная пигментация. Так, при опиоидной наркомании кожа приобретает желтоватый оттенок, при гашишизме она имеет темно-жёлтый цвет, напоминающий цвет старческой пигментации.

Иммунологические расстройства многообразны и связаны не столько с видом наркотика, сколько с регулярностью и давностью его применения. У всех больных наркоманией отмечено искажение соотношения хелперов и супрессоров, подавление активности естественных киллеров. Это приводит к слабости иммунного ответа, изменению серологических белковых реакций (ложноположительная реакция Вассермана). Распространены аутоиммунные и аллергические реакции, которыми объясняют синдром внезапной смерти при приёме обычной дозы наркотика.

Соматоневрологические нарушения при ЗН выражены в меньшей степени. В частности, во время азартной игры происходит существенное увеличение ЧСС и возрастание уровня кортизола; нормализация гормонального профиля имеет место лишь спустя значительное время после окончания игрового эпизода. Связь игровой зависимости и высокого кардиального риска в настоящее время считается доказанной. Изучен иммунный статус

пациентов, страдающих игровой зависимостью. Выявлены изменения в иммунной системе, проявляющиеся в увеличении синтеза иммуноглобулинов, связывающих нейромедиаторы опиоидной и моно-аминовой природы.

Компьютеромания и интернет-зависимость могут сопровождаться развитием синдрома карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц за счёт работы на клавиатуре).

При проведении экспертизы по оценке способности понимать значение своих действий и руководить ими у лиц с признаками алкогольной зависимости рассматриваются уровень осознания ими последствий правовых действий, способность предвидеть и управлять последствиями юридических актов. При этом учитывается вся совокупность факторов: познавательных, мотивационных, характерологических, ситуативных, средовых. Указанные признаки нарушаются у лиц на поздних стадиях алкогольной зависимости и особенно в период запоя. У лиц с проявлениями алкогольной зависимости страдают волевые функции и произвольная регуляция поведения, а также критические и прогностические функции, что учитывается при оценке критерия способности понимать значение своих действий и руководить ими.

Особую важность при проведении данных экспертиз приобретает оценка критических функций. По мнению Б.В. Зейгарник (1971), критичность подразумевает умение дать правильную оценку своей личности и действиям. В качестве критериев оценки сохранности критичности, её функционирования при организации и регуляции деятельности М.Б. Ерохина (1986) предлагает такие показатели, как продуктивность деятельности; количество, характер, основания и ориентация оценок, выдвигаемых промежуточных целей; способы реализации. Критичность подразумевает, прежде всего, оценку своих действий и самого себя в конкретно сложившейся ситуации.

Формирование алкогольной зависимости приводит к глубокому видоизменению иерархии ценностей и системы мотивов у этих лиц. Б.С. Братусь, П.И. Сидоров (1984) квалифицируют поведение лиц с алкогольной зависимостью как иллюзорно-компенсаторную деятельность, направленную на создание и поддержание определённого эмоционального состояния, иллюзорного удовлетворения той или иной актуальной потребности, которое определяется не реальным осуществлением тех или иных задач и целей, а имитацией искомых результатов деятельности. Важнейшей особенностью мотивов деятельности лиц с алкогольной зависимостью является подмена объективных результатов реально осуществляемых действий субъективными переживаниями.

Как показывает судебно-психиатрическая практика, гражданские дела, связанные с имущественными конфликтами, наиболее часто возникают в отношении лиц с алкогольной зависимостью и нарушением социальной адаптации. Сделки, затрагивающие важнейшие жизненные интересы (продажа квартир с утратой прописки, неравноценный обмен жилой площади с приобретением непригодных для жилья помещений и т. п.), совершаются в минимальные сроки, без уведомления ближайших родственников, в состоянии алкогольного опьянения или в период запоя. При проведении экспертизы таким больным необходимо установить факт наличия запоя, а также оценить степень

выраженности имевшихся в период совершения сделки психических (психогенных, невротических, аффективных и др.) расстройств. Для этого, в первую очередь, анализируется медицинская документация, устанавливается факт нахождения на диспансерном учёте у нарколога, лечения в психиатрических и наркологических стационарах в период, непосредственно предшествующий сделке или сразу после неё. Необходимо проанализировать характер алкоголизации, факт наличия запоев, анамнестических форм опьянения, алкогольных психозов, структуру абстинентного синдрома.

Наличие запоя продолжительностью от нескольких дней до месяца служит основанием для признания лица неспособным в момент заключения сделки понимать значение своих действий и руководить ими. Указанное состояние расценивается как временное болезненное расстройство, оно оказывает влияние лишь на «делкоспособность» лица в тот период.

Кроме того, экспертное заключение о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими основывается также на выявляемых при психологическом исследовании тонких нарушениях мотивационно-смысловой деятельности. При этом сиюминутное стремление во что бы то ни стало выпить становится более значимым, чем жизненно важные обстоятельства. В состоянии запоя на первый план в клинической картине выступают интеллектуально-мнестические расстройства, нарушения мышления, критических способностей и способности прогнозирования своих действий и поступков, непонимание характера совершаемого юридического акта. Подобные состояния лишают подэкспертного в момент совершения сделки способности понимать значение своих действий и руководить ими.

Иное экспертное решение о возможности понимать значение своих действий и руководить ими нужно выносить в отношении лиц, обнаруживающих признаки хронического алкоголизма I и II стадий. Эти лица совершают сделки за несколько лет до подачи искового заявления. Они руководствуются определёнными психологически понятными мотивами, которые приводят к совершению данной сделки. Поводом для обжалования сделки является стремление в последующем более выгодно использовать свою собственность. У данных лиц отмечаются проявления алкогольной деградации личности в виде лживости, морально-этического снижения, а также стойкая антиобщественная настроенность и рентные установки.

На предварительном досудебном этапе обследования пациентов с подозрением на алкоголизм следует провести скрининговые обследования с помощью анкет-опросников (AUDIT) и лабораторных тестов. Данные этих исследований могут быть приобщены к гражданскому делу при обосновании экспертного заключения.

### **Нехимические зависимости**

Кроме алкогольной зависимости и других видов зависимости, связанных с употреблением психоактивных веществ, большое значение имеют нехимические зависимости, а среди них – игровая зависимость. Распространённость нехимической



зависимости сопоставима с алкоголизмом и наркоманиями. Так, распространённость алкоголизма в мире достигла 30–50 млн человек, наркомании – 100–300 млн, встречаемость обсессивно-компульсивного расстройства составляет 50 млн человек, «шопоголизма» – 10 % населения Земли. В настоящее время 1 % населения являются патологическими игроками.

В связи с вышеизложенным актуальным представляется изучение судебно-психиатрических аспектов аддиктивного поведения. В.Д. Менделевич (1999) предложил следующее определение этому явлению: аддиктивное поведение

– это одна из форм девиантного поведения с формированием стремления к уходу от реальности путём искусственного изменения своего психического состояния посредством приёма некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определённых видах деятельности, что направлено на развитие и поддержание интенсивных эмоций. А.О. Бухановским (в соавт., 2002) предложено следующее определение болезни зависимого поведения (нехимической зависимости): хроническое психогенное непсихотическое расстройство личности и поведения (F6), заключающееся в этапном патологическом развитии личности, что приводит к возникновению, закреплению и трансформации патологической потребности в совершении повторных трудно– и неконтролируемых поведенческих актов. Мотивы их совершения не обладают ясной рационализацией, причиняют ущерб пациенту, его близким, третьим лицам и обществу в целом.

В МКБ-10 расстройство обозначено как «патологическое влечение к азартным играм» (ПВАИ). Исследовательские диагностические критерии МКБ-10 предлагают использовать следующие признаки:

А. Два и более эпизодов игры на протяжении года.

Б. Эти эпизоды не приносят выгоды, но продолжаются, несмотря на переживаемый дистресс или нарушение деятельности личности в повседневной жизни.

В. Человек описывает сильное влечение к азартной игре, очень трудно контролируемое, и сообщает, что неспособен прекратить игру усилием воли.

Г. Человек поглощён мыслями, связанными с актом игры.

По мнению большинства современных исследователей, химическая и нехимическая зависимость – единая болезнь. Концепция аддиктивного поведения, предложенная Ц.П. Короленко (1993), исходит из положения о наличии общих механизмов, свойственных различным формам аддикции как фармакологического, так и нефармакологического содержания.

А.О. Бухановским (в соавт., 2002) предложена классификация болезней зависимого поведения (БЗП):

1. Формы болезни зависимого поведения, связанного с употреблением психоактивных химических веществ (F10-F19 МКБ-10).

2. Формы болезни зависимого поведения, связанные с нехимической зависимостью:

2.1. БЗП, связанная с патологией влечений к пище («нервная анорексия» F50.0 и «нервная булимия» F50.2 МКБ-10).

2.2. БЗП, связанная с патологией сексуального влечения (F65.0-F65.8 МКБ-10).

2.3. БЗП, связанная с другими патологическими влечениями (соответственно разделу F63 МКБ-10 «патологическое влечение к азартным играм», «пиромания», «клептомания», «трихотилломания», «трихотиллофагия», «онихофагия», «патологическое влечение к Интернету», «к покупкам»).

На определённое единство химической и нехимической аддикции указывали и зарубежные авторы. Так R.H. Hoyle (2000) и J. Orford (2001) отмечали, что между табакизмом, алкогольной зависимостью, употреблением героина, кокаина, конопли; пищевыми, половыми расстройствами, гемблингом больше сходства, чем различий. M. Zuckerman и D. Kuhlman (2000) не только объединили эти расстройства в одну группу, но и выявили общую для них биологическую «базу», которая, по мнению авторов, проявляется в особенностях дофаминового обмена и активности моноаминоксидазы E. Hollander и J. Rosen (2000) продемонстрировано клиническое, генетическое и нейробиологическое родство группы зависимостей с рядом личностных расстройств.

В формировании игровой зависимости, имеющей большое юридическое значение в гражданском процессе, можно выделить следующие факторы: психологические и психоаналитические, биологические, социальные и комплексные. В начале игровой зависимости ведущими являются эмоциональные факторы с формированием иллюзорно-компенсаторного поведения. Психоаналитическая теория часто объясняет существование патологической страсти к игре в контексте импульсивного невроза. Защитная направленность патологических побуждений связана не с избавлением от напряжения, их цель не удовольствие, а избежание боли (Фенихель О., 2004). Биологические исследования подтверждают психодинамические концепции. S. Pallanti (et al., 2007) обосновано наличие серотонин- и адренергической дисфункции ЦНС у пациентов, страдающих игровой зависимостью. Дисфункциональная ЭЭГ обнаружена у 65 % игроков. Коморбидность патологического гемблинга с другими расстройствами составляет до 50 % (Lesier H.R. et al., 1985).

Таким образом, современные исследования свидетельствуют о биологической, психологической и социальной общности химических и нехимических болезней зависимости. Вместе с тем правовые аспекты «ограниченной дееспособности» рассматриваются в ограниченных случаях только в отношении субъектов с алкогольной зависимостью.

**Ограниченная дееспособность лиц, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими средствами**

В соответствии со ст. 30 ГК РФ лицо, которое вследствие злоупотребления алкоголем или наркотиками ставит свою семью в тяжёлое материальное положение, может быть ограничено судом в дееспособности. Несмотря на терминологическое сходство, в отличие от недееспособности данная мера не освобождает лицо от имущественной ответственности за свои действия и является скорее мерой административного ограничения. Как видно из текста статьи, решение об ограничении дееспособности не требует проведения судебно-психиатрической, наркологической или иной экспертизы, поскольку не связывает эту меру с каким-либо патологическим или физиологическим состоянием, установление которого требовало бы специальных познаний. Для этого даже не требуется диагностирования алкоголизма или наркомании как клинических состояний; достаточно лишь факта злоупотребления указанными средствами и вызванного этим тяжёлого материального положения семьи. Над гражданином, признанным судом ограниченно дееспособным, устанавливается попечительство. Такое лицо вправе самостоятельно совершать лишь мелкие бытовые сделки; получать же заработок, пенсию или иные доходы, а также распоряжаться ими может лишь с согласия попечителя.

