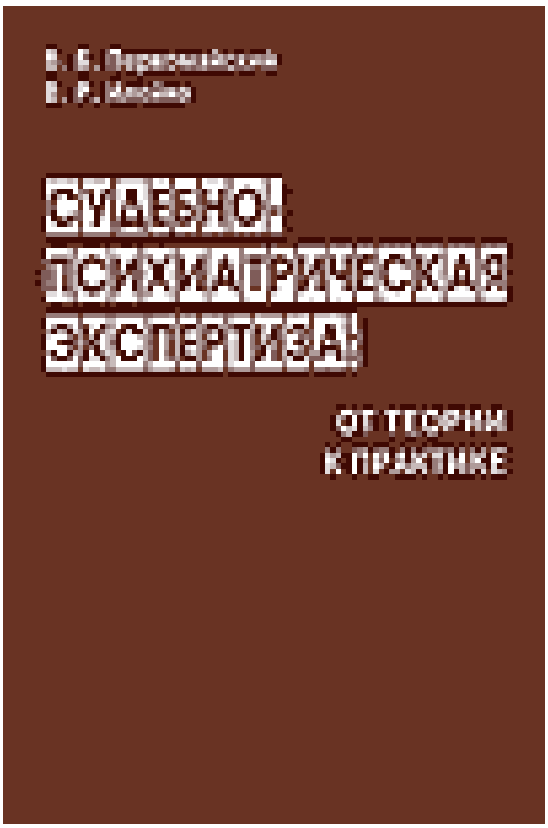

В. Е. Первомайский
В. Р. Хисамов
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА:
ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ 4

КАТЕГОРИИ БОЛЕЗНИ, ЗДОРОВЬЯ, НОРМЫ, ПАТОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ: КОНЦЕПЦИИ И КРИТЕРИИ РАЗГРАНИЧЕНИЯ 16

ОБЪЕКТЫ И ПРЕДМЕТ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ 32

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ АНОМАЛИЙ В СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ 38

УСТРАНЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ ПРОТИВОРЕЧИЙ В РЕГЛАМЕНТАЦИИ НАЗНАЧЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА (по проекту Уголовно-процессуального кодекса Украины) 43

ВОПРОСЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ НЕВМЕНЯЕМОСТИ И НАЗНАЧЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ПРОЕКТАХ УПК И УК УКРАИНЫ 47

ОГРАНИЧЕННАЯ ВМЕНЯЕМОСТЬ: ПЕРСПЕКТИВЫ ВВЕДЕНИЯ 54

НОВЫЙ УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС: СТАРЫЕ И НОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 57

МЕДИЦИНСКИЕ МЕРЫ ПО НОВОМУ УГОЛОВНОМУ КОДЕКСУ 62

ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ОПЬЯНЕНИЯ КАК СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА 68

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ: РАЗЛИЧИЯ И СХОДСТВО 81

К ПАТОГЕНЕЗУ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ (первое сообщение) 96

К ПАТОГЕНЕЗУ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ (второе сообщение) 108

СУБЪЕКТ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРОБЛЕМА РАСХОЖДЕНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ ВЫВОДОВ 121

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ 131

ДОКАЗАТЕЛЬСТВО СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ВЫВОДОВ (первое сообщение) 139

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ 146

СУДЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ДЕЛАМ О ПРИЧИНЕНИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА 151

«ДЕЕСПОСОБНОСТЬ», «НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ» — ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОНЯТИЙ 161

ОГРАНИЧЕННАЯ ДЕЕСПОСОБНОСТЬ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ 165

ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАЗВИТИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ПРОБЛЕМУ ДЕЕСПОСОБНОСТИ 171

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ДЕЕСПОСОБНОСТИ, ОГРАНИЧЕННОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ В ЗАРУБЕЖНОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 176

ПОСМЕРТНАЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ — МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ, МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ И ЗАДАЧИ.....184

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ 188

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ПОКАЗАНИЙ СВИДЕТЕЛЕЙ ПРИ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ 196

ОБОСНОВАНИЕ ЭКСПЕРТНЫХ ВЫВОДОВ В АКТЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ.....203

ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДИНАМИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ 209

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ (КАК КЛИНИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА) ПРИ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ 219

К ОБОСНОВАНИЮ ЭКСПЕРТНОГО МЕТОДА В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ.....226

СОСТАВЛЕНИЕ АКТА ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ.....234

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ.....261

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 270

ПРЕДИСЛОВИЕ

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко

Опыт издания предыдущего сборника статей показывает правильность избранного пути. Поступившие положительные отзывы подтверждают наше предположение, что многое из опубликованного ранее в силу разных причин остаётся неизвестным читателю. Поэтому мы сочли целесообразным продолжить этот опыт.

Настоящая книга состоит из трёх разделов. В первом разделе представлены работы, освещающие вопросы судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе. Думается, что по ним можно составить представление о дискуссионных проблемах этого раздела судебной экспертизы. Статьи, посвящённые новому Уголовному кодексу на этапе разработки и после его принятия, иллюстрируют сложность и противоречивость процесса законотворчества. К сожалению, научно обоснованные подходы не всегда находят понимание и поддержку законодателя. Это обусловливает тиражирование во времени морально устаревших идей, закладывая отставание закона от современных требований.

Статьи, собранные во втором разделе, посвящены судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе. Эти экспертизы составляют меньшую часть объёма экспертной работы. Однако значение их всё более возрастает. Причин несколько. С одной стороны, этот раздел экспертной деятельности наименее разработан и в то же время является наиболее сложным с точки зрения возможностей получения достоверных фактов для формулирования научно обоснованных выводов. С другой — постоянно растёт масса собственности, которая становится предметом юридически значимых действий её владельцев и интереса третьих лиц. Конфликты, возникающие в связи с этим, становятся предметом рассмотрения в судах. При проведении в этих случаях судебно-психиатрической экспертизы выраженное эмоциональное напряжение сторон, невосполнимый дефицит объективных данных требуют филигранной экспертной техники, позволяющей эксперту, не выходя за пределы своей компетенции, представить суду научно обоснованные выводы. Статьи, изложенные в этом разделе, позволяют читателю составить об этом определённое представление.

Некоторые из собранных в этом сборнике статей подверглись незначительной редакционной правке, оставившей нетронутыми основные мысли работы. Изменены неудачные выражения, устранены ошибки и опечатки. Дополнены и откорректированы списки литературы. Следуя пожеланиям части читателей и исходя из реалий сегодняшнего дня, мы сочли возможным статьи, опубликованные в оригинале на украинском языке, перевести на русский. Это, безусловно, облегчит положение читателей из «ближнего зарубежья», если книга туда попадёт.

Поскольку значительная часть статей сборника посвящена судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе, мы решили в качестве иллюстрации представить в третьем разделе случай экспертизы, выполненной в отделе, с необходимым анализом. Если этот опыт найдёт поддержку у читателя, его можно было бы продолжить. В любом случае авторы рассчитывают на обратную связь с читателем и с благодарностью воспримут Ваше мнение, критические замечания и пожелания.

К ТЕОРИИ СУДЕБНОЙ ПСИХОНОМИКИ

В. Б. Первомайский

В настоящее время теоретическим фундаментом познавательной структуры, раскрывающим сущность судебно-экспертного познания, является криминалистическое учение о связях взаимодействия. В его основе лежит общий гносеологический принцип получения доказательственной информации за счёт использования взаимного отражения свойств любых взаимодействующих объектов в процессе приготовления, совершения и сокрытия преступления [4, 17]. Вполне естественно, что наиболее тщательно детали этого учения проработаны применительно именно к криминалистическим экспертизам, поставлявшим практический материал для анализа и теоретического обобщения. Вместе с тем очевидно, что если указанное учение о связях взаимодействия претендует на место теоретической основы всех видов судебно-экспертного познания, то его основные принципы и положения должны быть применимы к судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизе.

В пределах судебной экспертологии на базе учения о связях взаимодействия формируется три общих учения в зависимости от характера следовой информации, используемой в конкретных видах экспертного исследования: судебно-экспертное следоведение, судебно-экспертная документалистика и судебно-экспертная психономика.

Следоведение объединяет криминалистические, судебно-технические и судебно-медицинские экспертизы, отличительным признаком которых является исследование следов преступления в их материальной форме (материальные следы-отображения). Документалистика объединяет все разновидности судебно-экспертного познания обстоятельств исследуемого события, запечатлённого в семантике документов в виде следов-обозначений (судебно-экономические экспертизы). И, наконец, психономика, исследующая поведенческие акты людей, связанные с особенностями психического отражения ими расследуемого события. Речь идёт о судебно-психиатрических и судебно-психологических экспертизах, исследующих идеальные следы-отображения [18]. Существенным признаком, объединяющим указанные виды экспертиз в отдельный раздел судебной экспертологии, является исследование психики человека, определение психических состояний на период времени и в отношении конкретных событий, интересующих следствие и суд. В этом смысле к экспертизам, исследующим идеальные следы, необходимо отнести и такие экспертизы как почерковедческая, экспертиза на предмет осведомлённости подэкспертного относительно определённых событий и фактов, автотехническая, в части установления влияния психического фактора на ситуацию дорожно-транспортного происшествия [2, 5, 8].

Современный этап развития судебной экспертизы психических состояний характеризуется рядом противоречивых тенденций. Действующее законодательство в качестве общей посылки допускает использование научных, технических или других специальных знаний в уголовном процессе (ст. 75 УПК), специальных познаний в области науки, искусства, техники или ремесла в гражданском процессе (ст. 57 ГПК), а также когда возникает необходимость в специальных познаниях при рассмотрении дел об административных правонарушениях (ст. 273 КУАП), путём назначения соответствующей экспертизы. Очевидно, что применительно к экспертизе психических состояний речь идёт именно о научных знаниях, а не знаниях в области искусства, техники или ремесла.

Законодатель не дифференцирует, к какой именно науке относятся знания, необходимость в которых возникает при решении вопросов, относящихся к психике. И это вполне понятно, поскольку нецелесообразно загромождать закон перечислением всех возможных отраслей специальных знаний, которые могут понадобиться при решении вопросов, возникающих по делу. Поскольку процесс дифференциации наук является перманентным, то использованная в законе абстрактная формула охватывает все возможные случаи обращения к специальным знаниям, оставаясь верной даже в отношении тех знаний, которые были неизвестны законодателю на момент составления кодекса.

Среди специальных знаний, применяемых в судебной экспертизе, знания о психической деятельности человека занимают особое положение. Согласно современной классификации наук явления, относящиеся к психике, изучаются двумя «материнскими» науками — психологией и психиатрией. Психология в этом контексте понимается буквально как наука о душе или, более полно, как наука о закономерностях развития и функционирования психики как особой формы жизнедеятельности [7]. Соответственно понятие «психиатрия» может быть дословно переведено с греческого как лечение души. Более полно понятие «психиатрия» означает отрасль медицинской науки, изучающая вопросы профилактики, этиологии, патогенеза, клиники, течения, терапии, экспертизы, трудоустройства патологических состояний, возникновение которых связано с врождёнными или приобретёнными нарушениями психики [3]. Будучи «материнскими» науками, психология и психиатрия дают начало множеству «дочерних» наук, в различной степени претендующих на самостоятельность. В психологии насчитывается более трёх десятков таких наук, дифференцируемых по виду профессиональной деятельности объекта, отрасли народного хозяйства и др. Среди них есть и такие, которые пересекаются с юридической наукой (юридическая психология, судебная психология, криминальная патопсихология) и с психиатрией (медицинская психология, патопсихология).