Дело об ограничении гражданина в дееспособности может быть начато по заявлению членов его семьи, профсоюзов и иных общественных организаций, прокурора, органа опеки и попечительства, психиатрического лечебного учреждения (ст. 258 ГПК РСФСР). На практике чаще всего такие дела возбуждают члены семьи, которые страдают от пагубного пристрастия этих лиц к алкоголю или наркотическим средствам. Обычно этот член семьи (супруг или супруга, один из родителей или детей) назначается попечителем. К сожалению, данная мера далеко не всегда достигает своей цели, поскольку опустившийся алкоголик или наркоман, к которому чаще всего она применяется, нередко сохраняет определённую власть в своей семье и может отобрать у попечителя полученную зарплату или пенсию.

### **Глава 3. Использование комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз в гражданском процессе**

#### **§ 3.1. Задачи комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз**

Результаты патопсихологических исследований в судебно-психиатрической практике могут выступать в двойной роли: 1) вспомогательной – по отношению к решению экспертных психиатрических задач в однородной СПЭ и КСППЭ; 2) самостоятельной – по отношению к решению психологических экспертных задач в КСППЭ.

В первом и втором случаях основными задачами такого исследования являются следующие:

- ◆ дифференциальная диагностика (выявление и диагностическая оценка патопсихологических феноменов);
- ◆ установление глубины и объёма нарушений психической деятельности;

♦ определение целостной структуры функциональной организации психической деятельности: соотношение интактных и болезненных психических процессов, нарушенных и сохранных звеньев регуляции поведения, преморбидных и постморбидных личностных качеств, особенностей и эффективности механизмов компенсации и адаптации.

Как говорилось выше, в целях дифференциальной диагностики патопсихологических феноменов используется концепция патопсихологических симптомокомплексов. Основными патопсихологическими симптомокомплексами являются следующие: шизофренический, органический, психопатический и симптомокомплекс психогенной дезорганизации психической деятельности.

Трудности использования результатов патопсихологических исследований в экспертной практике связаны с искажениями, обусловленными самой судебной ситуацией. Нивелирование этих искажений достигается следующими способами:

- 1) компоновкой батареи психодиагностических методик по принципу взаимодополнения и взаимоконтроля;
- 2) соотносением результатов тестирования с независимыми источниками информации, т. е. проверкой достоверности тестовых данных путём сопоставления их с материалами дела и анамнестическими сведениями;
- 3) сопоставлением и перепроверкой информации, полученной из различных источников. Во всех случаях КСППЭ феноменология патопсихологического эксперимента должна быть дополнена и верифицирована психологическим анализом особенностей генеза патопсихологического признака психического расстройства.

Центральной задачей СПЭ и КСППЭ является определение потенциальной способности к осознанной и произвольной регуляции значимых для права действий. Поэтому помимо установления структурно-динамических типологических характеристик патопсихологических симптомокомплексов, определения степени их развёрнутости, специальному рассмотрению подлежат когнитивные предпосылки (интеллект) и регулятивные характеристики деятельности в целом. Изучаются следующие аспекты познавательной и личностной сферы:

- 1) уровень развития потребностно-эмоциональной и волевой сферы;
- 2) уровень зрелости познавательной сферы;
- 3) уровень интеллекта – способность творческого решения нестандартных социальных задач;
- 4) общая осведомлённость – уровень социализации личности;
- 5) обучаемость – раскрывает потенциальные интеллектуальные ресурсы подэкспертного, «зону ближайшего развития» познавательных структур;

б) критичность – определяет уровень социальной адаптации человека, обеспечивающий регуляцию поведения.

### § 3.2. Психологические защиты и диссимуляция

При экспертной оценке избирательности поведения и регулятивного потенциала лица с психическим расстройством принципиальное значение имеет выявление структуры ведущих мотивов, нарушенных и сохраненных сторон познавательной сферы и личности, раскрытия их взаимоотношений для определения компенсаторных возможностей. Реализация этих потенций в существенной мере зависит от качества психологических защит личности, которые запускаются в экстремальных ситуациях и выполняют функцию снятия внутренних или разрешения внешних конфликтов (Фрейд З., Фрейд А., 1987). Современными исследователями отмечается, что систематическая диагностика защитных механизмов является центральным моментом в процессе всесторонней оценки личности. Изучение защитных механизмов личности предопределяет участие психоаналитика в комплексных судебных экспертизах психического здоровья.

При СППЭ психологический анализ позволяет выявить сознательное защитное поведение в форме диссимуляции (Кудрявцев И.А., 1981). Выделяют следующие формы диссимуляции при шизофрении.

- 1) псевдорациональная форма – больные стремятся дать психологически понятное толкование своему психическому состоянию и своим поступкам;
- 2) ретроамнестическая форма – больные относят признаки психического расстройства к прошлому;
- 3) редуцирующая форма – больные стремятся сгладить психопатологическую симптоматику;
- 4) конвенциально-камуфлирующая форма – болезненные особенности психического состояния больные маскируют подчёркнутым соблюдением общепринятых, одобряемых обществом форм поведения;
- 5) аутистическая форма – сокрытие болезненной симптоматики больные стремятся реализовать путём значительного ограничения контактов с окружающими;
- 6) негативистическая форма – больные упорно сопротивляются всем исследованиям, отказываются отвечать на вопросы, уточняющие характер их переживаний. Стереотипно твердят, что они здоровы и ни в каком психиатрическом обследовании и лечении не нуждаются;
- 7) сверхсимулятивная (сюрсимулятивная) форма – больные стремятся демонстративно предъявлять несуществующую, чаще псевдодементную симптоматику, легко отказываются от неё при указании экспертов на её надуманный характер, уверяя врачей, что они в прошлом «симулировали» психоз.

Таким образом, информация, полученная психологическими методами, имеет прогностическое значение и может быть инструментом мониторинга психического состояния, показателем характера его динамики в период вынесения экспертного решения и применения мер медицинского характера.

## **Глава 4. Посмертные судебно-психиатрические экспертизы в гражданском процессе**

### **§ 4.1.О посмертных СПЭ**

Рост уровня гражданского судопроизводства, усложнение общественных отношений приводят к увеличению числа судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам; около 80 % этих экспертиз проводится посмертно.

Посмертная экспертиза в гражданском процессе производится по делам, разрешение которых зависит от определения психического состояния лица в момент заключения сделки, составления дарственной записи, завещания, вступления в брак, когда после смерти лица возникают иски о признании различных гражданских актов недействительными.

В соответствии с Гражданским процессуальным кодексом РФ каждая из спорящих сторон должна доказать те обстоятельства, на которые она ссылается как на основания своих требований.

В заявлении истцов о признании завещания или дарственной недействительными должны излагаться обстоятельства, свидетельствующие о психических расстройствах у завещателя или дарителя, вследствие которых возникают сомнения в его возможности понимать значение своих действий или руководить ими. Оптимальным вариантом является назначение СПЭ по материалам уже проведенного судебного разбирательства и суду представляется возможность заслушать объяснение лиц, участвующих в деле, показания свидетелей, ознакомиться с письменными доказательствами.

При ограниченных сведениях целесообразно перевести проведение экспертизы в судебное заседание, чтобы эксперт мог активно участвовать в допросе свидетелей, выявить условия, при которых происходили встречи свидетеля с завещателем, оценить свойства свидетеля как наблюдателя и только тогда делать выводы из его показаний.

Эксперт должен ставить вопросы о доказательствах ухудшения памяти завещателя, странных поступках и высказываниях, резких изменениях в его привычках и действиях, влиянии на него посторонних лиц. Мнение эксперта должно быть обосновано исходными данными о клинической картине того или иного психического расстройства.

Показания свидетелей представляют различную ценность для эксперта. В первую очередь следует принимать во внимание показания врачей-специалистов и других медицинских работников, а также тех свидетелей, которые находились с подэкспертным в длительном контакте, чьи показания соответствуют данным медицинской документации и укладываются в клиническую картину расстройства. В то же время в задачи эксперта не

входит оценка достоверности показаний свидетелей, он может интересоваться только медицинской стороной дела.

Безусловно, прежде всего важна оценка дееспособности лица нотариусом, оформляющим гражданский акт. Показания врачей-свидетелей также являются для суда важными. Письменные документы, оставленные завещателем, являются ценным источником оценки психического состояния завещателя.

Особенностью оформления экспертного решения при посмертных экспертизах является обязательность ссылок на источники получения сведений, т. е. объяснения и показания участников судебного процесса, справки, выписки и подлинники историй болезни лечебных учреждений.

Неточность или неполнота использования всех фактических данных может служить причиной сомнений в обоснованности экспертного заключения.

В экспертном заключении должны содержаться ответы на поставленные судом вопросы, которые могут быть сформулированы следующим образом:

- 1) Страдало ли лицо каким-либо психическим расстройством в период, относящийся к оформлению им брака, сделки, дарственной или завещательного распоряжения?
- 2) Могло ли лицо по своему психическому состоянию в указанный период понимать значение своих действий и руководить ими?

Выделяются варианты посмертных экспертиз лиц с психической патологией, вызывающих наибольшие трудности в связи с противоречивостью свидетельских показаний.

1. Посмертные экспертизы завещателей с явлениями сосудистой деменции (при атеросклерозе, гипертонической болезни).
2. Посмертные экспертизы лиц с нарушениями сознания в форме оглушения при мозговых инсультах.
3. Посмертные экспертизы лиц с бредовыми синдромами, которым свойственна так называемая «возрастная окраска».

### **Основные симптомы деменции**

#### **А) Основные симптомы начинающейся деменции**

- ◆ Расстройства концентрации
- ◆ Чувство переутомления
- ◆ Быстрая утомляемость

- ◆ Депрессивное состояние
- ◆ Уменьшение побуждений
- ◆ Потеря интереса
- ◆ Диффузные страхи

#### В) Основные симптомы прогрессирующей деменции

- ◆ Видимые расстройства памяти
- ◆ Потеря ориентации во времени и пространстве
- ◆ Отсутствие мотивации к ведению домашнего хозяйства
- ◆ Пренебрежение гигиеной собственного тела
- ◆ Нарушенное социальное поведение
- ◆ Неуверенная походка

#### С) Диагностические критерии деменции МКБ-10 F0

- ◆ Ослабление памяти (объективно, оценка степени тяжести)
- ◆ Снижение других когнитивных функций (способность суждений, мыслительная деятельность)
- ◆ Снижение контроля аффектов (эмоционального контроля), побуждений, социального поведения (раздражительность, апатия).
- ◆ Ослабление других кортикальных функций (афазия, апраксия)
- ◆ Минимальная продолжительность 6 мес.

Экспресс-диагностика: Mini-Mental State Examination (MMSE) продолжительность 10 мин, общее количество пунктов – 30.

Парциальный, или лакунарный, характер слабоумия, сопровождающий сосудистые заболевания, также даёт больным возможность за счёт неповреждённых психических функций адаптироваться в семейно-бытовой сфере в условиях привычного для них окружения. «Мерцающий» характер психопатологической симптоматики при сосудистых заболеваниях головного мозга приводит к тому, что свидетели, наблюдающие завещателя почти в одно и то же время, описывают его психическое состояние по-разному.

Бредовые синдромы у лиц позднего возраста характеризуются конкретностью и обыденностью фабулы бреда, связью с определённой реальной ситуацией,



направленностью на конкретных лиц из ближайшего окружения. Обыденное, бытовое содержание бреда («бреда малого размаха») служит причиной того, что патологические мотивы поступков больных расцениваются окружающими как психологически понятные.

Экспертная диагностика, носящая при посмертных экспертизах ретроспективный характер, строится по принципу выявления общих клинических закономерностей, свойственных конкретным психопатологическим состояниям. Констатация психопатологических симптомов, содержащихся в медицинской документации и показаниях свидетелей, может быть положена в основу судебно-психиатрических выводов о возможности лица понимать значение своих действий или руководить ими.

#### **§ 4.2. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза при психических расстройствах, связанных с тяжёлыми соматическими заболеваниями**

В настоящее время актуальным становится судебно-психиатрическая экспертиза по гражданским делам лиц с тяжёлыми соматическими заболеваниями и соматогенными нарушениями психики. В практике посмертной СПЭ наиболее часто встречаются следующие заболевания, сопровождающиеся психическими расстройствами: хронические и острые сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек с почечной недостаточностью, сахарный диабет, опухоли мозга, а также злокачественные новообразования различной локализации. Онкологические заболевания характеризуются высокой частотой психопатологических расстройств.

В гражданском процессе правовые вопросы и последствия признания лиц с онкологическими заболеваниями ограниченно дееспособными/недееспособными могут рассматриваться в ракурсе нескольких статей ГК Украины, а именно ч. 1, 4 в. 36, ст. 37, ч. 1, 3 в. 38, ч. 1 ст. 39, ст. 40, ст. 41,

ч. 1 ст. 42. Рассмотрение вопросов признания лица с онкологическим заболеванием ограниченно дееспособным/недееспособным согласно вышеупомянутым статьям ГК Украины возможно только при жизни человека, вопрос дееспособности которого рассматривается.

Ретроспективное решение вопросов относительно способности лица осознавать значение своих действий и руководить ими регламентируется ст. 225 ГК Украины: «Правовые последствия совершения юридической сделки дееспособным физическим лицом, которое в момент совершения не осознавало значения своих действий и (или) не могло руководить ими». Именно настоящая статья ГК Украины является одним из правовых оснований оспаривать сделку, заключённую лицом с онкологическим заболеванием, если истец свои требования подтверждает сомнениями в дееспособности.

Нормы ст. 225 ГК Украины применяются при таких условиях:

- 1) в судебном порядке ретроспективно решаются вопросы относительно конкретной правовой сделки;
- 2) на момент заключения правовой сделки физическое лицо является дееспособным;

3) в момент совершения правовой сделки это лицо находилось в таком состоянии (хроническом или временном), что не осознавало значение своих действий и (или) не могло руководить ими;

4) на момент разбирательства дела в суде физическое лицо может быть живым или умершим.

Относительно онкобольных, в подавляющем большинстве гражданские дела рассматриваются относительно умерших лиц, что обуславливает назначение посмертных СПЭ и значительно усложняет ретроспективную оценку психического состояния при отсутствии возможности непосредственного обследования подэкспертного.

На сегодняшний день не существует определения юридической категории, которая бы характеризовала гражданское состояние дееспособного физического лица, что в момент правовой сделки не могло осознавать значение своих действий и руководить ими. Однако считать это состояние аналогичным юридическому понятию «недееспособность» нельзя, поскольку речь идёт об умерших лицах. Поэтому предлагается использовать термин «несделкоспособность» (Шум С.С., 2011).

Психопатологические проявления при онкологической патологии отличаются большим разнообразием и полиморфизмом клинических проявлений и могут быть выражены на невротическом и психотическом (депрессивно-параноидные расстройства и транзиторные нарушения сознания) уровнях.

Невротические расстройства, как правило, возникают по психогенному механизму и имеют незначительную продолжительность. Критика пациентов к своему состоянию сохранена. Психогенные состояния, возникающие при онкологических заболеваниях, характеризуются депрессивной, тревожно-ипохондрической, истероидно-дисфорической или обсессивно-фобической симптоматикой. Эти расстройства не лишают пациентов способности правильно оценивать окружающее и адекватно действовать в юридически значимой ситуации.

При тяжёлой депрессии с тоской, витализацией аффекта, выраженной ассоциативной заторможенностью, сверхценными идеями самообвинения, самоуничижения или греховности, суицидальными мыслями и тенденциями, нарушением целостности мировосприятия, фрагментарностью, снижением уровня критики вплоть до её утраты онкологические больные не могут понимать значение своих действий и руководить ими.

Астенический симптомокомплекс, в соответствии с МКБ-10 («Органическое эмоционально неустойчивое (астеническое) расстройство», F06.6), характеризуется недержанием аффекта или эмоциональной лабильностью, утомляемостью или разнообразными неприятными физическими ощущениями, такими как головокружение или боли. По данным исследователей психических расстройств при онкологических заболеваниях, астенический симптомокомплекс возникает обычно на отдалённых этапах заболевания и определяется преимущественно раздражительной дистимией. В этих случаях наблюдается истощаемость с затруднениями мыслительного усилия,

уменьшением способности к целенаправленному вниманию и психомоторной заторможенностью. Раздражительная дистимия всегда возникает вместе с агрипнией.

При выраженной астении онкологические больные, несмотря на тяжёлое соматическое состояние и наличие раковой интоксикации, не лишены способности понимать (осознавать) значение своих действий и руководить ими.

В терминальной стадии онкологического заболевания психопатологическая картина астенических расстройств сопровождается замедлением реакции на внешние стимулы в сочетании с гиперестезией, нарушением памяти, повышенной внушаемостью, затруднённым осмыслением сложившейся ситуации. Эмоциональные нарушения характеризуются значительным полиморфизмом и проявляются ситуационно-обусловленными аффективными вспышками, сочетанием благодушия с раздражительностью, гневливостью, слезливостью. У ряда больных отмечаются бредовые идеи ущерба, отравления на фоне изменения личности с аффективными и интеллектуально-мнестическими нарушениями. Выраженные изменения личности, глубина психических расстройств, в том числе и критических способностей, позволяют сделать вывод о неспособности этими больными понимать значение своих действий и руководить ими.

При вынесении экспертного заключения следует учитывать, что на фоне выраженной астении и вследствие интоксикации могут наблюдаться преходящие расстройства сознания с элементами дезориентировки, при наличии которых больные лишены способности понимать значение своих действий и руководить ими.

Синдромы помрачения сознания имеют следующие общие признаки:

- 1) отрешённость больного от окружающего с неотчётливым, затруднённым, отрывочным его восприятием;
- 2) различные виды дезориентировки – в месте, времени, окружающих лицах, ситуации, собственной личности, существующие изолированно, в тех или иных сочетаниях или же все одновременно;
- 3) та или иная степень бессвязности мышления, сопровождаемая слабостью или невозможностью суждений и речевыми нарушениями;
- 4) полная или частичная амнезия периода помрачения сознания, сохраняются лишь отрывочные воспоминания наблюдавшихся в тот период психопатологических расстройств – галлюцинаций, бреда, значительно реже – фрагменты событий окружающего.

Примечательно, что только сочетание всех четырёх признаков делает правомерным диагностику помрачения сознания (Ясперс К., 1965).

Выделяются различные формы помрачения сознания.

Оглушение – понижение, вплоть до полного исчезновения, ясности сознания и одновременное его опустошение. Основные проявления оглушения – повышение порога возбудимости для всех внешних раздражителей. Больные безучастны, окружающее не привлекает их внимания. Задаваемые им вопросы больные воспринимают не сразу и способны осмыслить из них лишь сравнительно простые или только самые простые. Мышление замедленно и затруднено. Словарный запас обеднён. Ответы односложные, часто встречаются персеверации. Представления бедны и неотчётливы. Двигательная активность снижена: больные малоподвижны, движения совершаются ими медленно; отмечается двигательная неловкость. Всегда обеднены мимические реакции. Постоянно выражены нарушения запоминания и репродукции. Продуктивные психопатологические расстройства отсутствуют. Они могут наблюдаться в рудиментарной форме лишь в самом начале оглушения. Период оглушения обычно полностью или почти полностью амнезируется.

В зависимости от степени глубины понижения ясности сознания выделяют следующие стадии оглушения: обнубиляция, сомнолентность, сопор, кома. Во многих случаях при утяжелении состояния эти стадии последовательно сменяют друг друга (Морозов Г.В., Шумский Н.Г., 1998).

Обнубиляция – «облачность сознания», «вуаль на сознании». Реакции больных, в первую очередь речевые, замедляются. Появляются рассеянность, невнимательность, ошибки в ответах. Часто отмечается беспечность настроения. Такие состояния в одних случаях продолжаются минуты, в других, например при некоторых начальных формах прогрессивного паралича или опухолей головного мозга, существуют продолжительные сроки.

Сомнолентность – состояние полусна, во время которого большую часть времени больной лежит с закрытыми глазами. Спонтанная речь отсутствует, но на простые вопросы даются правильные ответы. Более сложные вопросы не осмысляются. Внешние раздражители способны на некоторое время ослабить симптомы обнубиляции и сомнолентности.

Сопор – глубокая степень выключения сознания. Больной лежит неподвижно, глаза закрыты, лицо амимично. Словесное общение с больным невозможно. Сильные раздражители (яркий свет, сильный звук, болевые раздражения) вызывают недифференцированные, стереотипные защитные двигательные и изредка голосовые реакции.

Кома – полная утрата сознания с отсутствием реакции на любые раздражители.

Наиболее лёгкую степень расстройства сознания (оглушение) крайне сложно определить в судебно-психиатрическом смысле, так как её клинические проявления неотчётливы, плохо описываются свидетелями. Констатация безучастности и безразличия к окружающим, фрагментарности восприятия, адинамии, монотонности аффекта, как правило, свидетельствует о состоянии выраженного оглушения у больного и

соответствует его неспособности понимать значение своих действий и руководить ими при заключении юридических сделок.

Однако при глубокой астении без нарушенного сознания может быть вынесено решение о способности понимать значение своих действий и руководить ими, если усматривается соответствие между конкретными реальными обстоятельствами и ранним волеизъявлением больных.

Иногда поведение больных со злокачественными новообразованиями отличается непоследовательностью, своеобразной парциальной внушаемостью, которая усугубляется у пожилых людей в силу их болезни, и физической немощностью, зависимостью от посторонних лиц. Их поведение носит непоследовательный и малопонятный характер. О неспособности понимать значение своих действий и руководить ими свидетельствуют такие признаки, как утрата прежних эмоциональных привязанностей, безмотивность поступков и зависимость их от случайных обстоятельств, явная противоречивость принимаемых в разное время решений.

В терминальной стадии онкологических заболеваний на фоне углубления астенического состояния возникают психопатологические расстройства психотического регистра: депрессивно-параноидные и транзиторные нарушения сознания.

При депрессивно-параноидных расстройствах наряду с обманами восприятия (иллюзии, парейдолии) появляются рудиментарные бредовые идеи отношения, отравления, преследования. Как правило, параноидные расстройства нестойки и динамичны, внезапно обрываются, и на первый план выступает выраженная астения. Проявления параноидной симптоматики свидетельствуют о неспособности онкологических больных правильно понимать значение своих действий и руководить ими.

У терминальных больных эпизодически возникают расстройства сознания в виде оглушения, делириозно-онейроидных и аментивных состояний. Наряду с этим у таких больных имеют место стойкие деперсонализационные переживания, депрессивно или дисфорически окрашенные, несистематизированные идеи отношения. Сложные картины нарушенного сознания наблюдаются у больных в терминальной стадии при приеме наркотических и седативных препаратов.

Проявления делириозно-онейроидного синдрома характеризуются незначительным двигательным беспокойством в пределах постели и отсутствием продуктивного контакта. Нарушения сознания, носящие «мерцающий» характер и наблюдающиеся в основном в вечернее и ночное время, сменяются «светлыми промежутками», когда больные апатичны, адинамичны, оглушены, критически не оценивают перенесенные психотические эпизоды, повышено внушаемы и подчиняемы. Следовательно, они не могут понимать значение своих действий и руководить ими при заключении сделок.