Исследуя специальную литературу, можно сделать вывод, что судебно-психиатрическая экспертиза продолжает оставаться terra incognita для судебной экспертологии. В равной мере это относится и к судебно-психологической экспертизе, какой она есть в настоящее время. Конечно же, этому есть своё объяснение и свои причины. Ближайшая из них лежит на поверхности. Криминалистическое учение о связях взаимодействия базируется на исследовании материальных объектов. Эти объекты стабильны во времени, имеют постоянные свойства и сохраняют свою сущность независимо от позиции или желания исследователя. Юридически значимые факты, выявленные при исследовании таких объектов экспертным путём, остаются фактами независимо от политической конъюнктуры, доминирующей в обществе идеологии или иных социальных воздействий. В наиболее общем виде эту специфическую особенность следоведения и документалистики можно определить как неизбежность выявления научно (а, следовательно, и юридически) значимого факта при достаточном объёме и степени сохранности исходных материалов, правильном выборе экспертной методики и правильном её применении.

Психиатрическая экспертиза в этом смысле на сегодняшний день менее определённа и более зависима, поскольку психиатрия, как наука и медицинская практика, социальна по своей природе. Попытки приложения теории доказательства к психиатрической диагностике наталкиваются на серьёзные преграды в виде доминирующих в обществе психиатрических школ, препятствующих развитию «инакомыслия», несовершенства и противоречивости диагностических стандартов, дефектов подготовки психиатров. С психологической экспертизой дело обстоит ещё сложнее. Предполагая возможные возражения оппонентов, приходится констатировать, что судебно-психологическая экспертиза продолжает находиться в поиске своего места в ряду экспертных наук,

наталкиваясь на ряд серьёзных препятствий. К основным из них относятся: отсутствие чётких представлений об объектах и предмете исследования, отсутствие экспертного метода исследования, отсутствие диагностических стандартов по психологическим аспектам объекта экспертизы, которые могли бы быть использованы в уголовном или гражданском процессе. Иными словами, всё сводится к ответам на вопросы: есть ли потребность у суда в выявлении юридически значимых фактов психологической природы, которые могут повлиять на судебное решение, представлены ли такие факты каким-либо образом в действующем законодательстве и позволяет ли современное состояние психологической науки доказательно установить наличие такого факта.

Чтобы предотвратить подозрения в отрицании права на существование судебно-психологической экспертизы, отмечу, что поставленные вопросы не исключают поиска ответов на них. Пока же приходится констатировать недостаточную структурированность клинико-психопатологического метода исследования, применяемого как в общей, так и судебной психиатрии. Причём если в западной психиатрии достаточно широко применяются различного рода диагностические шкалы, ориентированные на выявление определённых психопатологических феноменов, тесты и структурированные опросники, то в отечественной психиатрии такая практика пока является исключением. Напротив, психология переполнена различного рода экспериментальными методиками, тестами, опросниками. Судебно-экспертное значение их пока никому не известно и его ещё нужно исследовать и доказывать. Об экспертном же методе исследования в судебно-психиатрической или в судебно-психологической экспертизе в специальной литературе вообще не упоминается. В этих условиях особое значение для правильности экспертных выводов приобретает, во-первых, степень минимизации влияния субъективного фактора, каким является эксперт, во-вторых — снижение степени неопределённости, присутствующей в психиатрической и психологической диагностике [12, 24].

Но наиболее существенным признаком, определяющим специфику и разграничивающим следоведение и документалистику как виды криминалистической экспертизы от судебной психономики, является следующий. Криминалистические экспертизы устанавливают факты, имеющие значение для определения вины только в одной её части, а именно наличия причинно-следственных отношений между определённым лицом и инкриминируемым ему деянием. У судебной психономики задача иная. Судебно-психиатрическая экспертиза устанавливает потенциально либо актуально наличие второй составляющей вины — психического отношения субъекта к инкриминируемому ему деянию. Соответственно судебно-психологическая экспертиза должна определять психические характеристики субъекта деяния и особенности психического отношения к инкриминируемому деянию, если это отношение не выходит за рамки нормы.

Очевидно, что при проведении и судебно-психиатрической, и судебно-психологической экспертизы эксперт, отвечая на поставленные ему вопросы, называет выявленные психические феномены, имеющие юридическое значение, и указывает, в чём оно состоит. Отсюда термин «судебная психономика» от латинского *nomino* — называть, наименовать. С точки зрения такой самой общей посылки, **судебная психономика может быть определена как экспертная наука, составная часть судебной экспертологии, изучающая психические состояния человека в их континууме норма–патология применительно к решению вопросов, возникающих у следствия и суда в уголовном, гражданском процессе и при рассмотрении дел об административных правонарушениях**.

Вторым существенным признаком, общим для указанных экспертиз, является исследование идеальных следов.

Основной теоретической предпосылкой методологического характера, необходимой для адекватного понимания предмета исследования в складывающейся теории судебной психономики, является выделение особого, абстрактного по своему содержанию, отношения, которое, согласно диалектике развития научного знания [9, с. 215–218], должно отвечать трём требованиям:

1. Обладать максимальной в рамках данной теории всеобщностью и постоянной воспроизводимостью с точки зрения выведения тенденций развития исследуемого объекта.
2. Отражать основное движущее противоречие исследуемого объекта, а потому такое отношение само должно представлять собой единство разных отношений, которое и образует указанное противоречие.
3. Должно обладать реальным прообразом в объективной действительности, т. е. непосредственно отражать реальное исходное противоречие в самом исследуемом объекте.

Отношение, отвечающее указанным трём требованиям, может быть использовано в качестве так называемой исходной абстрактной «клетки» метода восхождения как основного способа познания содержательной стороны исследуемого объекта. Для определения такого отношения необходимо соблюдение и четвёртого требования: выяснение субординации категорий, соотносимых с исходной «клеткой», характера их исторического и фактического взаимоотношения. Теперь нам предстоит установить, соответствует ли указанным требованиям предлагаемое ниже понимание идеального следа.

Определение понятия идеальных следов-проявлений[1] в судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизе отсутствует. Поэтому обратимся к основным предпосылкам определения понятия.

Если исходить из мысли, высказанной В. А. Энгельгардтом о том, что в основе жизни лежат три потока — материи, энергии и информации [9, с. 443], то они же должны обеспечивать взаимодействие человека с окружающей средой. Это взаимодействие, как универсальная форма изменения состояния тел, характеризуется стремлением к достижению через механизм адаптации определённого равновесия в системе «человек–среда» с одной стороны, и сохранение внутреннего гомеостаза в организме — с другой. В этом смысле адаптация или приспособление может быть представлена как взаимное изменение материальных, энергетических и информационных свойств и характеристик взаимодействующих объектов, обеспечивающих разрешение возникающих между ними в процессе взаимодействия противоречий. Применительно к нашей теме объём понятия «адаптация» включает человека, как физическое существо, наделённое сознанием, и окружающую среду как совокупность определённых материальных, энергетических и информационных свойств природы и общества, доступных восприятию человека. Согласованная динамика их взаимодействия составляет содержание понятия «адаптация» [20].

По направлению адаптация человека может быть прямой и обратной, по содержанию — функциональной или структурной, по способу формирования — активной или пассивной. Прямая адаптация предполагает морфофункциональные изменения в организме человека под влиянием внешних обстоятельств. Обратная адаптация предполагает изменение окружения вследствие целенаправленных действий человека. Такие взаимные изменения взаимодействующих объектов возможны лишь вследствие отражения их друг другом. Отражение, как одно из всеобщих свойств материи, на этапе Homo sapiens достигло

наибольшей сложности. У человека отражение охватывает широкий диапазон следов от простейших биологических реакций в виде изменения структуры и функции ткани, контактирующей с внешним раздражителем, до сложнейших форм психического отражения с формированием в сознании виртуальной реальности окружающего мира, включая субъекта этого отражения.

Взаимосвязь органов и систем в едином биосоциальном организме, каким является человек, обеспечивает такую же взаимосвязь различных по сложности форм отражения. Таким образом, в пределах единого организма формируется определённая иерархия следов, при которой более сложные по структуре и содержанию следы всегда включают в себя более простые, элементарные. Следовательно, идеальные следы, в своей совокупности образующие в сознании виртуальную реальность, являются производным определённым образом упорядоченной совокупности следов материальных. Эти следы формируются в организме человека под воздействием внешних материальных, энергетических, а так же информационных раздражителей, являющихся в свою очередь моментом материального взаимодействия [6]. Они могут быть кратковременными, исчезая после прекращения действия раздражителя, или долговременными, закрепляясь механизмами памяти.

В литературе имеется несколько определений идеального. В философии под идеальным понимается субъективный образ объективной реальности, возникающий в процессе целесообразной деятельности человека [22]. В психологии — идеальное рассматривается как «особый способ бытия объекта, его представленности (активного отражения) в психическом мире и жизнедеятельности субъекта» [7]. В логике идеальное определяется как «характеристика образов, возникающих в мозгу человека в результате воздействия предметов внешнего мира на органы чувств, выражающая процесс отражения предметов, явлений материального мира в сознании человека» [6].

Приведённые определения достаточно близки. Однако с точки зрения потребностей экспертизы более удачным представляется определение идеального как вида психического бытия сложных самоорганизующихся систем, в которых через био-физико-химический язык мозга реализуются программы преобразования текущей информации и продуцирования новой [10]. В приведённых определениях с различной полнотой отражены элементы, составляющие объём понятия — предметы внешнего мира и мозг человека с его периферическими компонентами в виде органов чувств, и содержание понятия — сознание с возникающими в нём образами. Естественно, что предметы внешнего мира входят в объём понятия не в материальном смысле, а в виде психического отражения, следа, проекции в сознание. Сознание же с такими элементами, как самосознание, Я, критичность в современном понимании есть не только отражение окружающего и познающего субъекта в нём, формирование определённого отношения Я к отражаемому, но и соответствующая отражению и отношению деятельность. Поэтому эти образы-отражения не просто отображают объективно существующие предметы и явления, а обязательно преломляются через филогенетический и онтогенетический опыт воспринимающего субъекта, в который входят знания, опыт деятельности и общения как индивидуальный, так и исторический, передающийся через обучение.

Поскольку, как указано выше, взаимодействие человека со средой через механизм адаптации имеет целью достижение равновесия между ними и сохранение внутреннего гомеостаза в организме человека, эффективность этого процесса прямо связана с адекватностью взаимного отражения. Адекватность отражения может оцениваться по трём основным показателям [21, 22]:

- по достоверности (доказательности) отображения;
- по точности и полноте отображения (экстенсивный показатель);
- по глубине или существенности отображения (интенсивный показатель).

Очевидно, что обязательным элементом понятия «адекватность отражения» является субъект оценки адекватности. В соответствии с деятельностной теорией сознания, для его полноценного функционирования, ведущей предпосылкой чего является адекватность отражения, необходимо постоянное сопоставление возникающих в нём образов-отображений с реально существующими предметами, их определёнными совокупностями и явлениями. Это происходит в результате деятельности, осуществляемой с помощью материальных средств и процессов. Деятельность позволяет не только постоянно сравнивать идеальные отображения с реальными предметами, но и необходимым образом их видоизменять [21, 22] в соответствии с потребностями адаптации. В рамках концепции функциональной системы по П. К. Анохину под идеальными отображениями необходимо понимать не только отражение конкретных реальных предметов, их определённой совокупности, или явлений, но и идеальную модель предвосхищаемых результатов деятельности [1]. В результате деятельности эта идеальная модель материализуется через произвольное (в отличие от естественного, природного процесса) изменение различных характеристик существующих объектов среды, изменение их взаимоотношения в пространстве и времени и создание новых объектов. Происходящее в процессе деятельности постоянное сличение полученных результатов с предвосхищающей их идеальной моделью обеспечивает их совпадение в случае нормального состояния сознания.

Таким образом, идеальное, как нечто единое и неразрывное в сознании субъекта, в процессе взаимодействия с окружающей средой оставляет в ней материальные следы и, приобретая дискретный характер, проявляется в них. Информация о состоянии сознания субъекта, оставившего следы, может быть получена только путём определения в динамике изменения характеристик объектов, воспринявших следы, и их совокупностей. Для этого необходимо постоянное сопоставление исследуемых объектов в процессе их изменения. Поскольку же изменение объектов возможно и вследствие различных причин естественного характера, доказательство влияния причин «неестественного» характера (разума или, напротив, его болезненного расстройства) возможно лишь при сопоставлении обнаруженных изменений с ранее установленным или презюмированным стандартом.

Этот имманентный, обязательно присутствующий в сознательной деятельности субъекта, оставляющего следы, как и субъекта, познающего их, элемент сопоставления показывает, что судебная психономика имеет дело не со следами-отображениями как одномоментными, статичными элементами взаимодействующих объектов, а со следами-проявлениями как динамичным процессом. Естественным следствием отсюда является вывод, что идеальное в виде образов, формирующихся в мозгу человека, есть не просто следы-отображения внешних, по отношению к мозгу, предметов и явлений, а представляют собой следы-проявления. Возвращаясь в результате деятельности субъекта в окружающую среду, идеальное вновь материализуется в следах-отображениях и следах-обозначениях, обеспечивая тем самым принципиальную возможность познания психической деятельности субъекта, оставившего эти следы. Указанное, однако, не означает, что идеальное может существовать самостоятельно в окружающей среде, вне материальных следов и независимо от мозга познающего субъекта. Попытка обоснования в литературе противоположной точки зрения, переполненная противоречиями, подвергнута критическому анализу и импонирует скорее как курьёз [11].

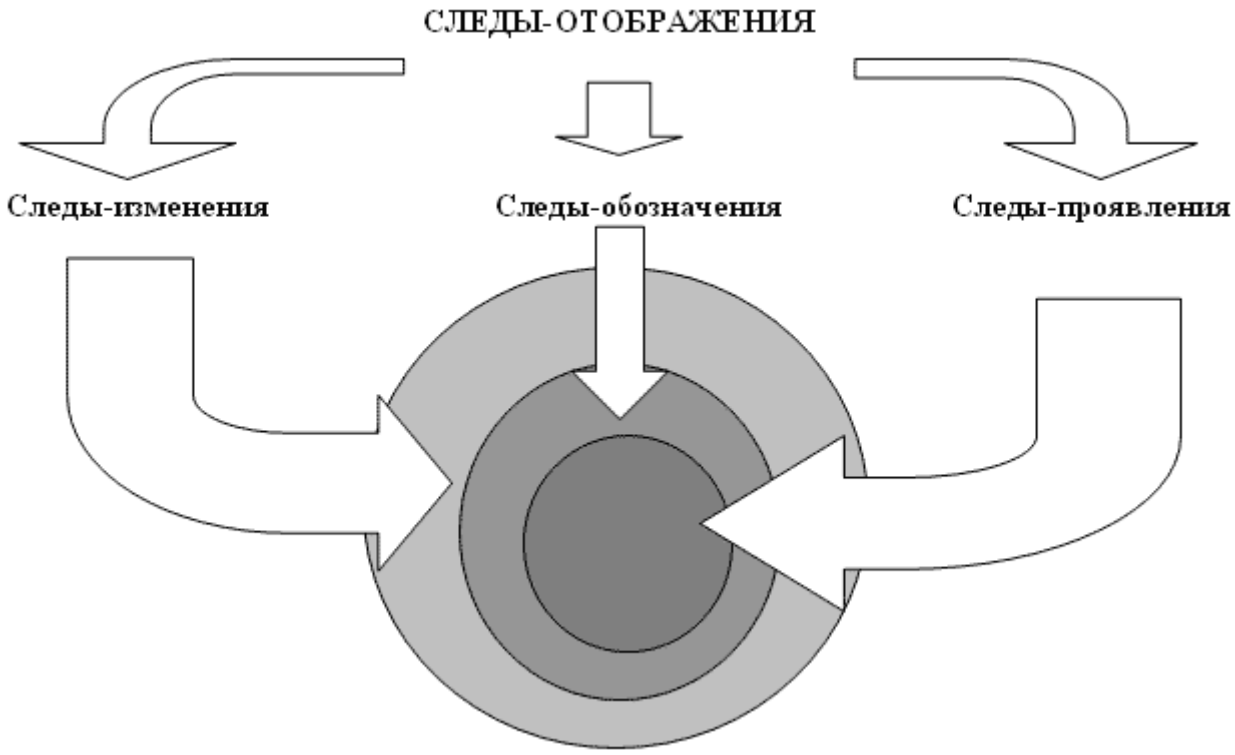
Например, камни Стоунхенджа о своём идеальном содержании ничего не говорят ни животным, ни людям, неспособным в силу различных причин воспринять его. Сознание же адекватное по уровню развития степени сложности заключённого в них идеального, применяя научные методы познания, утверждает, что Стоунхендж — это древняя обсерватория [23]. Аргументами в этом утверждении являются исчезающе малая вероятность случайного возникновения подобной совокупности каменных образований и ориентированность на вполне определённые астрономические явления, позволяющая предсказывать их наступление.

Таким образом, если приведённые нами выше аргументы верны, **то идеальные следы-проявления есть ничто иное, как совокупность материальных следов-отображений и следов-обозначений, определённым образом упорядоченные в пространстве и во времени**. Такое определение идеального следа соответствует представлениям об информации как о данных, которые характеризуют объект познания и могут быть выделены познающим субъектом в том или ином отображении познаваемого объекта [15]. Отсюда следует ряд положений, имеющих принципиальное значение для практики экспертизы психических состояний.

1. Следы-отображения включают в себя следы-изменения, следы-обозначения и следы-проявления, которые не рядоположны, а находятся в определённой иерархии. Их взаимоотношение может быть представлено в виде следующей схемы 1.
2. Поскольку следы-отображения возникают в результате взаимодействия, то и фиксируются они на взаимодействующих объектах. Поэтому к материальным следам, содержащим информацию о психическом состоянии лица, относятся не только те, что формируются в окружающей среде. К следам-изменениям относятся мимика, пантомимика (поза, жесты), поведение человека. К следам-обозначениям относятся не только письменные источники, но и речь. На этой методологической базе формируется ряд наук. Так, этологическая психиатрия исследует невербальное поведение человека для диагностики болезненных состояний и прогноза, а также исследует эволюцию патологического поведения в фило-онто-историогенезе [16]. Исследование невербального поведения, в частности, микровыражений и микрожестов, имеет существенное значение для выявления обмана, а, следовательно, для распознавания симуляции и диссимуляции [25]. Лингвистика изменённых состояний сознания изучает изменение объёма и содержания речевых конструкций в зависимости от характера и глубины изменения сознания [19]. Данные, полученные этими науками, пока ещё не освоены экспертизой психических состояний.
3. Любые материальные следы, будь-то следы-изменения или следы-обозначения, возникающие при взаимодействии человека с окружающей средой, всегда содержат в себе идеальные следы-проявления.
4. При отсутствии материальных следов-изменений и (или) следов-обозначений выявление идеальных следов-проявлений невозможно.
5. Поскольку идеальные следы-проявления, будучи зафиксированными в предметах и явлениях окружающей среды, приобретают дискретный характер, извлечение информации о них требует определённого количества материальных следов-изменений и (или) следов-обозначений.
6. Извлечение информации об идеальных следах-проявлениях предполагает исследование материальных следов в динамике и сопоставление их со стандартом.

Схема 1

Следы взаимодействия как объект судебно-экспертного познания



Теперь, чтобы проверить правильность определения ключевого отношения, выбранного для последующего анализа процесса экспертного познания психических состояний, нам необходимо ответить на вопросы, поставленные в начале настоящей статьи.

Вопрос первый. Обладают ли идеальные следы-проявления максимальной в рамках криминалистического учения о связях взаимодействия всеобщностью и постоянной воспроизводимостью с точки зрения выведения тенденций развития исследуемого объекта?

Положительный ответ на этот вопрос определяется универсальностью категорий взаимодействия, отражения, отношения как атрибутивных свойств материи, находящих выражение в следах в каждый конкретный момент своего проявления. Отсюда следует, что нет иного способа познания тенденций развития исследуемого объекта, каким является человек с его наиболее существенным, отличительным признаком — сознанием, кроме как через выявление идеальных следов-проявлений. Не проявившись вовне через материальные следы-отображения и следы-обозначения, психическое состояние человека не может быть познано, оставаясь вещью в себе. Это обстоятельство определяет специфику экспертного метода исследования психических состояний. Сущность идеальных следов-проявлений создаёт принципиальную возможность познания психических состояний в рамках судебной экспертизы ретроспективно, на момент события юридически значимого действия и, в частности, делает возможным проведение посмертной экспертизы.

Вопрос второй. Отражают ли идеальные следы-проявления основное движущее противоречие исследуемого объекта и представляют ли они собой единство разных отношений, образующих указанное противоречие?

Идеальные следы-проявления прямым и непосредственным образом отражают основное движущее противоречие исследуемого объекта, состоящее в идеальном содержании сознания и материальной форме его проявления. Неограниченное число степеней свободы мысли и непрерывность при оперировании идеальными образами и абстрактными понятиями в виртуальном пространстве сознания пребывает в постоянном противоречии с материальной ограниченностью и прерывностью окружающей среды. Это противоречие реализуется в каждом моменте деятельности, порождая потребность в адаптации как перманентном движении к постоянству, которое в принципе не может быть достигнуто. Указанное движущее противоречие образуется единством отношений: между субъектом — носителем сознания и окружающей средой, между материальными следами сознательной деятельности, образующими идеальное содержание, отражаясь в сознании воспринимающего субъекта и, наконец, между идеальными сущностями, возникающими в сознании в каждый отдельный момент восприятия субъектом окружающей среды. Все эти отношения и находят своё выражение в идеальных следах-проявлениях. Противоречивая природа идеальных следов состоит в том, что они и материальны и нематериальны, они объективны и необъективны. Они существуют в скрытом виде в совокупности материальных объектов и явлений для любого наблюдателя, способного отражать окружающую действительность, но доступны только носителю сознания. Такая зависимость предполагает адекватность организации, уровня развития и подготовки воспринимающего аппарата, степени сложности воспринимаемых следов.

Вопрос третий. Обладают ли идеальные следы-проявления реальным прообразом в объективной действительности, то есть, отражают ли они реальное исходное противоречие? Реальным прообразом идеальных следов-проявлений являются искусственно созданные материальная и духовная среда обитания человека, всё то, что В. И. Вернадский относил к ноосфере и по поводу чего писал: «Всматриваясь в изменения, вносимые новой геологической силой — силой культурного человечества, созданной подготовкой миллионов лет изменения живой материи, — видишь, что агентом, приводящим её в движение, является сознание, ум, новая сила на нашей планете» [14].