## **Заключение**

Таким образом, практика судебно-психиатрической экспертизы у лиц с психическими расстройствами по гражданским делам свидетельствует о многообразных трудностях. Их разрешение возможно при междисциплинарном сотрудничестве различных специалистов в сфере психического здоровья – психиатров, наркологов, психологов. Условия проведения экспертиз по гражданским делам ограничены представленными материалами гражданского дела и медицинской документацией, что позволяет определить медицинский критерий не развёрнуто, а лишь на синдромологическом уровне. Посмертная экспертиза направлена на ретроспективный анализ прошлых периодов жизни. Заключение может быть альтернативным, или эксперты в силу недостаточной информации могут отказаться от экспертного решения. Правомерно обсуждается вопрос о праве эксперта на предположительное заключение. Комплексный подход при вынесении экспертного заключения по вопросам психического здоровья может помочь суду при вынесении дифференцированного и более обоснованного судебного решения.

## **Приложения**

### **Приложение 1 Клинические примеры**

#### **Пример заключения комиссионной посмертной судебно-психиатрической экспертизы по делу о признании завещания недействительным**

Комиссионная посмертная судебно-психиатрическая экспертиза произведена согласно определению судьи... от 19 сентября 2001 года комиссией в составе:.... Перед экспертами поставлен следующий вопрос:

7. Могла ли Т.Т.В. в силу своего состояния здоровья отдавать отчёт в своих действиях и руководить ими на момент составления завещания 11 июня 1998 года?

В распоряжение экспертов были предоставлены материалы гражданского дела №..., медицинская карта №... стационарного больного, амбулаторная карта на 65 листах, история болезни №... стационарного больного, амбулаторная карта из Ростовского городского онкологического диспансера №....

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 76 РФ, разъяснены. Об уголовной ответственности по ст. 307, 308 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения предупреждены (подписи экспертов).

Из материалов гражданского дела и медицинских документов известно, что Т.Т.В., 1936 г.р., проживала в 1/2 домовладения, доставшегося ей в результате сделки дарения от матери (договор дарения №... от 18.02.1975) (исковое заявление, л.д. 3–6 и 12). После смерти матери Т.Т.В. осталась жить одна, и родственники продолжали помогать ей в поддержании жилого дома, подсобных строений и земельного участка, поддерживали с сестрой родственные отношения (исковое заявление, л.д. 3–6). В 1994 г. Т.Т.В. познакомилась с Н.Т.М. С 1996 г. периодически Т.Т.В. обращалась к Н.Т.М. с просьбами бытового характера, бывала у нее в гостях. Н.Т.М. показала (л.д. 36–38), что в 1996 г. не замечала у Т.Т.В. психических отклонений. Известно, что родители Т.Т.В. умерли от

атеросклероза и гипертонической болезни: отец умер 03.07.1972 в возрасте 68 лет от общего атеросклероза с гипертонической болезнью III стадии, осложнившейся гемипарезом (неполный паралич вследствие инсульта – кровоизлияния в головной мозг. – Эксперты) (л.д. 13 – свидетельство о его смерти), мать умерла 21.04.1981 в возрасте 74 лет от кардиосклероза атеросклеротического (л.д. 14), её родной брат страдает сахарным диабетом (показания истца, л.д. 33–36). Родилась второй из четырёх детей. Сведений о раннем развитии, образовании и трудовой деятельности нет. Из амбулаторной карты установлено, что в марте 1994 г. у Т.Т.В. был обнаружен «сахарный диабет, 2 ст.». Второго августа того же года в амбулаторной карте описываются головокружения, слабость и дополнительно к сахарному диабету устанавливается диагноз «церебросклероз» (склеротическое поражение сосудов головного мозга. – Эксперты). В последующем многократными записями в амбулаторной карте «диабет 2-й степени, среднетяжелая форма» и «сосудистое поражение мозга» подтверждаются (записи от 08.08.1994, 27.10.1994, 15.11.1994, 18.06.1995). Во всех медицинских записях фиксируются как признаки диабета, так и сосудистого поражения головного мозга (головокружения, слабость, а 15.11.1994 и агрессивность). В связи с этим с этого времени и уже до конца жизни ей назначались препараты как от диабета, так и от поражения сосудов мозга. Несмотря на постоянный приём антидиабетических препаратов с октября 1994 г. по июнь 1995 г. анализы крови оставались неблагоприятными: глюкоза в крови доходила до 17,2–19,3 ммоль/л (верхняя граница нормы 5,5 ммоль/л), а в моче – до 15–35 г/л (в норме должна отсутствовать), что клинически и лабораторно позволяло врачу квалифицировать форму диабета как декомпенсированную, а течение – как тяжёлое (амбулаторная карта). С начала 1995 г. Т.Т.В. неоднократно предлагалась госпитализация в стационар, однако она от госпитализации отказывалась. В записи от 06.04.1995 для её лечения предлагается перейти на инъекции инсулина. В июне 1995 г. (запись от 18.06.1995) был выставлен диагноз: сахарный диабет, инсулинзависимая форма, декомпенсация. В октябре 1995 г. при осмотре глазного дна врач-окулист обнаружил сужение артерий глазного дна, а через семь месяцев при повторном осмотре (май 1996 г.) фиксируется отрицательная динамика (ухудшение) – обнаруживается резкое сужение артерий глазного дна и устанавливается диагноз «ангиопатия сосудов сетчатки глаза». До ноября 1995 г. Т.Т.В. получала 20 единиц инсулина, затем доза была повышена до 24 единиц. Несмотря на регулярное лечение, состояние не улучшалось: глюкоза в крови продолжала колебаться до 13 ммоль/л, сохранялись жалобы на головокружение, слабость, сухость во рту, жажду, отмечалось повышение АД (кровяного давления) до 150/80 мм рт. ст. С лета 1996 г. доза инсулина была повышена до 28 единиц. В августе 1996 г. Т.Т.В. в результате осмотра ЛОР-врача был установлен диагноз: возрастная тугоухость. В августе 1997 г. на фоне повышения АД до 160/90 мм рт. ст. у Т.Т.В. появились отёки нижних конечностей. 27.11.1997 у Т.Т.В. внезапно появилась слабость в левых конечностях, речь стала затруднённой, она упала. Была осмотрена специалистами, которые диагностировали «гипертоническую болезнь 3-й стадии (наиболее тяжёлую форму. – Эксперты), острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне правой средней мозговой артерии, левосторонний гемипарез» (частичный паралич руки и ноги с левой стороны – эксперты). Признаки неполного паралича сохранялись еще в декабре 1997 г., что было зафиксировано невропатологом в амбулаторной карте. В последующем, несмотря на приём сосудорасширяющих и сердечных препаратов, сохранялось стойкое повышение кровяного давления (180–170/110–100 мм рт. ст.). В январе 1998 г. у Т.Т.В. в полости

малого таза была обнаружена опухоль, в связи с чем она была госпитализирована в хирургическое отделение городского онкологического диспансера, где находилась с 12.01.1998 по 06.02.1998 (история болезни 9027/97).

14.01.1998 ей была проведена операция пангистерэктомии (удаление матки с придатками. – Эксперты) по поводу «злокачественной опухоли в левом яичнике с метастазами в правую маточную трубу и в большой сальник» (гистологический анализ 2761-86 от 15.01.1998). 24.01.1998 ей была начата химиотерапия (история болезни и акт СПЭ). 02.02.1998 лечащий врач отметил (история болезни 9027/97): «Состояние средней тяжести, заторможена, в обстановке ориентируется плохо. Возбуждена. В анализе крови обнаружена мочевины 11,7 ммоль/л, назначена дезинтоксикационная терапия». В дневнике от 05.02.1998 той же истории болезни врач записал, что состояние больной остаётся средней тяжести, то возбуждена, то заторможена, отказывается от лечения, считает, что её хотят отравить, в контакт вступает плохо. Она лежала в постели, никого не узнавала (из показаний Х.М.В., л.д. 33–36). Была назначена консультация психиатра. На следующий день, 06.02.1998, Т.Т.В. была осмотрена психиатром, который выявил, что «речевой контакт затруднён. В собственной личности ориентирована частично, в месте и времени не ориентирована. Наблюдается психомоторное возбуждение в пределах постели. Отказывается от еды, от приёма медицинских препаратов, так как считает, что её хотят отравить. Считает, что её неправильно лечат, кормят». Болезненное состояние диагностировано как «соматогенный психоз, синдром параноидный (бредовой – эксперты)». Психиатр рекомендовал после выписки из онкодиспансера обратиться к районному психиатру в связи с необходимостью стационарного лечения в психиатрической больнице. «Выписана по настоянию родственников» (запись в истории болезни), однако Н.Т.М. этот факт отрицает и заявляет, что «разговора о том, чтобы положить Т.Т.В. в психиатрическую больницу, не было» (л.д. 36). Выписана была Т.Т.В. из онкодиспансера с диагнозом: основным – «злокачественная опухоль яичников, стадия 3, клиническая группа 2», сопутствующими – «хроническая ишемическая болезнь сердца; гипертоническая болезнь 2–6 степени; сахарный диабет. Осложнение – соматогенный психоз». Врач-психиатр Ростовского облпсихдиспансера Б.К.И, допрошенный в суде в качестве свидетеля, показал (л.д. 46–47), что именно он консультировал Т.Т.В. в онкологическом диспансере. Она не отвечала на вопросы адекватно. Он диагностировал психоз, что означает, что человек не отдаёт отчёта своим действиям. Параноидный синдром, который он ей установил, означает наличие у неё на тот период бреда – болезненных суждений, не поддающихся коррекции. Он рекомендовал ей специальное лечение. Однако она к психиатру не обращалась. В заключении экспертов ОПД значится, что после выписки из онкологического диспансера Т.Т.В. к райпсихиатру не обращалась, в психиатрическую больницу не стационарировалась, участковыми терапевтом и онкологом не наблюдалась. Однако в амбулаторной карте за 03.09.1998 сделана запись участкового терапевта: «Н/д (что означает – осмотр врачом "на дому") зафиксирован диагноз "гипертоническая болезнь II стадии" ей выписан номерной бесплатный рецепт». После этого в амбулаторной карте перерыв записей до 17 июня 1998 г., когда делается очередная запись уже после её выписки из БСМП-2, где она находилась в период с 11 по 16 июня 1998 г. Все предшествовавшие 17 июня 1998 г. и все последующие записи врача выполнялись аккуратно, не реже одного раза в месяц, производились врачом на дому при осмотре Т.Т.В., т. е. её состояние после выписки требовало систематического наблюдения,



которое продолжалось после записи от 17 июня 1998 г. (уже после подписания завещания). Состояние л.д. 63 позволяет предположить о его повторной подклейке, а сведения о том, наблюдалась ли Т.Т.В. после выписки или не наблюдалась, являются значимыми для экспертов. В этой ситуации следует исключить возможность работы экспертов с подложным документом, из которого изъят ряд листов. Для этого прошу суд назначить соответствующую экспертизу. Тем паче, что врач Г.Л.Н. в суде показала (л.д. 41–42), что она посещала Т.Т.В. на дому и та не всегда узнавала врача, «отвечала невпопад» (л.д. 42). Врач пояснила, что Т.Т.В. выписали досрочно в связи с тем, что она себя «плохо вела», после инсульта Т.Т.В. «стало хуже» (л.д. 42). Ей делались уколы. Из показаний свидетеля Х.М.В. (л.д. 33–36) следует, что в феврале 1998 г. Т.Т.В. была нервной, возбуждённой, крикливой. Из показаний Т.А.В. (л.д. 31–33): будучи допрошенным в суде рассказал, что Т.Т.В. после выписки была очень «раздражительна, боялась совершенно всего, иногда двери не открывала, когда (к ней) приходили.... Бывало не узнавала родственников.... могла что-то попросить, а потом забывала о просьбе». Также Т.Т.В. проявляла «вредность характера», которая после операции значительно усугубилась. Свидетель С.Н.В. (л.д. 51–52) показала, что была у Т.Т.В. в июне 1998 г. и та «плохо себя чувствовала». Из медицинской карты № 2021/811 БСМП-2 следует, что заболевание у Т.Т.В. внезапно обострилось 10 июня 1998 г. Со слов доставившей её «дочери», в медицинскую карту при поступлении врачом записано, что 10.06.1998 она потеряла сознание, появилась слабость в левой руке и ноге, речь стала невнятной. В стационар она была доставлена Н.Т.М. на личном транспорте лишь вечером следующего дня (исковое заявление, л.д. 3–6). В стационар она поступила 11.06.1998 в 21:04 по экстренным показаниям с признаками нарушения мозгового кровообращения (медицинская карта № 2021/811 и показания врача, принимавшего Т.Т.В. в момент госпитализации в БСМП, – л.д. 44–45). При поступлении состояние Т.Т.В. было квалифицировано как тяжёлое, она была пассивной, с бледными кожными покровами и слизистыми, АД = 150/90, нервно-психическое состояние описывалось как затруднённый контакт, некоторая заторможенность, невнятность речи (запись принимавшего её дежурного врача). Диагноз на момент поступления был установлен: «гипертоническая болезнь III стадии, ишемическая болезнь сердца, нарушение ритма по типу экстрасистолии, сахарный диабет II типа, острое нарушение мозгового кровообращения». Т.Т.В. была помещена в отделение (показания третьего лица Б.А.В. (л.д. 39–40)). В ту же ночь в палате на койке Т.Т.В. подписала оспариваемое завещание (показания третьего лица Б.А.В. (л.д. 39–40)). Согласно показаниям последнего, он знал о том, что на момент подписания завещания у неё был гипертонический криз и нарушение мозгового кровообращения, но посчитал, что кровяное давление в 150/90 является небольшим скачком давления в её возрасте. Сообщил, что она рассказала ему о том, что чувствовала себя плохо и теряла сознание, чётко и ясно отвечала на все вопросы, расписалась, вела себя совершенно адекватно. Однако Б.А.В. показал (л.д. 40), что его «не беспокоит, что она психически больна», так как «вела себя совершенно адекватно». Он же дал суду пояснения о том, что для установления «диагноза психически ненормального человека необходим консилиум трёх врачей» (что грубо противоречит Закону РФ о психиатрической помощи и правах граждан при её оказании), и о том, что «консультация психиатра не говорит о нарушении» (л.д. 40). В акте СПЭ, проведённой комиссией Ростовского облпсихдиспансера, записано, что «12.06.1998 Т.Т.В. была проконсультирована невропатологом, который установил диагноз "ишемический инсульт

в правой средней мозговой артерии". Невропатологом отмечено, что "контакт с больной затруднен из-за тугоухости пациентки, сознание ясное"». Было назначено соответствующее лечение. До 15.06.1998 по записям в истории болезни № 20218/811 дежурных врачей состояние больной было «стабильное, сознание и соматический статус без существенной динамики». Однако ознакомление с подлинником истории болезни № 20218/811 обнаруживает, что 12.06.1998 в 7:00 после капельного внутривенного введения раствора ницерголина в дозе 0,004 терапевт фиксирует у неё АД = 140/85, а через несколько часов АД = 200/110 и отёк левой кисти, голени и стопы, а невропатолог фиксирует у Т.Т.В. «левостороннюю гемиплегию (полный левосторонний паралич), гемигипестезию (нарушение чувствительности левой половины тела) и гематому затылочной области диаметром 3,0 см» (кровоизлияние под кожу головы, полученное вследствие удара), диагностирует «ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии» и назначает консультацию нейрохирурга. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, артериальное давление у Т.Т.В. держалось на высоких цифрах (200-180-170-160/110-100-95-80). 15.06.1998 её состояние обозначается как тяжёлое, подтверждается левосторонний полный паралич («в левой ноге и руке движения отсутствуют»). Фиксируется снижение памяти. В тот же вечер (запись дежурного врача в 20:00) на АД 170/100 Т.Т.В. становится неадекватной, исчезает ориентировка в месте и пространстве, возникает двигательное возбуждение, она ложится в коридоре, там же мочится. На следующее утро 16.06.1998 в 11:00 Т.Т.В. была осмотрена психиатром: «продуктивный контакт затруднён из-за тугоухости и нарушений речи. Больная заторможена (после седативных препаратов). Со слов медперсонала – двигательное (нецеленаправленное) возбуждение в вечерне-ночное время. Больная неопрытна мочой и калом». Психиатр установила диагноз: «дисциркуляторная энцефалопатия (повреждение головного мозга вследствие сосудистого поражения. – Эксперт ЛРНЦ. Заключение экспертов ОПД о том, что это состояние после острого нарушения мозгового кровообращения не соответствует действительности, так как первые признаки энцефалопатии появились у Т.Т.В. уже в 1995 году, задолго до острых нарушений мозгового кровообращения), состояние после острого нарушения мозгового кровообращения. Постинсультная асемическая деменция (слабоумие как результат инсульта) с психомоторным возбуждением». Был рекомендован индивидуальный пост (из акта СПЭ). На следующий день, 16.06.1998, Т.Т.В. была осмотрена эндокринологом, который внёс запись «больная в контакт не вступает, сбор анамнеза невозможен». В судебном заседании психиатр И.Н.В. показала (л.д. 43), что вызывалась в отделение 2 раза, так как у Т.Т.В. развивалось психомоторное возбуждение. Оценивая её поведение в больнице, заключила, что своим поведением Т.Т.В. руководить не могла. В тот же день, 16.06.1998, осматривается заведующим кардиологическим отделением, который пишет, что «сохраняются явления энцефалопатии, обусловленные атеросклерозом и ишемическим инсультом». В связи с неадекватностью поведения и невозможностью коррекции (психического состояния) транквилизаторами и антидепрессантами больная была выписана домой «под наблюдение участкового психиатра и невропатолога» в 22:00. Свидетельствуя в суде, врач М.С.Л. показал (л.д. 44), что на момент поступления у Т.Т.В. были признаки нарушения мозгового кровообращения, что определялось и визуально, и по жалобам, диагноз высказывался несколькими врачами. Он сам лично с ней беседовал. Выписал её, потому что слышал, что она собирается выброситься из окна 12-го этажа. Сказал, что «обычно таких больных отправляют к психиатру, но сначала её надо (было)

вылечить». Психиатр назначила индивидуальный (наблюдательный) пост. Она была выписана в связи с отсутствием в отделении транквилизаторов (препаратов для лечения психических расстройств), которые были ей прописаны (л.д. 44–45). Ответчица тут же пояснила (л.д. 44), что «не верила в то, что Т.Т.В. может выброститься», она лишь хотела «походить по двору, подышать свежим воздухом». Поэтому Н.Т.М. и забрала её. После выписки из стационара к Т.Т.В., в соответствии с рекомендациями специалистов, ни психиатр, ни невропатолог не приглашались, хотя ряд свидетелей показали, что она продолжала вести себя неправильно. Так, свидетель В.Т.Г. (л.д. 47) показала, что заходила как соседка к Т.Т.В. в неделю раза два. В июне-июле 1998 г. Т.Т.В. «то плакала, то смеялась, у неё было состояние депрессии, то (говорила), что кто-то идёт, то – что все хотят убить (её). И раньше замечала, что она чего-то боялась, говорила, что кто-то ходит, дверью хлопает, но слышать не могла. В июне 1998 г., когда Т.Т.В. отвезли в БСМП, у неё было странное поведение, рассеянное внимание. За собой ухаживать совсем не могла. Рассказывать не могла, может быть, понимала, что говорят, а может быть, и нет (л.д. 48). После больницы она не могла за собой ухаживать». В записях врача в амбулаторной карте от 17.06.1998, 3.06.1998 указываются жалобы на головную боль, головокружение, слабость, шум в голове, плохой сон, запоры.

07.07.1998 на дому врач фиксирует ухудшение состояния больной, а через неделю, 14 июля 1998 года, пишет: «Посетить больную не было возможности, т. к. калитка заперта, на звонки никто не вышел», а следующая запись от 29.07.1998 свидетельствует, что Т.Т.В. умерла в 9:00 утра без признаков насильственной смерти.

Таким образом, отвечая на поставленный судом вопрос, эксперт обращает внимание на следующее: по обеим линиям (мать, отец, родной брат) наследственная отягощённость атеросклерозом, гипертонической болезнью, которые протекали в тяжёлых формах с такими осложнениями, как инсульт и паралич. Именно эти сосудистые болезни привели и мать, и отца к смерти. Наследственная предрасположенность к сосудистым заболеваниям подтверждается признаками антиципации (у последующих поколений болезнь начинается раньше и протекает более тяжело). В частности, младший брат Т.Т.В. умер в более раннем возрасте, чем родители, а она сама заболела в 58 лет сахарным диабетом, сразу в тяжёлой декомпенсированной форме (2-я стадия). В пользу особой тяжести болезни свидетельствует тот факт, что с марта по ноябрь 1994 г. на фоне приёма сахаропонижающих препаратов сахар крови стабильно удерживался на высоком уровне (12,2-21,4), сохранялись клинические проявления болезни, возникли осложнения сахарного диабета (фурункулы, гнойники). Фактически одновременно с сахарным диабетом возникли признаки сосудистого поражения головного мозга (головокружение, слабость), что было зафиксировано уже в 1994 году – Т.Т.В. установили диагноз «сахарный диабет, церебросклероз (сосудистое поражение головного мозга)». В дальнейшем этот диагноз ни разу не подвергался сомнению и пересмотру. Оба заболевания приняли быстро прогрессирующий характер: приём сахаропонижающих препаратов не давал эффекта, уровень сахара в крови рос, глюкоза появилась и в моче (до 35, в норме в моче глюкозы не должно быть). Неоднократно отмечалась декомпенсация сахарного диабета. Форма диабета вскоре стала инсулинзависимой, что свидетельствует о значительном утяжелении болезни. Прогрессирование сосудистого заболевания – гипертонической болезни – проявлялось в том, что, несмотря на приём