Вопрос четвёртый. Какова субординация категорий, соотносимых с идеальными следами-проявлениями, и характер их исторического и фактического взаимодействия? Субординация категорий, соотносимых с идеальными следами-проявлениями, исследована нами ранее в связи с рассмотрением проблемы невменяемости [13]. Последовательность понятий «психика — сознание — самосознание — Я — критичность» представляет динамику усложняющихся форм отражения в живой материи. При этом каждая предшествующая форма не уничтожается последующей, а присутствует в ней в «снятом» виде. Отражение, таким образом, достигает наивысшей степени сложности на этапе критичности, когда сознание оценивает самое себя через механизм идеальных следов-проявлений.

Ответы на все четыре вопроса позволяют думать, что «исходная клетка» в виде идеальных следов-проявлений обозначена нами верно, и на этой основе возможно дальнейшее исследование проблемы. Общей предпосылкой является то обстоятельство, что действия (деятельность), имеющие юридическое значение, представляются частным случаем деятельности вообще. Поэтому методология познания идеальных следов при проведении экспертизы будь-то в уголовном или гражданском процессе, либо в случае правопослушной деятельности, остаётся неизменной.

Литература

1. *Анохин П. К.* Избранные труды (философские аспекты теории функциональной системы). — М.: Наука, 1978. — 400 с.
2. *Бондар М. Є.* Особливості діагностичного дослідження підписів з ознаками порушення координації рухів їх виконавців // Криміналістика та судова експертиза. — 2000. — Вип. 49. — С. 59–65.
3. *Гуськов В. С.* Терминологический словарь психиатра. — М.: Медицина, 1965. — 220 с.
4. *Жаріков Ю. Ф., Струк І. О., Голубовський Ю. О.* Сліди-відображення та їх криміналістичне значення // Криміналістика та судова експертиза. — 2000. — Вип. 49. — С. 9–16.
5. *Жилінський Г. В., Разумов А. Б.* Система ВАДС (водій–автомобіль–дорога–середовище) і судово-автотехнічна експертиза // Криміналістика та судова експертиза. — 2000. — Вип. 49. — С. 173–176.
6. *Кондаков Н. И.* Логический словарь. — М.: Наука, 1971. — 656 с.
7. Краткий психологический словарь / Сост. Л. А. Карпенко; Под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. — М.: Издательство политической литературы, 1985. — 432 с.
8. *Литвин Т. В.* Вплив станів психічної напруги на писемне мовлення (питання систематизації діагностичних ознак) // Криміналістика та судова експертиза. — 2000. — Вип. 49. — С. 69–76.
9. Материалистическая диалектика как общая теория развития. Диалектика развития научного знания / Под ред. Л. Ф. Ильичёва. — М.: Наука, 1982. — 464 с.
10. *Морозов М. Н.* Психофизиологическая проблема: поиск интегрального решения // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1995. — № 1. — С. 32–36.
11. *Морозов М. Н.* // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1996. — № 1. — С. 86–87.
12. *Первомайский В. Б.* Конвенционализм или научная классификация и диагностика психических расстройств // Вісник Асоціації психіатрів України. — 1998. — № 3. — С. 158–160, 170–172.
13. *Первомайский В. Б.* Невменяемость. — Киев, 2000. — 320 с.
14. Письма В. И. Вернадского И. И. Петрункевичу // Новый мир. — 1989. — № 12. — С. 210.
15. *Полевой Н. С.* Криминалистическая кибернетика. — 2-е изд. — М.: МГУ, 1989. — 328 с.
16. *Самохвалов В. П.* Эволюционная психиатрия. — Симферополь: Движение, 1993. — 286 с.
17. *Сегай М. Я.* Методология судебной идентификации. — Киев, 1970. — 256 с.
18. *Сегай М. Я., Стринжа В. К.* Судебная экспертиза материальных следов-отображений (проблемы методологии). — Киев: Ін Юре, 1997. — 174 с.
19. *Спивак Д. Л.* Лингвистика изменённых состояний сознания. — Л.: Наука, 1986. — 92 с.
20. *Тарасов К. Е., Черненко Е. К.* Социальная детерминированность биологии человека. — М.: Мысль, 1979. — С. 212–242.
21. *Тюхтин В. С.* Отражение // Философский энциклопедический словарь. — 2-е изд. — М.: Советская энциклопедия, 1989. — С. 454–455.
22. Философский словарь / Под ред. И. Т. Фролова. — 5-е изд. — М.: Политиздат, 1987. — 590 с.
23. *Хокинс Дж., Уайт Дж.* Разгадка тайны Стоунхенджа. — М.: Мир, 1973. — 256 с.
24. *Шумский Н. Г.* Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. — СПб, 1997. — 395 с.
25. *Экман П.* Психология лжи. — СПб: Питер, 1999. — 272 с.

Примечание

1. Термин «следы-сопоставления», применённый в ранее опубликованной статье, заменён на более точный термин М. Я. Сегая «следы-проявления».

КАТЕГОРИИ БОЛЕЗНИ, ЗДОРОВЬЯ, НОРМЫ, ПАТОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ: КОНЦЕПЦИИ И КРИТЕРИИ РАЗГРАНИЧЕНИЯ

В. Б. Первомайский, Е. Г. Карагодина, В. Р. Илейко, Е. А. Козерацкая

Проблема определения понятий «болезнь–здоровье», «норма–патология», судя по истории вопроса, относится к вечным проблемам медицины вообще и психиатрии, судебной психиатрии, в частности. Парадокс состоит в том, что длительная история врачевания и значительно более короткая история судебного применения специальных знаний из области психиатрии имеет объектом болезнь и больного, а единого согласованного определения этих категорий, как и нормы–патологии, нет и поныне. Как считает А. Р. Уваренко, многовековое стремление раскрыть содержательную сущность здоровья и дать количественную оценку этой сложной социальной категории пока что не имели успеха [1]. В мировой научной литературе насчитывается около 80 определений понятия «здоровье» как сущностного качества человека. Однако ни одно из них не стало общепринятым прежде всего потому, что не нашло конкретной реализации в практике [2]. А поскольку логика насчитывает лишь чуть более десятка приёмов определения понятия, то следует полагать, что все оставшиеся из 80 определений либо неверны, либо повторяются. В. А. Жмуров [3] вопрос «где пробегает граница между нормой и патологией», относит к таким, «ответов на которые пока нет либо они в принципе невозможны». Сложность решения этого вопроса он видит в обилии вариаций внутренней жизни человека, в силу чего «нормальное для одного человека может быть отклонением для другого». О размытости представлений о границе между нормой и патологией свидетельствует, например, определение Brown, который считал возможным руководствоваться пониманием психической нормы как способности иметь место работы, семью, не конфликтовать с законом и использовать обычные возможности для получения удовлетворения [4].

Концепция нозоцентризма. Существует мнение, что со времени становления научной психиатрии в середине XIX ст. психические расстройства обычно рассматривались в качестве проявлений заболевания и этот подход остаётся неизменным в последние годы [5]. Эта естественным образом сформировавшаяся из практической деятельности аксиома легла в основу будущей концепции нозоцентризма. В настоящее время под нозоцентризмом в психиатрии понимается рассмотрение нормы (или здоровья) во взаимосвязи с патологией или болезнью [6]. Е. Ф. Бажин, Т. В. Корнева считают нозоцентрический подход практически оправданным, поскольку он концентрирует внимание на вопросах о наличии, отсутствии или степени возможности возникновения заболевания. По их мнению, нозоцентрический подход к оценке здоровья тесно связан с пониманием нормы как функционального оптимума, допускающего индивидуальные колебания.

Если проследить динамику психиатрических классификаций[1], то становится вполне понятным, что на заре психиатрии идея поиска дефиниции психического здоровья не была приоритетной. Поэтому условный первый душевнобольной был выделен из массы окружающих его людей не потому, что тот, кто это сделал, знал, что такое психическое здоровье. Первым естественным основанием выделения душевных болезней были чисто внешние признаки, доступные восприятию наблюдателя. Выделяясь из общей массы поведенческих реакций популяции, они явились эмпирической основой формирования клинических разновидностей душевных болезней. Интересные данные в связи с этим приводит С. С. Корсаков [7]. Так, с именем Гиппократа связывается выделение таких форм душевных заболеваний как меланхолия, мания, френитис. Эскироль, например, эмпирически различал липеманию, или мрачное помешательство (меланхолия), манию

(психическое расстройство с возбуждением), мономанию (однопредметное помешательство), слабоумие и идиотизм. В книге А. Драницына «О помешательстве при первоначальном его появлении и о лечении его вне заведений», вышедшей в 1867 г., описываются такие формы психических болезней как меланхолия, мания, неистовство, бессмыслие, слабоумие [8]. Клинические различия и выраженность этих расстройств очевидны. Но это не помешало Е. Целлеру ещё в 1838 г. представить меланхолию, манию (возбуждение), сумасшествие (галлюцинаторно-бредовое состояние) и слабоумие как четыре стадии всякой психической болезни [9].

Рассматривая историю психиатрии как постоянный поиск принципа классификации душевных болезней, С. С. Корсаков видит следующий этап в попытке разделять виды маний по содержанию бреда и побуждений. Эта идея была доведена до абсурда у бельгийского психиатра Гислена. В его классификации множество психических болезней различалось только на основании случайной разницы в содержании бреда и влечений. На этом фоне естественным выглядело появление идеи единого психоза, как проявления побуждения «смотреть на все психические формы только как на различные стадии или варианты одной формы умопомешательства». В последующем поиск одного принципа сменяется попытками составить классификацию на основании нескольких принципов, отбор которых продолжается по настоящее время. Но их исследование не является задачей настоящей работы. Интересующихся этой проблемой можно отослать к цитированному источнику, содержащему одноимённую главу учебника С. С. Корсакова «Курс психиатрии». В ней отражён целый ряд психиатрических классификаций того времени, включая Номенклатуру психических болезней из 12 позиций, принятую на Международном конгрессе по психиатрии в Париже в 1889 г.