сосудорасширяющих и сердечных препаратов, артериальное давление последовательно повышалось (160/90-180/110-220/110 мм рт. ст.), а также в том, что гипертоническая болезнь уже через 2 года приобрела кризовое течение (что является неблагоприятным вариантом её развития). Уже на третий год заболевания, осенью 1997 г., на фоне очередного сосудистого криза, как наиболее частый вариант осложнения сочетания сахарного диабета и гипертонической болезни, развилась сосудистая внутримозговая катастрофа – инсульт, проявившийся неполным параличом (гемипарезом) левых конечностей. В это же время у Т.Т.В. диагностирована уже не 2-я, а 3-я (самая тяжёлая) стадия гипертонической болезни. В 64 года у Т.Т.В. обнаружена злокачественная опухоль яичника с метастазами, по поводу чего ей была проведена тяжёлая хирургическая операция и вскоре начата химиотерапия. В этот период к сахарному диабету и гипертонической болезни присоединилась интоксикация, связанная с опухолью, операцией и лечением, и у больной остро возник психоз, проявляющийся бредом отравления и сопровождающим его бредовым поведением (отказ от еды, лечения в связи с убеждением в травле). Психиатр справедливо диагностировал параноидный (бредовой) синдром и отметил у Т.Т.В. нарушение ориентировки. В состоянии психоза с диагнозом «соматогенный психоз» Т.Т.В. и была выписана. Так как соматическая болезнь у Т.Т.В. не исчезла, а даже прогрессировала, у неё сохранялись и признаки параноидного состояния соматогенного происхождения: нервозность, возбуждённость, крикливость, «не открывала двери», «всего боялась». Через несколько месяцев (10 июня 1998 г.) на фоне очередного криза гипертонической болезни у неё остро развился повторный тяжёлый инсульт (кровоизлияние в мозг): она потеряла сознание (что говорит об особой тяжести мозгового осложнения) и упала, ударившись головой (в истории болезни зафиксирована крупная подкожная гематома волосистой части головы). О том, что инсульт возник ещё 10-го числа, свидетельствует запись в медицинской карте № 2021/811, сделанная в момент приёма, – «10.06.1998 она потеряла сознание, появилась слабость в левой руке и ноге, речь стала невнятной», и показания М.С.Л., принимавшего Т.Т.В. в момент госпитализации в БСМП-2 (л.д. 44–45). Почти сутки она находилась дома и только к исходу следующего дня была доставлена Н.Т.М. в БСМП-2. Согласно истории болезни, госпитализирована по экстренным (следовательно, угрожающим жизни) показаниям в ночное время, что подчёркивает особую тяжесть болезни. При поступлении состояние Т.Т.В. квалифицируется принимающими врачами БСМП-2 как «тяжёлое». Тяжёлым состояние оставалось на протяжении всех дней её пребывания в стационаре, о чём свидетельствует её режим – она наблюдалась дежурными врачами 2–3 раза в день, исследования, включая аппаратные (ЭКГ), ей выполнялись на месте. Артериальное давление АД = 150/90, намного более низкое, чем её постоянное, не является свидетельством «хорошего состояния», а, наоборот, свидетельствует об особой тяжести болезни и острой фазе инсульта, для которой как раз характерно падение давления. Именно поэтому на следующий день после госпитализации на фоне сосудорасширяющей интенсивной терапии оно вновь «подскочило» у неё до 200/110. С трактовкой тяжести состояния и характером болезни (повторное кровоизлияние в мозг) совпадает и описание её внешнего вида («бледные кожные покровы и слизистые» – характерный вид гипертоника с острой фазой кровоизлияния в мозг и упавшим давлением) и нервно-психического состояния – «затруднённый контакт, некоторая заторможенность, невнятная речь» (запись принимавшего её дежурного врача), что является характерными признаками для оглушения – непароксизмального выключения сознания, типичного, полностью

соответствующего характеру болезни (острая фаза инсульта) и её локализации в моторную (управляющую движениями конечностей – рук и ног) зону головного мозга. Этому (локализации и особой тяжести) полностью соответствует зафиксированная специалистом-невропатологом на следующий день гемиплегия – полный паралич руки и ноги на левой стороне тела. Таким образом, Т.Т.В. была доставлена в БСМП-2 ночью 11 июня 1998 года в острой фазе повторного инсульта (кровоизлияния в мозг) в бассейне кровоснабжения мозга правой средней мозговой артерией, что проявлялось состоянием нарушенного сознания и левосторонним параличом руки и ноги слева и соответствовало «тяжёлему», опасному для жизни больной состоянию, зафиксированному принимавшими её врачами. Именно в этом тяжёлом, угрожающем жизни состоянии, в состоянии оглушения – нарушенного сознания, в ночное время (для её болезни характерна суточная динамика болезни в виде ухудшения состояния в вечерне-ночное время) она и совершила оспариваемую сделку. Последующее развитие болезни (катамнез) соответствовало установленному диагнозу, характеру заболевания, его тяжести и осложнениям: подтверждалась левосторонняя гемиплегия (полный паралич левой половины тела), а по мере прояснения сознания выявилось постинсультное слабоумие (асемическая деменция) как следствие грубоорганического сосудистого поражения мозга, зафиксированное в больнице, как «дисциркуляторная (в результате нарушения мозгового кровообращения) энцефалопатия (невоспалительное поражение головного мозга)». Нелепое поведение Т.Т.В., неопрятность калом и мочой, сделали невозможным её пребывание в соматическом стационаре, и она была выписана домой в неоправданно короткий для её болезни срок, на фоне тяжёлых острых проявлений тяжёлой болезни не по медицинским показаниям (не в связи с улучшением её болезни), а по социальным – из-за невозможности обеспечить ей специальное наблюдение (пост), рекомендованное психиатром как раз из-за грубо дезорганизованного и нелепого поведения. О тяжести болезни говорит и тот факт, что через некоторое время эта болезнь и привела её к смерти (27.07.1998, без признаков насильственной смерти). Всё это позволяет считать, что на момент оспариваемой сделки – подписания завещания в БСМП-2 через несколько часов после госпитализации по жизненным показаниям, находясь в тяжёлом общем состоянии ночью 11 июня 1998 года, Т.Т.В. находилась в состоянии оглушения (нарушенного сознания), возникшего в острой фазе повторного инсульта. Повторные инсульты в бассейне правой средней мозговой артерии, проявившиеся левосторонней гемиплегией и гемипиги-постезией, являются осложнением основного заболевания, которым страдала подэкспертная, – гипертонической болезни III стадии с кризовым течением, с формированием выраженной дисциркуляторной энцефалопатии и последовательной сменой параноидного синдрома асемической деменцией (после повторного инсульта). Этот диагноз соответствует комбинированному шифру: шифр «164 – инсульт» (согласно разделу «Кодирование заболеваний, при которых могут возникнуть психические расстройства» МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра, действующая на территории России с 1998 г.) и шифр «F06.811 – другие психотические расстройства, обусловленные повреждением головного мозга в связи с сосудистым заболеванием головного мозга» (нарушения сознания относятся к наиболее тяжёлым психическим расстройствам и по степени своей тяжести соответствуют психотической симптоматике). Сопутствующее заболевание: сахарный диабет, инсулинзависимая форма, в стадии декомпенсации. В момент заключения сделки находилась в оглушении – состоянии нарушенного сознания. В силу оглушения в момент заключения сделки в ночное время 11 июня 1998 г. не могла

понимать значения своих действий, прогнозировать их последствия, не могла ими руководить. Болезненное состояние Т.Т.В. подтверждается объективным исследованием – почерковедческим, выполненным в Центральной Северо-Кавказской лаборатории судебной экспертизы. Согласно заключению эксперта В.Л.В., подпись Т.Т.В. под завещанием от 11 июня 1998 г., расположенная в строке «подпись», выполнена самой Т.Т.В. в необычном болезненном состоянии, что соответствует диагнозу «острое нарушение мозгового кровообращения».

## **ВЫВОДЫ**

1. На момент заключения оспариваемой сделки – подписания завещания в БСМП-2 вскоре после госпитализации по жизненным показаниям, находясь в тяжёлом общем состоянии, ночью 11 июня 1998 г. Т.Т.В. находилась в болезненном психопатологическом состоянии – в состоянии оглушения (нарушенного сознания), возникшего в острой фазе повторного инсульта.

2. В момент подписания завещания (в ночное время 11 июня 1998 г.) Т.Т.В. находилась в состоянии нарушенного сознания – оглушения, в силу чего не могла понимать значения своих действий, их правовой характер, прогнозировать их последствия, не могла ими руководить.

### **Пример детоубийства психически больной женщиной по материалам судебно-психиатрической экспертизы в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского**

К родилась в крестьянской семье, наследственность у неё психическими расстройствами не была отягощена. До болезни аномально-личностных свойств, отклонений в поведении не отмечалось, получила высшее педагогическое образование. Психические расстройства отмечаются с возраста 17 лет, болезнь характеризовалась приступообразно-прогредиентным течением. Перенесла три приступа с аффективно-бредовыми расстройствами. Находясь в состоянии ремиссии, продолжала обучение, вышла замуж, оставила учёбу в связи с рождением сына. После третьего приступа К. была поставлена на учёт в ПНД. В быту проявляла медлительность и психическую истощаемость, не справлялась с домашними делами и воспитанием сына, фактически не поддерживала отношений с мужем, который перешёл жить к своей матери, эпизодически конфликтовала с соседями. В августе 1999 г. вместе с сыном сменила место жительства, самовольно прекратила приём лекарств, не была поставлена на учёт в районном ПНД. На новом месте жительства, по показаниям соседей, К. вела себя странным образом. Она разговаривала сама с собой, стоя перед зеркалом, обращалась к известному певцу. Были случаи, когда она без причины избивала сына, рисовала ему на лбу, щеках и руках кресты. Мальчик пояснял соседям, что «кресты ему нарисовала мама, чтобы он не болел». 01.01.2000 К. сделала вызов на дом «скорой помощи», в связи с тем что её сын якобы травмировал глаз. Когда врач приехал по вызову, К. сообщила ему, что мальчик пытался выброситься из окна, она пыталась удержать сына и при этом случайно поранила ему глаз. При осмотре ребёнка не было обнаружено следов повреждения глаза. К. настаивала на госпитализации сына в психиатрическую больницу, поэтому была вызвана психиатрическая бригада. При

осмотре психиатрами мальчик вёл себя адекватно, спокойно, суицидальных мыслей не высказывал. У матери были отмечены психические отклонения: она рассказывала о секте, о божественных явлениях, о том, что собирается отправиться к звёздам. К. не была направлена на лечение в психиатрический стационар. В последующие дни она продолжала себя вести неадекватно. Малолетний сын пытался давать ей лекарство, но она говорила соседям, что он «пытается её отравить». Как следует из материалов уголовного дела, 13.01.2000 около четырёх часов К. взяла сына на руки и выбросила его из окна своей квартиры с 12-го этажа, в результате чего ребёнок скончался. Во время допроса К. пояснила, что «выбросить сына ей приказал Бог и обещал ей, что мальчик воскреснет». При освидетельствовании отмечалась манерность, многословие, иногда речь носила характер монолога, была разорванной по смыслу. Называла себя «дочерью Христа», говорила, что «призвана установить рай на Земле», что «с конца сентября слышит голос Бога, который помогал ей в воспитании сына... говорил, что другие дети недостойны, чтобы её сын учился вместе с ними». Исходя из таких соображений, стала запрещать сыну посещать школу. К. также сообщила, что «с декабря она стала бояться, что воротник сорочки ночью перетянет горло и сын задохнётся», поэтому она «стала спать с ним в одной постели». О правонарушении рассказывала спокойно, при этом говорила, что «выбросить сына приказал Бог, и он же сказал, что сын воскреснет». В отделении состояние было нестабильным, периоды эмоционального подъёма чередовались с периодами раздражительности, когда она конфликтовала с окружающими. Строила нелепые планы относительно своего будущего, говорила, что «будет преподавать детям закон Божий, чтобы у них не было грехов», что «должна скорее выписаться, так как Бог воскресил её ребёнка и она по нему соскучилась». Критика к состоянию и судебно-следственной ситуации отсутствовала.

Комиссия пришла к заключению, что К. страдает хроническим психическим расстройством в форме шизофрении. Заболевание носит приступообразно-прогредиентный характер с частыми обострениями в виде галлюцинаторных и аффективно-бредовых расстройств с бредовыми идеями фантастического содержания. Как страдающая хроническим психическим расстройством, К. в период правонарушения не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Описанный случай является наглядной иллюстрацией необходимости своевременного использования ст. 77 и 73 СК РФ в связи с опасностью психического состояния матери для здоровья и жизни ребёнка.

### **Пример недееспособности при шизофрении**

Больной С., 47 лет. Проходил амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу в ВНИИОСП им. В.П. Сербского в 1984 г. Направлен определением суда в связи с иском испытуемого о восстановлении на работе, с которой был уволен в 1978 г.