Смысл нашего обращения к истории этого вопроса состоит в том, чтобы показать, что эмпирический подход к отграничению душевных болезней в рамках неврологической науки (из которой выделилась в последующем психиатрия) состоял в наблюдении и описании крупных очевидных фрагментов нарушенной психической деятельности, приводившей её носителя в конфликт с окружением. По мере накопления наблюдений описывались все менее заметные для окружающих нарушения психической деятельности. Таким образом, от того что априори подразумевалось (или презюмировалось) под психическим здоровьем, отторгалась всё большая часть, перемещаемая в категорию душевного заболевания. В этом состоит суть нозоцентрического подхода, при котором необходимость в дефиниции понятия «психическое здоровье» не возникает. Однако легитимность нозоцентрический подход получил с признанием идеи Э. Крепелина о выделении из массы психических расстройств отдельных психических заболеваний на основании триады признаков: клиники, течения и исхода. Именно эта идея и легла в основу первой научной парадигмы в психиатрии [10]. По мнению Ю. Л. Нуллера, новая парадигма определила главные направления научных исследований: уточнение границ между заболеваниями, т. е. поиск дифференциально-диагностических критериев, и попытки найти этиологию психозов. Хотя исследования в этих направлениях не увенчались успехом до настоящего времени, нозологическая парадигма актуализировала проблему поиска границ не только между нозологическими формами психических болезней, но и между ними и психическим здоровьем. Нозоцентрический подход к пониманию отношения категорий болезнь–здоровье начал постепенно формировать своё отрицание через подход нормоцентрический. На первых этапах этому способствовало расширение группы психических расстройств за счёт включения в них пограничных состояний. Поэтому не случайно вопрос о «границах душевного здоровья» поднимает ученик С. С. Корсакова, основоположник «малой» или «пограничной» психиатрии П. Б. Ганнушкин [11]. Отсутствие адекватной методологии не позволило П. Б. Ганнушкину сформулировать сколько-нибудь чёткие критерии разграничения

пограничной патологии и психического здоровья. Напротив, красной нитью через его статью проходит мысль об отсутствии такой границы. Её эпиграфом могло бы быть утверждение, с которого статья начинается: «Со времени Клод Бернара можно считать установленным, что никакой коренной разницы между явлениями здоровья и болезни не существует, что, наоборот, существует необходимая связь между феноменами того и другого порядка, что в области патологии действуют те же законы и силы, что и в норме…» и далее «…приходится признать, что между здоровьем и болезнью нельзя провести никакой определённой грани, что между нормальными и патологическими явлениями возможны и на самом деле существуют в жизни самые разнообразные и самые многочисленные переходные ступени». Дистанцируя понятия здоровье и болезнь, П. Б. Ганнушкин в пограничную зону между ними помещал большую группу состояний: «Границу между здоровьем и болезнью, прежде всего, занимают те, кто постоянно живёт на этой границе, а не переходит из состояния здоровья в состояние болезни или, наоборот, — лишь временно, более долгий или короткий срок, смотря по случаю, оставаясь на этой границе». Страницей далее П. Б. Ганнушкин формулирует известные три признака психопатии: «Первый признак состоит в постоянстве, прирождённости известных психических особенностей у представителей этой группы людей; второй — состоит в том, что эти особенности отражаются на всей душевной жизни субъекта; наконец, третий — в том, что эти особенности таковы, что при их наличности индивидуум должен рассматриваться, как находящийся на границе между душевным здоровьем и болезнью». Поскольку П. Б. Ганнушкин руководствовался тезисом «природа не делает скачков», в его позиции можно усмотреть известное противоречие, имеющее, впрочем, под собой объективное основание. Отрицая границу между болезнью и здоровьем, П. Б. Ганнушкин, тем не менее, одновременно её признаёт. Из этого можно предположить, что все утверждения об отсутствии границ между здоровьем и болезнью имели под собой отсутствие знания как это сделать.

Через полвека после П. Б. Ганнушкина к вопросу разграничения здоровья и болезни обращается О. В. Кербиков. Примечательно, что это делает учёный, внёсший наиболее существенный вклад именно в разработку проблемы психопатий. 60-е годы характеризовались оживлением интереса к философским, методологическим проблемам психиатрии. С этих позиций и попытался решить обсуждаемую проблему О. В. Кербиков [12]. Основные положения его работы сводятся к следующему:

- качественные состояния имеют количественные градации;
- качественные сдвиги могут быть обратимыми и парциальными;
- болезнь есть новое по сравнению со здоровьем качественное состояние;
- состояние здоровья есть динамическое равновесие, т. е. равновесие непрерывно нарушающееся и восстанавливающееся;
- здоровье и болезнь понимаются как противоположная направленность функциональных систем, как иное взаимодействие повреждения и защиты.

Отсутствие анализа конкретных психиатрических фактов вызывает ощущение незавершённости приведённых тезисов. Видимо, смерть помешала автору их развить и наполнить содержательным смыслом. Тем не менее, были заявлены два направления дальнейшего исследования проблемы: необходимость методологического осмысления категорий количества и качества в психиатрии и исследование характеристик «динамического равновесия» как сущностной характеристики состояния здоровья. Развитие первого в условиях монополии одной психиатрической школы и идеологического направления оказалось невозможным. Экспансия психиатрии в сферу психического здоровья привела ситуацию с психиатрической диагностикой к абсурду. В соответствии с известной истиной о том, что крайности сходятся, концепции

нозоцентризма и единого психоза фактически слились, породив химеру паншизофрении. В психиатрии практически не оставалось синдромов, которые не относили бы к шизофрении. Методическое письмо «Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией», составленное в 1970 г. на основе работ сотрудников клиники шизофрении Института психиатрии АМН СССР и кафедры психиатрии ЦОЛИУВ, включало 79 синдромов. Их описание начиналось субдепрессией циклотимического характера и заканчивалось «состояниями, не вошедшими в данный перечень», оставляя тем самым резерв для его пополнения [13]. В этом контексте проблема разграничения здоровья и болезни даже не обсуждалась. Нозологическая парадигма в психиатрии в классическом своём содержании, а с ней и концепция нозоцентризма, исчерпывали себя. С позиции МКБ-10 можно считать, что отношение к нозологической парадигме в отечественной психиатрии в гротескной форме отражало нозофобические тенденции, постепенно нараставшие в мировой психиатрии. Одной из причин нигилизма в отношении возможностей и перспектив диагностики в психиатрии можно считать внутреннюю противоречивость триады признаков: клиники, течения и исхода, предложенных Э. Крепелином. По своей природе это противоречие между статикой и динамикой. Необходимость учёта всех трёх признаков при определении нозологического диагноза фактически превращала его в вероятное предположение, особенно на начальных этапах заболевания. Поскольку пограничные состояния всё больше поглощались «большой» психиатрией через различного рода психопато-, неврозо- и иные подобные расстройства, то разграничение болезни и здоровья, нормы и патологии становилось ещё более проблематичным.

Исходя из своих прагматических установок, медицина длительное время руководствовалась принципом определения «здоровья» через оценку «нездоровья» как наиболее доступной изучению категории [14]. Таким образом, сформировалась так называемая нозоцентрическая концепция здоровья вообще и психического здоровья в частности. По справедливому утверждению О. Виггенса и М. Шварца, нозоцентрическая позиция в медицине, положенная в основу классификации болезненных состояний, связана со специализацией наук, которая реализуется через изоляцию специфических сфер реальности [15]. Вследствие этого медицина длительное время ограничивалась проблематикой патологических состояний, оставляя рассмотрение «здоровья» другим дисциплинам. Последующее развитие медицины сопровождалось всё большим абстрагированием от целой цепи аспектов реальности — систематическим их отбрасыванием, выталкиванием из сферы собственных интересов, «дроблением реальности» на отдельные области. В психиатрии процессы «медикализации» и специализации привели, в частности, к тому, что концепция психического здоровья оказалась размытой, определённым образом ограниченной рамками сравнения с алгоритмичными конструкциями болезни. В силу этого совершенно различные стороны жизни пациентов описываются в терминах болезни, и само слово « феноменология» практически всегда имело смысловую нагрузку термина «психопатология» [15, 16]. Не достигнув успеха в попытках определения понятия болезни, психиатрия обращается к понятию здоровья.

Концепция адаптации

В отечественной биологически ориентированной психиатрии 80-х гг. социальные аспекты нормы и патологии рассматривались в связи с относительно ограниченным кругом проблем: 1) задачами профилактики психических расстройств (психогигиены); 2) изучением «доболезненных» или ранних проявлений психических заболеваний и пограничных психических расстройств. Вопреки общепринятому в психиатрии нозоцентрическому подходу отдельные теоретики профилактического направления уже в

тот период высказывали мысль о предпочтительности или, по крайней мере, равной значимости подхода нормоцентрического. Согласно с этой позицией психиатрия в целом должна стать наукой о психическом здоровье и психических заболеваниях с целью профилактики и лечения последних, а также ради повышения уровня психического здоровья [17]. Реализация таких масштабных заданий требовала, прежде всего, определения фундаментальных понятий «здоровье–болезнь» в психиатрии и установления ориентиров для разграничения нормы и патологии. Известное положение Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о том, что «здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов» [18], представляется исчерпывающим в теоретическом плане, однако сложно для практического применения в связи с отсутствием чётких критериев понятия «полное благополучие». Вместе с тем, приведённая дефиниция здоровья наталкивает на определённые размышления. В ней понятие «здоровье» представляется абстрактным общим понятием, отображающим общий признак многих предметов и явлений, взятый отдельно от них. Причём под этими предметами и явлениями понимается не только человек как субъект конкретного состояния здоровья, но и окружающая его среда как условие и одновременно объект реализации состояния человека. Они и составляют объём понятия. Содержанием же является взаимодействие между индивидом и средой обитания. Результат этого взаимодействия выражается понятиями адаптация–дезадаптация.

Многочисленные попытки преодолеть известную узость нозоцентричного подхода в определении психического здоровья, не выходя за рамки «медицинской реальности», как правило, не имели успеха. Объективность существования категории взаимодействия как необходимого элемента определения понятий «болезнь–здоровье», «норма–патология» привела психиатрию к попыткам решить эту проблему через концепцию адаптации. Так, представления о здоровье как о способности к гармоничной жизни в постоянно меняющемся окружении [19], отражали одну из разновидностей адаптивной теории нормы. Отмечая недостатки этой теории, С. Б. Семичов констатировал, что само понятие «адаптация» также достаточно сложно определить, поскольку термин «приспособление» в ряде случаев выступает синонимом конформности [20]. Но такое утверждение справедливо лишь в отношении так называемой пассивной адаптации. В этом случае индивид меняет своё состояние и поведение при относительной неизменности внешнего воздействия. В случае же активной адаптации его усилия направляются на изменение окружения, подчинение его своим потребностям и интересам, что не соответствует представлениям о конформности.

А. Д. Степанов относительное несовершенство концепции адаптации видит в том, что болезнь также можно рассматривать как форму адаптации: организм приспосабливается к среде через различные состояния, которые в медицине именуются здоровьем (нормой), недомоганием, болезнью, предсмертной агонией, клинической смертью. Таким образом, остается неясным, чем одна такая форма приспособления отличается от другой, в частности, чем обычное (нормальное) приспособление отличается от приспособления через болезнь [21]. Возможно, с такой теоретической точки зрения клиническая смерть, как форма приспособления, не отличается от состояния здоровья. Но они принципиально различаются с точки зрения качественной характеристики состояния. Подобные аргументы свидетельствуют не о несовершенстве концепции адаптации как таковой, или невозможности её применения к пониманию проблем психиатрии. Скорее это свидетельство неполноты наших знаний проблемы. Дальше других в её понимании продвинулся Ю. А. Александровский [22]. Им введено понятие индивидуального для каждого человека «адаптационного барьера», являющегося интегрированным функционально-динамическим выражением своей биосоциальной основы.

К. Е. Тарасов и Е. К. Черненко [23] определяют понятие «адаптация» применительно к отдельному организму следующим образом: «адаптация — это система внутреннего самоналаживания и взаимного прилаживания организма и включающих его вышестоящих биологических, экологических и других систем друг к другу при определяющей роли последних». Далее авторы выделяют различные уровни адаптации: субклеточный, клеточный, тканевый, отдельного органа, отдельной системы органов, целостного организма, групповой (стадо, семейство, колония и др.), популяционный, видовой, биоценотический, биосферный. Соответственно «все уровни адаптации образуют в организме сложную сеть приспособительных функций, находящихся в отношениях координации и субординации».

Основным признаком такого понимания адаптации является её системная природа. В силу этого каждый из составляющих её элементов находится в определённых иерархических отношениях с другими. Доминировавший на предшествующем этапе линейный (горизонтальный) подход к пониманию категорий «болезнь–здоровье» и «норма–патология» сменяется многоуровневым (вертикальным). Появляется необходимость соотнесения обсуждаемых понятий с уровнями адаптации.

Концепция уровней психического здоровья

Таким шагом на пути развития представлений о границах нормы и патологии в отечественной психиатрии следует считать концепцию «уровней психического здоровья». Она позволила выйти за границы дихотомии «здоровье–болезнь», поскольку трактовала эти состояния как своего рода непрерывность, в которой можно выделить и оценить не только разные градации психического здоровья, а и его динамические изменения, происходящие на протяжении жизни человека [24].

Изучение психического здоровья в границах биологически ориентированной психиатрии стимулировало развитие новых методологических подходов с уточнением понятийного аппарата. Ещё в начале 80-х гг. в связи с исследованием состояния психического здоровья общей популяции в отечественной психиатрии начали использоваться такие термины и понятия, как «аналог симптома», «аналог невротического состояния» и др. При этом аналогом симптома было предложено считать состояние, которое не выходит за пределы свойственного нормальному человеку в соответствии с общебытовой психологией [25]. В то время, по мнению Б. Н. Пивня, переживания здорового человека, напоминающие психопатологические состояния, не имели в психиатрической литературе удовлетворительного названия [26]. Отдельные исследователи придерживались мысли, что в психопатологии не существует ни одного симптома, который бы не имел аналогов в психической деятельности здорового индивида. Неидентичность данных образований они усматривали в том, что аналоги психопатологических симптомов характеризуются, во-первых, отсутствием полной психопатологической структуры, во-вторых, нечёткостью и, в-третьих, возникновением в особых (часто исключительных, или экстремальных для личности) условиях [27, 28]. Определённое феноменологическое сходство переживаний здоровых индивидов с психопатологическими образованиями оправдывало применение психопатологического структурного анализа для изучения такого опыта у представителей здоровой популяции. С. Б. Семичов считал этот способ исследования здоровых контингентов необходимым компонентом нозоцентризма. Со временем он констатировал, что рассмотренные в изолированном виде симптомы, какими бы они ни были чёткими и неоднозначными в понятийном отношении, не могут быть отнесены ни к норме, ни к патологии. Автор, однако, распространял этот вывод лишь на симптомы пограничных состояний, т. е. на непсихотические регистры. Симптомы явно психотических регистров

— галлюцинации и бредовые идеи — по его мнению, являются в этом отношении исключением [20].

С. Б. Семичов [20] попытался обосновать правомочность понятия «предболезнь». Полагая, что «предболезнь» имеет промежуточный характер, он относил её к области здоровья, а не болезни, понимая под предболезнью дисфункциональное состояние, дезадаптацию, т. е. расстройство, которое ещё не получило качественных характеристик болезни.

Е. В. Шмидт, Ф. В. Бассин [29] понимают «предболезнь» как «патологический процесс, ещё не имеющий клинического значения и могущий как перейти, так и не перейти в болезнь, т. е. в состояние (или процесс), который обусловливает возникновение какой-то пусть минимально выраженной клинической картины». Эта формула более предпочтительна, поскольку в ней чётко разделяются понятия патологии и болезни. Патология представляется как нечто происходящее на уровне организма. Болезнь же выступает как внешнее проявление патологии, выражающееся в определённой клинической картине. Хотя, по мнению Ю. Л. Нуллера [30], при всей привлекательности, понятие «предболезни» в психиатрии едва ли может быть научно обосновано.

Осознанию диалектичности связей здоровья и болезни способствовало также применение модели переходных состояний. В концепции непрерывности «здоровья–болезни» в качестве отправной точки применялось «абсолютное здоровье» — условная или идеальная категория. В сравнении с ней иные состояния здоровья предлагалось считать относительными или состояниями «практического здоровья» в «ничейной зоне» [31]. Это выделенное между здоровьем и болезнью звено позволяло вмещать не только предболезнь, а и состояния психической, психофизиологической и психосоматической дисгармонии, которые никогда не переходят в болезнь, хотя и являются почвой для развития временных болезненных или неболезненных (стрессовых) реакций. По замыслу авторов, таким образом, могут быть квалифицированы не только «пограничные состояния болезни», но и «пограничные состояния здоровья». Предполагалось, что рассмотрение состояний психического здоровья в виде иерархической структуры или многомерной динамической системы позволит избежать как гипер-, так и гиподиагностики психических расстройств. С другой стороны, такая система представлялась привлекательной для оценки и прогнозирования динамических изменений психического состояния различного генеза (социально-психологических, личностных, биоритмологических) в различных условиях и в различные возрастные периоды.

Ограниченность концепции уровней психического здоровья состояла в том, что её сторонники пытались решать проблему, оставаясь в пределах целостного организма и не поднимаясь на групповой и популяционный уровни адаптации. Вместе с тем, уже в границах биологически ориентированной психиатрии 80-х гг. появляются представления не только об этиологическом значении социальных факторов при формировании невротической и пограничной психической патологии, а и о вкладе социальных факторов в процесс реализации биологической предиспозиции к расстройствам психотического уровня или об их патопластической роли в формировании определённой психопатологической симптоматики.

Так, в работе Ф. Б. Березина и Е. Д. Соколовой формирование психических расстройств было рассмотрено через призму взаимодействия конституционных и социокультуральных факторов. Авторы отмечали определённое соотношение между микросоциальными и культуральными условиями и особенностями становления синдрома. Было выявлено, что специфичность клинической картины отражает преморбидные черты личности, свойственные ей те или иные типы реагирования, определённую иерархию клинических

синдромов и влияние на клиническую симптоматику культуральных компонентов. Они пришли к выводу, что микросоциальные условия и социокультуральные факторы опосредованно влияют на процесс превращения первичной симптоматики (в частности, расстройств тревожного ряда), апеллируя к некоторым качествам личности и определяя паттерны и границы возможного поведения [32].

Утверждение В. К. Смирнова о том, что психическое здоровье индивида или группы индивидов может быть оценено только с учётом таких основных сфер психической деятельности, как уровень познавательных процессов, уровень самочувствия и направленность интересов личности, социальная активность, межличностные отношения и поведение в микро- и макросоциальных сферах, психосоматические отношения, способы адаптации и психологической защиты [27], свидетельствует о том, что автор наряду с медицинской моделью пытался использовать социальную и психологическую модели здоровья.

Значительные изменения в сфере социального и индивидуального сознания, необходимость формирования более эффективных поведенческих стратегий и потребность в новых ценностных ориентирах, сопровождающие социально-экономические изменения последнего десятилетия, закономерно привели к изменению акцентов в проблематике психиатрии как наиболее социально-ориентированной медицинской дисциплины. Про неотложность и приоритетность развития социального аспекта психиатрической теории и практики на постсоветском пространстве свидетельствуют многочисленные научные публикации [33–36]. Обобщение теоретических разработок в области социальной психиатрии позволило констатировать, что предмет современной социальной психиатрии, которая изучает вопросы социальной этиологии и социальной патологии больных психическими расстройствами, существенно отличается как от предмета психиатрии в её классическом (биологическом) понимании, так и от предмета социальной гигиены. Он включает исследования влияния на психическое здоровье (в том числе и на состояние здоровых индивидов) собственно социальных, этнических и экологических факторов, их связь с распространённостью, возникновением, клиническими проявлениями психических расстройств, а также возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психической патологии [37].

Наиболее общее задание социальной психиатрии — изучение влияния микросоциальных факторов на психической здоровье — обусловливает включение в сферу её интересов области культуральных исследований. Культуральные же факторы, в свою очередь, охватывают две условно выделенные категории социокультуральных и этнокультуральных факторов. К социокультуральным относят социально-политические, социально-экономические и микросоциальные влияния, действие которых реализуется как на индивидуально-личностном, так и на популяционном уровнях. Этнокультуральные факторы отражают влияние на психическое здоровье человека национальной психологии, религиозных убеждений, традиций, обычаев, культуры, конкретного этноса, а также вклад этих специфических воздействий в развитие и клинические проявления психической патологии [38]. Таким образом, в фокусе психиатрической проблематики оказались факторы и теоретические концепты, выходящие далеко за пределы медицинского подхода, но имеющие существенное значение для проблем психиатрической диагностики. Эта ситуация породила острые дискуссии, затрагивающие не только проблему нормы и патологии как таковой, а, прежде всего методологические принципы их разграничения, то есть вопросы адекватной модели, или современной парадигмы психиатрии [39–43]. Здесь мы подошли к принципиальному вопросу темы.

Известно, что парадигма определяется как система теоретических и методологических предпосылок, на которых базируется соответствующая деятельность. Приходится признать, что в таком понимании парадигма современной психиатрии ещё далека от своего полного оформления. Возвращение в психиатрию Ю. Л. Нуллером понятия регистров Э. Крепелина в качестве новой парадигмы далеко не исчерпывает её содержание. Утверждение о неспецифичности психопатологической симптоматики в отношении нозологических форм отнюдь не решает вопрос доказательной её диагностики. Если рассматривать парадигму как систему знаний о патогенезе, клинике, течении, прогнозе психических расстройств и действий по их диагностике, лечению, профилактике и экспертизе, то для решения существующих в этих разделах психиатрии вопросов нужно, помимо регистров Э. Крепелина, осмыслить теорию диссолюции Дж. Джексона, учение П. К. Анохина о функциональных системах, современные представления о локализации психических функций в головном мозге и многое другое. Применительно к теме настоящей статьи укажем лишь на некоторые приобретения отечественной психиатрии, без учёта которых бессмысленно пытаться решить вопрос разграничения понятий, перечисленных в названии статьи. Это представления о презумпции психического здоровья, критичности как наиболее существенном признаке сознания и уровне социального функционирования как критерии полноценности психической деятельности.

Понятие презумпции в психиатрии подвергалось нами ранее детальному анализу [44]. Его значение для обсуждаемой темы определяется вторым правилом. А именно — лицо изначально считается психически здоровым, пока противоположное не будет доказано. Это правило не требует каких-либо аргументов в пользу доказательства факта психического здоровья. Достаточно доказать, что имеющиеся психические проявления не есть болезненные. Таким образом, факт психического здоровья при необходимости подтверждается либо отрицается через понятие болезни. Понимание здоровья невозможно в отрыве от понимания болезни. Именно это естественное основание питает нозоцентрическую концепцию. Именно поэтому авторам определений психического здоровья не удаётся уйти от упоминания в той или иной форме о болезни. Если с этой точки зрения осмыслить приведённое выше определение здоровья, данное ВОЗ, то окажется, что на организменном уровне здоровье — это именно отсутствие болезней или физических недостатков.

Например, Б. С. Положий даёт следующее определение: «Психическое здоровье — это такое состояние психики индивида, которое характеризуется цельностью и гармоничностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способность к целенаправленной осознанной деятельности и адекватные (с учётом этнокультуральных критериев) формы поведения» [45]. Очевидно, что для констатации гармоничности всех психических функций организма необходимо иметь представление о психической дисгармонии. Определение способности к целенаправленной осознанной деятельности предполагает знание проявлений неосознанной (неосознаваемой, не полностью осознаваемой) деятельности. Адекватные формы поведения могут быть определены только в сопоставлении с формами неадекватными.

Приведём ещё одно определение, данное Н. Е. Бачериковым с соавт.: *«Психическая норма представляет собой индивидуальную **динамическую** совокупность психических свойств конкретного человека, позволяющая ему **адекватно** своему возрасту, полу и социальному положению познавать окружающую действительность, **адаптироваться** к ней и **выполнять** свои **биологические и социальные функции** в соответствии с возникающими личными и общественными потребностями. С понятием психической нормы тесно связано понятие психического здоровья, поскольку по внутренней логике психическая*

норма предполагает и наличие психического здоровья, т. е. отсутствие чётко определимого психического расстройства, наличие определённого ***функционального*** *резерва организма, позволяющего человеку преодолевать психо-социальные стрессы и экстремальные ситуации»* [46]. Это определение более полное по сравнению с предыдущим. Авторы вводят ряд дополнительных квалифицирующих признаков — динамическая совокупность свойств, адекватное возрасту, полу… познание действительности, адаптация, функциональный резерв и др. Однако в обоих определениях авторы в тех или иных терминах отражают функционально-динамический характер взаимодействия человека со средой, который обеспечивается сознанием.