Сведений о наследственности и своём раннем развитии испытуемый не имеет. Рано остался без родителей. Воспитывался чужими людьми. По характеру всегда был «правдолюбивый, не терпящий несправедливости». Школу начал посещать своевременно,



учился удовлетворительно. Был в меру общителен, со всеми учениками поддерживал ровные отношения. Занимался спортом, читал много художественной литературы. В 14 лет быстро повзрослел, заметно выделялся «своими суждениями» среди сверстников. В отличие от сверстников, у которых на уме «были только игрушки», его уже в то время стали «волновать и интересовать политические проблемы в мире». Задумывался над смыслом жизни, как стать полезным обществу. После окончания 7-го класса не стал «лавировать и выбирать, как другие», а для «окончательного самоутверждения» решил посвятить себя «восстановлению разрушенного войной сельского хозяйства», успешно окончил школу механизации, непродолжительное время работал комбайнёром, затем был призван в армию, служил во флоте. Был помещён в психиатрическое отделение военного госпиталя в состоянии психомоторного возбуждения, высказывал бредовые идеи отношения, преследования, испытывал слуховые галлюцинации. С диагнозом «шизофрения» был комиссован из армии. В дальнейшем к психиатрам не обращался, сменил место жительства. Женился в 1965 г., от брака имеет двоих детей, взаимоотношения в семье, по его словам, «отличные». Учился заочно в Киевском университете на юридическом факультете, который окончил в 1977 г. С этого времени работал юрисконсультом на заводе.

Конфликтовал с директором завода, упрекал его в нечестности, «критиковал, невзирая на лица». Был уволен с работы. Упорно добивался восстановления на прежней работе и был восстановлен. Продолжал конфликтовать с сотрудниками, администрацией завода и в 1978 г. вторично был уволен с работы. На протяжении последующих двух лет испытываемый практически не работал. Всё это время стенично добивался восстановления на работе.

По его словам, зная его хорошие деловые качества, многие администраторы предлагали ему другую хорошую работу, но он отказывался потому, что «не хотел признавать себя побеждённым». Многократно писал письма во многие правительственные инстанции с требованием восстановить его на работе.

В 1979 г. у испытываемого появилось подавленное настроение, нарушился сон, пропал аппетит. Стали беспокоить неприятные ощущения в желудке. Обращался к врачам различных специальностей в поликлинике по месту жительства. Врачи никакого заболевания у него не нашли, однако испытываемый решил, что у него рак желудка. В связи с этим приехал в Москву, около месяца обследовался в институте им. А.Н. Герцена, где у него заболевания желудка также обнаружено не было. Был осмотрен дежурным психиатром по городу и направлен в психиатрическую больницу, где находился несколько дней. Во время пребывания в указанной больнице испытываемый был многоречив, благодушен, настроение приподнято. Подробно рассказывал о конфликтной ситуации на заводе, говорил, что уволили его с работы незаконно. Называл руководителей завода «мошенниками, бюрократами». Себя характеризовал человеком порядочным, справедливым, не терпящим никакого беззакония, за это у него раньше были неприятности. В мышлении его отмечались черты рассуждательства, резонёрства. С диагнозом «шизофрения» был переведён для дальнейшего лечения в психиатрическую больницу по месту жительства, где находился с 09.07.1980 по 03.04.1981. Первое время пребывания в больнице был склонен к резонёрству. Высказывал отрывочные бредовые



идеи отношения, переоценивал собственную личность. Требовал «восстановления справедливости» и немедленной выписки из больницы. Отрицал нелепое поведение в Москве. В результате проведённого лечения антипсихотическими препаратами исчезли бредовые идеи отношения, появилось формально-критическое отношение к своему психическому состоянию. Начал активно включаться в трудовые процессы, тяготился больничной обстановкой. Проявлял заботу и беспокоился о детях. Диагноз при выписке: «шизофрения (паранойяльного типа) в стадии ремиссии». При обследовании установлено следующее. Соматоневрологическое состояние без особенностей. Психическое состояние: испытуемый доступен контакту, правильно ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке. Подтянут, одет со вкусом, опрятен. В беседе активен, обстоятелен. Всем своим видом стремится показать, что он психически здоров. О себе говорит с переоценкой, стремится представить себя с лучшей стороны. Сообщая анамнестические сведения, делает акцент на своих заслугах, демонстрирует список всех поощрений и премий, которыми был отмечен его труд за последние годы работы. Взаимоотношения в семье характеризует как «отличные». Психически больным себя не считает. Своё предыдущее помещение в психиатрическую больницу считает «необоснованным», по словам испытуемого, он в то время «симулировал» психическое заболевание, якобы с целью избавиться от ответственности, так как тогда он был задержан сотрудниками милиции. Не отрицает, что в то время он действительно активно добивался своего восстановления на работе, писал жалобы и обращался во всевозможные инстанции по этому поводу. Признаёт, что он тогда, «возможно, переборщил с жалобами», хотя и по-прежнему убеждён в правомерности и обоснованности своих действий. Категорически отрицает наличие у него в прошлом каких-либо психотических переживаний, даже тех, на которые указано в медицинской документации. Убеждает экспертов, что врачи-психиатры тогда его не «поняли» и написало всё «ошибочно». Он ничего не сообщает также о своём психическом состоянии во время службы в армии и лечении в госпитале, ссылаясь на запечатывание событий за давностью лет. Не объясняет возбуждения им иска о восстановлении его на работе на заводе, где он работал несколько лет тому назад. Лишь при настойчивых расспросах, из отдельных высказываний, порой полунамёков? испытуемого вытекает, что на прежнем месте работы ему как «одарённому администратору» будет больше возможности проявить свои способности и талант, а на этом заводе, где он работает в последнее время, все против него, «из-за зависти ставят палки в колёса». Просит не расценивать его заявления как бред и не записывать их, «можете мне поверить, что это на самом деле так». Себя считает «поборником правды и справедливости». Мышление несколько обстоятельное, суждения поверхностны. У испытуемого не возникает и тени сомнения, что он будет признан дееспособным. Просит врачей «попутно» снять с него «диагноз шизофрении», так как этот диагноз, по его словам, необоснован и мешает его карьере. Убеждает врача, что больше жалоб он писать никогда не будет и теперь понял, что «стену головой не пробьёшь». Намерен впредь действовать только через суд.

На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что С. страдает хроническим психическим заболеванием в форме приступообразно-прогредиентной шизофрении. Не может понимать значения своих действий и руководить ими.

Следует подчеркнуть, что экспертное заключение о способности понимать значение своих действий и руководить ими может быть вынесено больному только в состоянии сформировавшейся ремиссии и зависит от её глубины, стойкости и психопатологической структуры. Установление де-, недееспособности в остром психотическом состоянии или во время становления ремиссии нецелесообразно, поскольку в этот период болезни структура дефекта и компенсаторные возможности личности ещё не определены.

### **Пример острого соматогенного психоза с проявлениями синдрома старческого делирия (наблюдение проф. С.Г. Жислина, 1965)**

Больная Т., 74 года. Живёт у дочери. До последнего времени вела хозяйство, не обнаруживала никаких признаков упадка работоспособности. Всегда была деятельна, энергична. Во время ВОВ пробыла 2 года в эвакуации, работала, вела хозяйство, проявляла энергию, заботилась о семье дочери, часто приходилось недоесть. В 1943 г. вернулась в Москву. Часто жаловалась на головные боли, но продолжала самостоятельно вести хозяйство, не обнаруживала никакого упадка памяти и интеллекта. Последние недели перед поступлением в больницу физически ослабела, перестала за собой следить, стала странной. Заявила, что к ней в кровать положили каких-то мальчиков, не ориентировалась в знакомой обстановке, не пользовалась уборной, была неопрятна мочой и калом. При поступлении 31.03.1946 г. жалуется на головную боль. Не знает, где находится. Года назвать не может. Говорит, что ей 19 лет, что мать жива, ей больше лет, а сколько – не знает. Речь дизартрична. Вяла, на вопросы отвечает медленно, спонтанно, в беседу не вступает, с трудом передвигается.

Соматическое состояние: в лёгких укороченный перкуторный звук справа и в области лопатки. Дыхание ослаблено. Пульс 84 удара в минуту. Сердце: тоны приглушены, на аорте прослушивается систолический шум. Температура 39 °С.

01.04–12.04: больная полностью дезориентирована в месте, времени, окружающей обстановке. Не может сказать, где она находится, куда её поместили, в каком городе она живёт, на какой улице. На вопрос, сколько ей лет, отвечает: «Пошёл 19-й». Говорит, что недавно к ней приходила её мать. Больных принимает за детей, говорит: «Здесь все знакомые». В то же время правильно показывает правую и левую стороны, правильно называет предметы. Ко всем относится безразлично, не высказывает никаких желаний.

13.04–25.04: слаба, всё лежит, много спит. Ориентирована значительно лучше, но наряду с правильными ответами даёт и неправильные. Назвала имя, отчество, фамилию. На вопрос о возрасте отвечает: «Лет около 70», в другой раз отвечает «74 года». Имя мужа назвала, отчество его не могла назвать, несколько раз мужа назвала по имени и отчеству отца. Имя и возраст детей перечислила. Знает, что сейчас весна; год, месяц назвать не может. Знает, что война кончилась, но «в этом месяце». С кем была война, не знает, «раньше знала, теперь забыла». Она находится в больнице, у неё болит голова. Постоянно возвращается к рассказу о времени эвакуации, о том, как ей там было трудно, как голодали. Здесь, в больнице, ей лучше. Дома её попрекают каждым куском хлеба. В то же время утверждает, что мать её жива, ей тоже 74 года, они «однолетки»; после свидания с

дочерью заявляет, что это была сестра. Настроение несколько благодушное. Нередко вместо ответа на новые вопросы повторяет ответы на предыдущий вопрос.

26.04–30.04: соматическое состояние значительно ухудшилось. Очень слаба, заметно осунулась, значительно слабее реагирует на обращение.

Заключение: пневмония (абсцесс?) верхней доли правого лёгкого.

Больная скончалась 05.05. Патологоанатомический диагноз: общий атеросклероз, атеросклероз головного мозга, септикопиемия. Дегенеративная энцефалопатия с ангионекрозами и тромбами мозговых сосудов, с воспалительной реакцией в сосудах. Бляшек старческого слабоумия не найдено. Альцгеймеровских фибрилл нет.

В приведённом случае синдром старческого делирия развился остро, в течение нескольких недель. Вплоть до возникновения этого синдрома больная вообще не обнаруживала никаких признаков психического заболевания. Старческий делирий выражен был в этом случае достаточно ярко, мало чем отличаясь от подобных картин при старческом слабоумии. Нехарактерными для старческого слабоумия являлись лишь глубокие колебания в состоянии больной (значительная часть расстройств, касавшихся «сдвига в прошлое», нарушение памяти и пр. быстро исчезли).

Синдром развился здесь в связи с соматическим заболеванием (тяжёлой общей инфекцией, поражением внутренних органов).

Могла ли больная Т. по своему психическому состоянию в описываемый период времени понимать значение своих действий и руководить ими?

## **Приложение 2 Контрольные вопросы**

1. Что такое правоспособность?
2. Дайте определение дееспособности и недееспособности.
3. Кто определяет дееспособность гражданина?
4. Что ограничивает дееспособность?
5. Что такое «медицинский и юридический/психологический критерии недееспособности»?
6. Что такое «делкоспособность»?
7. Каким образом в Семейном кодексе сформулированы права и обязанности родителей?
8. Как правильно сформулировать вопросы экспертам, психологу и психиатру, в отношении защиты детей (в соответствии с их компетенцией)?