Исследование значения состояния сознания для решения вопросов вменяемости–невменяемости, в том числе и при шизофрении, показало ведущую роль определения критичности как критерия границы между здоровьем и болезнью в психиатрии [47, 48]. В этом плане интересно отметить, что понятия «критика», «критичность» можно найти практически в каждом учебнике психиатрии. Отсутствие критики отграничивает непсихотические расстройства от психозов. В этом плане прав Ю. С. Савенко [49]. Разделяя понятия «патология» и «болезнь», различия между ними он видит в континуальности перехода нормы в патологию и наличии достаточно чёткой границы между здоровьем и болезнью, под которой понимает психотический уровень дезорганизации психической деятельности. С. Ю. Циркин [50], изучая формирование негативных расстройств у первично выявленных больных шизофренией с 5-летним катамнезом, на первое место поставил снижение критических способностей (193 случая из 203). Однако, как нередко бывает, то, что находится ближе всего, меньше привлекает внимание и представляется как бы само собой разумеющимся. Поэтому в научном плане категория критичности исследована недостаточно, что особенно ощущается в судебной психиатрии в связи с введением института ограниченной вменяемости.

Наконец, представления об уровне социального функционирования как критерии полноценности психической деятельности, интенсивно развивающиеся в психиатрии последнее десятилетие, естественно вписываются в функционально-динамическую концепцию формирования психической патологии и её распознавания. В наиболее общем виде её суть состоит в следующем:

- психическая патология формируется и распознаётся при взаимодействии субъекта со средой обитания;
- субъект, как носитель психики и сознания, обладает определённым диапазоном возможностей восприятия внешних воздействий и способностей выбора (изменения) среды обитания;
- среда обитания содержит ограниченный спектр воздействий на субъекта, которые могут быть им восприняты;
- субъект может модифицировать своё поведение в соответствии с изменением своего внутреннего состояния и среды обитания;
- превышение возможностей или способностей субъекта, как в силу их исчерпания, так и вследствие расширения диапазона внешних воздействий, формирует специфические психические проявления и поведение, ограничивающие социальное функционирование субъекта.

Представленный выше анализ различных концепций здоровья–болезни, нормы–патологии приводит к мысли, что все они имеют право на существование. Отражая естественный поиск путей решения проблемы, каждая из них имеет свою нишу. Они не отрицают, а дополняют друг друга. Но каждая из них своим внутренним элементом имеет функционально-динамический характер взаимодействия субъекта со средой обитания.

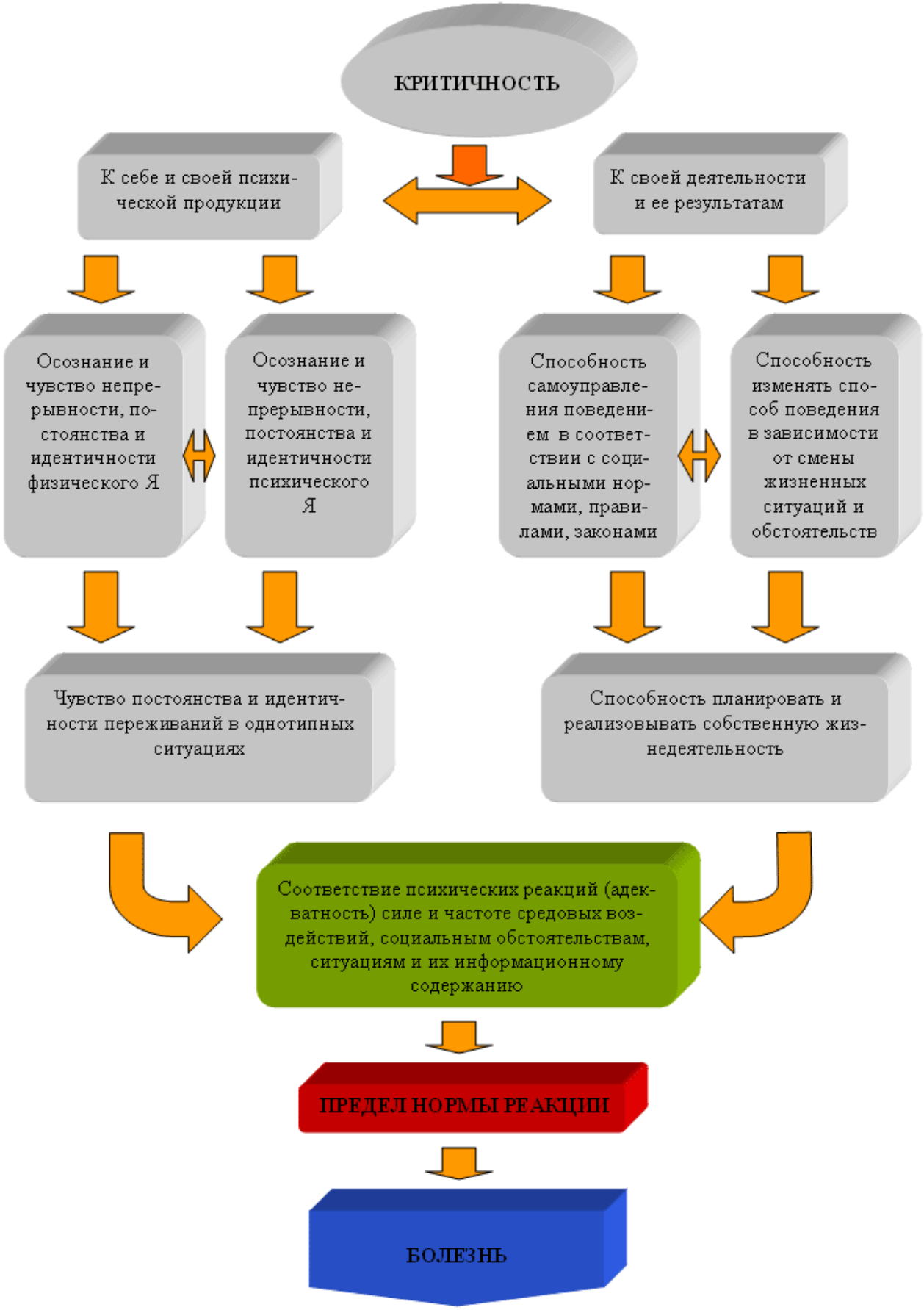
Практическое применение теоретических взглядов на природу отдельных психопатологических феноменов и заболеваний в целом делают возможными диагностические системы или классификации. Учитывая, что в соответствии с Законом Украины «О психиатрической помощи» диагностическим стандартом в психиатрии является Международная классификация болезней (в настоящее время — 10-го пересмотра), резонно при определении психического здоровья и болезни пользоваться критериями ВОЗ [51], к которым относятся:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и её результатам;
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать и реализовывать собственную жизнедеятельность;
- способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Приведённые критерии импонируют как линейная модель психического здоровья. Её характерным признаком является отсутствие указаний на взаимосвязь критериев, их иерархию и степень полноты. Иными словами такая модель не несёт в себе информации, являются ли приведённые критерии исчерпывающими или их можно дополнять. Остаётся неизвестным, как критерии соотносятся между собой по степени обобщения отражаемой реальности. Неясно, какое минимальное количество, и каких именно критериев, достаточно для констатации психического здоровья. С другой стороны, то же относится и к определению психического нездоровья. Мы попытались их упорядочить, раскрыть их системный характер, исходя из изложенных выше представлений о здоровье и болезни, и несколько дополнить с учётом современных представлений о структуре и динамике взаимодействия субъекта с окружающей средой (схема 1).

Схема 1

Соотношение критериев психического здоровья



В результате оказалось, что по основным параметрам схема отвечает представлениям судебной психиатрии о категориях вменяемости и дееспособности. Системообразующим является критерий критичности. Левая сторона схемы раскрывает интеллектуальный

критерий вменяемости и дееспособности. Правая сторона раскрывает волевой критерий. Их одновременное наличие характеризует оптимальный уровень функционирования сознания и обеспечивает соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам, ситуациям и их информационному содержанию. Этот последний фактор (информационное содержание) не учтён соответствующим критерием психического здоровья (по ВОЗ).

Генетически запрограммированный диапазон изменчивости, в пределах которого обеспечивается адекватность взаимодействия, получил в литературе название «нормы реакции» [52]. Нарушение любого включённого в схему компонента исключает адекватность психических реакций воздействию среды с нарушением критичности как ключевого, системообразующего фактора. Её частичное нарушение сопровождает непсихотические психические расстройства. Полное нарушение характерно для психотического уровня поражения психики. И то, и другое свидетельствует о выходе за пределы «нормы реакции», за которым следует болезнь.

Отсюда определение: «Психической болезнью считается выходящее за пределы «нормы реакции» изменение сознания субъекта, которое ограничивает частично или исключает полностью его способность осознавать себя, окружающее, свои действия и осознанно регулировать своё поведение» [53]. Оно полностью согласуется с принятым общим определением болезни: «Болезнь — это жизнь, нарушенная в своём течении повреждением структуры и функций организма под влиянием внешних и внутренних факторов при реактивной мобилизации в качественно своеобразных формах его компенсаторно-приспособительных механизмов; болезнь характеризуется общим или частичным снижением приспособительности к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного» [54].

Разумеется, проведённый анализ не исчерпывает темы. Поэтому, подводя промежуточный итог, отметим некоторые, на наш взгляд, наиболее существенные моменты. Одной из особенностей перманентной дискуссии о содержании и разграничении обсуждаемых понятий является аксиоматизация дихотомии «здоровье–болезнь», «норма–патология». Причём разные авторы вкладывают в эти понятия различное содержание. Как пример приведём точку зрения Е. В. Шмидта и Ф. В. Бассина [29]. Они предлагают два понимания понятия «болезнь». Первое — это патологический процесс, имеющий клиническое выражение, вызывающий клиническую картину, по которой и судят о наличии болезни. Второе — это нарушения, которые клинически не проявляются, поскольку маскируются компенсаторными механизмами и становятся явными, либо достигнув «критической степени выраженности», либо когда применяются особо тонкие и чувствительные методы параклинической диагностики. Если принять оба определения, то тогда неясно, что есть патология. Поэтому представляется целесообразным на организменном уровне использовать понятия «норма–патология». Тогда норма — это оптимум функционирования и развития органов и систем организма, а не собственно организма, как это определяет Энциклопедический словарь медицинских терминов [54]. Патология — это гипо-, гипер- или извращение функции органов и систем организма, не влияющее на его взаимодействие со средой обитания. Соответственно здоровье — это оптимум функционирования организма, обеспечивающего его адаптацию в среде обитания. Болезнь — это гипо-, гипер- или извращение функции органов и систем организма, проявляющиеся вовне, нарушающие его взаимодействие со средой обитания и препятствующие сохранению относительного постоянства его внутренней среды (гомеостаза).