9. Что такое «ограничение родительских прав»?
10. Какие психопатологические расстройства у женщин представляют опасность для их детей?
11. Что такое «моральный вред»?
12. Какие вопросы следует задавать экспертам при СПЭ в делах о компенсации морального вреда (в соответствии с компетенцией психологов и психиатров)?
13. Назовите задачи КСППЭ по делам об определении степени морального вреда.
14. Расскажите о законодательстве в отношении дееспособности в странах Западной Европы.
15. Перечислите основные положения Минского соглашения в отношении психически больных в странах СНГ.
16. Перечислите права и обязанности опекунов.
17. Что такое «ограниченная дееспособность»?
18. Расскажите о систематике шизофрении.
19. Опишите клинику простой шизофрении.
20. Какие формы шизофрении являются прогностически неблагоприятными?
21. Что такое «резидуальная шизофрения»?
22. Опишите клинику шизотипического расстройства.
23. Как влияет психотравмирующая ситуация на дееспособность больных шизофренией?
24. В каких случаях больных шизофренией следует признавать дееспособными?
25. Дайте определение деменции.
26. Что такое «тотальная деменция» и о каких заболеваниях она свидетельствует?
27. Как влияет на дееспособность парциальная деменция?
28. Как влияют на дееспособность умеренно выраженные психоорганический и психопатоподобный синдромы?
29. При каких состояниях у больных с органическим поражением головного мозга нарушается «делкоспособность»?

30. Какие психические расстройства возникают при алкогольной зависимости?
31. Что такое «нехимические зависимости»?
32. Может ли патологическое влечение к азартным играм ограничивать дееспособность?
33. Перечислите задачи комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз в гражданском процессе.
34. Как преодолеваются трудности патопсихологических исследований в судебной ситуации?
35. Какие виды «психологических защит» выявляются у подэкспертных в судебной ситуации?
36. По каким делам в гражданском процессе проводятся посмертные судебно-психиатрические экспертизы?
37. Как формулируются вопросы экспертам при посмертных судебно-психиатрических экспертизах?
38. Чем характеризуются бредовые синдромы у лиц позднего возраста?
39. Охарактеризуйте особенности посмертных судебно-психиатрических экспертиз при тяжёлых соматических заболеваниях с психическими заболеваниями.
40. Чем характеризуются посмертные судебно-психиатрические экспертизы у онкобольных?
41. Как оценивается дееспособность («делкоспособность») больных в терминальной стадии онкозаболеваний?
42. Опишите синдромы помрачения сознания.
43. Как решаются судебно-психиатрические экспертные вопросы о «делкоспособности» у больных с глубокой астенией?

### **Рекомендованная литература**

1. Аймедов, К.В. Ігроманія – паралельний світ: монографія. – Київ: НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, LAT & K, 2012. –244 с.
2. Бухановский, А.О. Игровая зависимость: клиника, патогенез, терапия / А.О. Бухановский, В.А. Солдаткин, В.В. Мадорский [и др.]; под ред. А.О. Бухановского, В.А. Солдаткина. – Ростов н/Д: ГОУ ВПО «РостГМУ», 2011. –304 с.

3. Вербенко, В.А. Краткий курс психиатрии. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) / В.А. Вербенко, И.В. Ганзин, А.А. Коробов [и др.]; под ред. проф. В.П. Самохвалова. – Симферополь: СОНАТ, 2000. –344 с.
4. Веттерберг, Л. Карманная психиатрия: пер. со швед. / Л. Веттерберг. – Упсала, 1997. – 176 с.
5. Вострокнутов, Н.А. Методологические основы экспертного подхода к правовой защите детей (судебно-психиатрический и судебно-психологический подходы): методические рекомендации / Н.А. Вострокнутов, Н.К. Харитонов, Ф.С. Сафуанов. —М., 2004.
6. Гельдер, М. Оксфордское руководство по психиатрии: пер. с англ. / Майкл Гельдер, Деннис Гет, Ричард Мейк. – Киев: Сфера, 1997. —Т. 1. –299 с.; Т. 2. –435 с.
7. Дмитриева, Т.Б. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе / Т.Б. Дмитриева, Н.К. Харитонов, К.Л. Иммерман, Е.В. Королёва. —М., 2000. –208 с.
8. Енгальчев, В.Ф. Судебно-психологическая экспертиза / В.Ф. Енгальчев, С.С. Шипшин. – Калуга – Обнинск – Москва, 1997.
9. Калинина, А.Н. Обобщение практики производства в СЭУ Минюста России судебной психологической экспертизы по фактам морального вреда / А.Н. Калинина // Материалы конференции по юридической психологии, посвящённой памяти М.М. Коченова. Часть 1. – М.: МГППУ, 2005. – С. 42–44.
10. Калинина, А.Н. Теоретические и методические основы судебной психологической экспертизы по делам о компенсации морального вреда: автореф. дис.... канд. юрид. наук / А.Н. Калинина. – М., 2006.
11. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / сост. Дж. С Купер; под ред. Дж. С Купера; пер с англ. Д. Полтавца. – Киев: Сфера, 2000. –464 с.
12. Коченов, М.М. Введение в судебно-психологическую экспертизу / М.М. Коченов. – М., 1980. – 117 с.
13. Кудрявцев, И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза / И.А. Кудрявцев. – М.: Изд-во МГУ, 1999.-498 с.
14. Максименко, С.Д. Медична психологія: підручник /С.Д. Максименко, Ш.А. Коваль, К.С. Максименко, М.В. Пупача; за ред. Акад. С.Д. Максименка. – Вінниця: Нова книга, 2008. –520 с.
15. Морозов, Г.В. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии) / Г.В. Морозов, Н.Г. Шумский. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998. – 426 с.

16. Нагаев, В.В. Основы судебно-психологической экспертизы / В.В. Нагаев. – М., 2000.
17. Основы судебной психиатрии: учебник Фолка. -3-е изд., перераб. и доп.; пер. с англ. – Киев: Изд. «Сфера», 2008. – 340 с.
18. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГСОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
19. Психіатрія і наркологія: підручник / О.К. Напрєєнко, М.І Винник, Й. Влох; за ред. проф... О.К. Напрєєнка. – Київ: ВСВ «Медицина», 2011. –528 с.
20. Русаковская, О.А. Актуальные вопросы участия специалистов в судебных спорах о воспитании детей раздельно проживающими родителями / О.А. Русаковская, Ф.С. Сафуанов, Н.К. Харитоновна // Психология и право. -2011. – № 1.
21. Сафуанов, Ф.С. Методологические проблемы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делам о воспитании детей при раздельном проживании родителей / Ф.С. Сафуанов, О.А. Русаковская // Психологическая наука и образование. - 2010.-№ 2.
22. Сафуанов, Ф.С. Компетенция комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делам о компенсации морального вреда / Ф.С. Сафуанов, Н.К. Харитоновна, Е.Г. Дохзорцева [и др.] // Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сб. № 43. – М., 2005. – С. 337–347.
23. Семейный кодекс Российской Федерации. – М., 2006.
24. Снежневский, А.В. Общая психопатология: курс лекций / А.В. Снежневский. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 208 с.
25. Сыропятов, О.Г. Клинико-психопатологическая диагностика / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская. – Киев: Наук. світ, 2005. –240 с.
26. Сыропятов, О.Г. Клиническая психиатрия: избранные слайдовые лекции для врачей / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская. – Киев: Наук. світ, 2005. –240 с.
27. Сыропятов, О.Г. Судебная и пенитенциарная психиатрия: руководство для психиатров, клинических психологов и юристов / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, А.И. Щербак, С.С. Яновский. – Киев: Украинская военно-медицинская академия, 1999. – 292 с.
28. Толстиков, Н. Компенсация морального вреда / Н. Толстиков // Законность. – 2006. – № 11. – С. 41–43.
29. Утехин, С.В. К вопросу о назначении судебной психолого-медицинской экспертизы в делах по нанесению морального ущерба гражданам / С.В. Утехин, А.Л. Южанинова // Методы психологии. – Ростов н/Д, 1997. – Т. 3. -Вып. 1.-С. 253–255.

30. Харитонов, Н.К. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе (клинический и правовой аспекты) / Н.К. Харитонов, Е.В. Королёва. – М., 2009.
31. Харитонов, Н.К. Оценка способности лиц с психическими расстройствами к воспитанию детей / Н.К. Харитонов, Е.В. Королёва, О.А. Русаковская // Практика судебно-психиатрической экспертизы / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 2010. – Сб. 48.
32. Холопова, Е.Н. Правовые основания назначения судебно-психологической экспертизы по факту причинения морального вреда / Е.Н. Холопова // Право и жизнь. - 2003. – № 54. - С. 51–57.
33. Холопова, Е.Н. Судебно-психологическая экспертиза как доказательство размера компенсации морального вреда в уголовном судопроизводстве / Е.Н. Холопова // Право и жизнь. – 2003. – № 55. – С. 161–168.
34. Цветкова (Калинина), А.Н. Практика судебных решений по делам о моральном вреде и психологическая экспертиза / А.Н. Цветкова (Калинина) // Бюллетень Управления Судебного департамента Калужской области. – 2001. - Вып. 1–2. - С. 122–126.
35. Цветкова (Калинина), А.Н. Установление связи действий причинителя вреда и страданий потерпевшего / А.Н. Цветкова (Калинина) // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы III Всероссийского съезда психологов. 25–28 июня 2003 года. – СПб.: Изд-во Санкт-Петерб. ун-та, 2003. – Т. 8. – С. 229–232.
36. Шостакович, Б.В. Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе / Б.В. Шостакович, А.Д. Ревенок. – Киев: Здоровье, 1992. – 184 с.
37. Эрделевский, А.М. Компенсация морального вреда: анализ и комментарий законодательства и судебной практики / А.М. Эрделевский. – М., 1999.
38. Южонинова, А.Л. Судебно-психологическая экспертиза по делам о компенсации морального вреда / А.Л. Южанинова. – Саратов, 2000.
39. Ясперс, К. Общая психопатология: пер. с нем. / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. – 1054 с.
40. Baerger, D.R. A Methodology for Reviewing the Reliability and Relevance of Child Custody Evaluations /  
D.R. Baerger, R. Galatzer-Levy, J.W. Gould, S.G. Nye // Journal of the American Academy of Matrimonial Lawyers, Child Custody Evaluations, 2002. V. 18.
41. Hetherington, E.M. Effects of Divorce on Parents and Children / E.M. Hetherington, M. Cox, R. Cox; M. Lamb (Ed.) Non-traditional Families. – Hillsdale, N.J., 1982.
42. Kelly, J.B. The Alienated Child: A Reformulation of Parental Alienation Syndrome / J.B. Kelly, J.R. Johnston // Family Court Review. 2001. Vol. 39. № 3.



43. Thomas, A.M. The Relationship between Parental Depressive Mood and Early Adolescent Functioning / A.M. Thomas, R. Forehand // Journal of Family Psychology. 1991. Vol. 4.

44. Vallerstein, J.S. Surviving the Breakup: How Children and Parents Cope with Divorce / J.S. Wallerstein, J.B. Kelly. -N.Y., 1980.

45. Zimmerman, J. Ethical and Professional Considerations in Divorce and Child Cases / J. Zimmerman, A.K. Hess, N.A. McGarrah, G.A. Benjamin, G.A. Ally, J.K. Gollan, N. Kaser-Boyd // Professional Psychology: Research & Practice, 2010. V. 40.

#### **Сведения об авторах**



**СЫРОПЯТОВ Олег Геннадьевич,**

доктор медицинских наук, профессор, действительный член Крымской АН.

Профессор кафедры военной терапии по курсам психиатрии и психотерапии Украинской военно-медицинской академии, врач-психиатр высшей категории.



ДЗЕРУЖИНСКАЯ Наталия Александровна,

доктор медицинских наук, старший научный сотрудник.

Доцент кафедры психиатрии и наркологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, врач-психиатр высшей категории.



СОЛДАТКИН Виктор Александрович,

доктор медицинских наук, доцент.

Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета. Руководитель центра психологической поддержки РостГМУ.

Врач-психиатр высшей категории.

Член Правления Российского общества психиатров.

Рецензенты:

Ретюнский К.Ю. – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии Уральской государственной медицинской академии, главный психиатр УрФО;

Бухановский А.О. – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии и наркологии Ростовского государственного медицинского университета, президент Л РН Ц «Феникс».