Литература

1. *Уваренко А. Р.* Здоровье как социальная категория (аналитический обзор) // Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины: Республиканский межведомственный сборник. — Киев, 1992. — Вып. 23. — С. 8–13.
2. *Калько П. И.* Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: Научный обзор. — М.: ВНИИМИ, 1988. — 67 с.
3. *Жмуров В. А.* Психопатология. — М.: Медицинская книга; Нижний Новгород: НГМА, 2002. — 668 с.
4. *Brown B.* Psychiatry — an international perspective // Nord. Psychiatr. Tidsskrift. — 1980. — Vol. 34, № 2. — S. 93–110.
5. *Бентал Р. П.* Предложение классифицировать счастье как психиатрическое расстройство // Вісник Асоціації психіатрів України. — 1998. — № 3. — С. 135–143.
6. *Бажин Е. Ф., Корнева Т. В.* Социально-психологические аспекты ранней диагностики психических заболеваний // Ранняя диагностика психических заболеваний / Е. Ф. Бажин, А. Биликевич, В. М. Блейхер и др.; Под ред. В. М. Блейхера, Г. Л. Воронкова, Вл. Иванова. — Киев: Здоров’я, 1989. — С. 17–26.
7. *Корсаков С. С.* Избранные произведения. — М.: Медгиз, 1954. — 772 с.
8. *Юдин Т. И.* Очерки истории отечественной психиатрии. — М.: Медгиз, 1951. — С. 110.
9. *Битенский В. С., Аряев Л. Н., Мельник Э. В., Пахмурный В. А.* Вопрос о неспецифических реакциях в работах К. Бонгёффера, Э. Крепелина и Г. Селье // Вісник психічного здоров’я. — 2001. — № 1–2. — С. 14–23.
10. *Нуллер Ю. Л.* Парадигмы в психиатрии. — Киев, 1993. — 32 с.
11. *Ганнушкин П. Б.* Постановка вопроса о границах душевного здоровья // Ганнушкин П. Б. Избранные труды. — М.: Медицина, 1964. — С. 97–108.
12. *Кербиков О. В.* О проблеме качества в медицине // Кербиков О. В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 312 с.
13. *Жариков Н. М., Либерман Ю. И.* Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией: Методическое письмо. — М., 1970. — 76 с.
14. *Апанасенко Г. Л., Ширяев В. Н.* Учение о здоровье: проблемы методологии // Философские проблемы медицины и биологии. — 1989. —Вып. 21. — С. 40–46.
15. *Виггенс О., Шварц М.* Кризис современной психиатрии: потеря личности // Независимый психиатрический журнал. — 1999. — Т. 4. — С. 5–8.
16. *Каган В. Е.* Психиатрия в гуманистической перспективе // Вісник психічного здоров’я. — 1999. — № 1. — С. 9–14.
17. *Смирнов В. К.* Психическое здоровье и пограничные состояния // Психическое здоровье и пограничные состояния. — Горький, 1982. — С. 5–12.
18. *Васильева О. С., Филатов Ф. Р.* Психология здоровья человека. Эталоны, представления, установки. — Москва: Академия, 2001. — 352 с.
19. *Смулевич Б. Я.* Народное здоровье и социология. — М.: Мысль, 1965. — 232 с.
20. *Семичов С. Б.* Предболезненные психические расстройства. — М.: Медицина, 1987. — 184 с.
21. *Степанов А. Д.* Норма, болезнь и вопросы здравоохранения. — Горький: Волго-Вятское книжное издательство, 1975. — 279 с.
22. *Александровский Ю. А.* Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М.: Наука, 1976. — 272 с.
23. *Тарасов К. Е., Черненко Е. К.* Социальная детерминированность биологии человека. — М.: Мысль, 1979. — 366 с.
24. *Фролов В. А.* Здоровье // БМЭ. — М., 1978. — Т. 8. — С. 1047–1051.

25. *Дмитриева И. В., Морозов В. И., Патласов Г. В.* Исследование начальных проявлений пограничных нервно-психических расстройств // Четвёртый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов. — М., 1980. — Т. 1. — С. 197–200.
26. *Пивень Б. Н.* Распространённость и характеристика так называемых психопатологических симптомов у здоровых людей (к вопросу о норме и патологии в психиатрии) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1980. — Т. 80, вып. 11. — С. 1674–1679.
27. *Смирнов В. К.* Психическое здоровье. Актуальность целостного изучения // Механизмы коррекции восстановительных процессов мозга: Сборник научных трудов. — Горький, 1982. — С. 35–43.
28. *Спивак Л. И.* Изменённые состояния сознания у здоровых людей: постановка вопроса, перспективы исследований // Физиология человека. — 1988. — Т. 14, № 1. — С. 138–147.
29. *Шмидт Е. В., Бассин Ф. В.* Проблема «предболезни» (о скрытых начальных фазах заболеваний мозга) // Методологические аспекты науки о мозге / Под ред. О. С. Адрианова, Г. Х. Шингарова. — М.: Медицина, 1983. — С. 192–203.
30. *Нуллер Ю. Л.* О парадигме в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1991. — № 4. — С. 5–13.
31. *Баевский Р. М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. — М.: Медицина, 1979. — 295 с.
32. *Березин Ф. Б., Соколова Е. Д.* Инициальные проявления пограничных состояний и факторы, определяющие специфичность синдрома // Четвёртый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов. — М., 1980. — Т. 1. — С. 455–458.
33. *Полтавець В.* Система «нових» вірувань і психопатологія: спільність форми чи сутності? // Міжнародна конференція «Релігія і церква в контексті реалій сьогодення»: Тези доповідей / Відп. ред. А. Колодний. — Київ, 1995. — С. 60.
34. *Краснов В. Н.* Границы современной психиатрии и направления её развития // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — № 1. — С. 19–21.
35. *Кабанов М. М.* Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — № 1. — С. 22–27.
36. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.
37. *Дмитриева Т. Б., Положий Б. С.* История, предмет и методы социальной психиатрии // Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М.: Медицина, 2001. — С. 10–25.
38. *Вербенко Н. В.* Культуральная психиатрия (состояние, проблемы, поиски решений) // Таврический журнал психиатрии. — 2001. — Т. 5, № 2. — С. 27–29.
39. *Фарбега О.* Культурно-історичні основи психіатричного діагнозу // Вісник Асоціації психіатрів України. — 1997. — № 1. — С. 54–67.
40. *Холмогорова А. Б.* Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. — 2002. — № 3. — С. 97–102.
41. *Kandel E. R.* A new intellectual framework for psychiatry // American Journal of Psychiatry. — 1998. — Vol. 155. — P. 457–469.
42. *Jorm A. F.* Mental health literacy // British Journal of Psychiatry. — 2000. — Vol. 177. — P. 396–401.
43. *Mishara A. L., Schwartz M. A.* Psychopathology in the light of emergent trends in the philosophy of consciousness, neuropsychiatry and phenomenology // Current Opinion in Psychiatry. — 1997. — Vol. 10. — P. 383–389.

44. *Первомайский В. Б.* Судебно-психиатрическая экспертиза: статьи (1989–1999). — Киев: Сфера, 2001. — С. 107–117.
45. *Положий Б. С.* Социальная психиатрия и общество // Очерки социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М., 1998. — С. 43–72.
46. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний / Н. Е. Бачериков, М. П. Воронцов, П. Т. Петрюк, А. Я. Цыганенко. — Харьков: Основа, 1995. — 276 с.
47. *Первомайский В. Б.* Невменяемость. — Киев, 2000. — 320 с.
48. *Козерацкая Е. А.* Проблема вменяемости–невменяемости при шизофрении (обзор литературы) // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2001. — № 1. — С. 110–117.
49. *Савенко Ю. С.* Диагностика вялотекущей шизофрении // Пути обновления психиатрии: Материалы IV съезда НПА. — М., 1992. — С. 30–44.
50. *Циркин С. Ю.* О закономерностях развития психической патологии // Социальная и клиническая психиатрия. — 1994. — № 2. — С. 105–119.
51. *Юрьева Л. Н.* История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. — Киев: Сфера, 2002. — 314 с.
52. *Глезерман Т. Б.* Психофизиологические основы нарушения мышления при афазии. — М.: Наука, 1986. — 230 с.
53. *Первомайский В. Б.* Судебно-психиатрическая экспертиза: десять основных принципов. — Киев: АПУ, 1998. — 18 с.
54. Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 4 т. — М.: Советская энциклопедия, 1982.

Примечание

1. Термин «классификация» в данном контексте применяется как условный. В действительности ни одна из существовавших психиатрических классификаций, включая МКБ-10, не являются классификациями в научном смысле, поскольку составлены без учёта правил деления объёма понятия. В отношении МКБ-10 см. *Абрамов В. А.* МКБ-10: диагностика психических расстройств (теория и методические основы обучения). — Донецк, 2000. — 110 с.

ОБЪЕКТЫ И ПРЕДМЕТ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

В. Б. Первомайский

Научно обоснованное определение предмета и объектов судебной психиатрии является необходимой предпосылкой правильного понимания сущности судебно-психиатрической диагностики. Однако в немногочисленных публикациях на эту тему применительно к судебной, да и к общей психиатрии, понятия предмета и объекта обычно смешиваются.

Так, С. Н. Шишков (1990) под объектом общей и судебной психиатрии понимает «круг явлений, среди которых основными выступают болезненные психические нарушения (психические расстройства в самом широком смысле) как объективно существующие и протекающие в человеческом организме процессы». К предмету общей психиатрии он относит клиническую картину психических заболеваний в её основных понятиях — симптом, синдром, нозологическая форма психической болезни. К предмету судебной психиатрии — также психические расстройства, но только в связи с их влиянием на способность лица отдавать себе отчёт в своих действиях и руководить ими и именует их психическими расстройствами, имеющими правовое значение. Делается попытка разделить объекты экспертизы на основной, под которым понимается психическая деятельность лица в юридически значимой ситуации, и вспомогательные — фрагменты объективной реальности, откуда может быть почерпнута информация об основном объекте (дело, медицинская документация и др.) (Ю. Л. Метелица, С. Н. Шишков, 1990).

Н. Е. Бачериков, В. П. Петленко, Е. А. Щербина (1985) считают, что объектом психиатрии является, во-первых, человек, во-вторых, «сомато-церебральные и реактивные (психосоматические) сдвиги в живой системе…» и, в-третьих, «патология на уровне личностных социально-психологических свойств…». Вопрос о предмете психиатрии остаётся при этом открытым.

Очевидно, что в первом примере под предметом и объектом психиатрии понимается одно и то же, потому, что психические расстройства не существуют вне клинической картины (симптомов, синдромов и нозологических форм), а объективно существующие и протекающие в человеческом организме процессы не изучаются психиатрией, являющейся клинической дисциплиной. Эти процессы, происходящие в головном мозгу, изучаются другими науками: физиологией, электрофизиологией, биохимией, иммунологией и др. Данные этих наук обогащают клиническую психиатрию, но не подменяют её. В данном случае, с точки зрения системного подхода, речь идёт о познании разных уровней мозговой активности, определяемых на сегодняшний день как уровни процессов: психических, условнорефлекторных, нейрофизиологических (электрических), биофизических, биохимических. Вопрос же об основном и вспомогательных объектах отпадает сам собой, если обратиться к заочной или посмертной экспертизе, где нет живого лица как объекта непосредственного экспертного исследования. Отсюда следует, что под т. н. основным объектом фактически понимается предмет экспертизы, который устанавливается при исследовании дела и медицинской документации. Кроме того, во втором примере в объём понятия «объект» включается не только живой организм, но и различные аспекты его функционирования (т. е. его существенные признаки), в связи с чем объект и предмет психиатрии не дифференцируются.

В криминалистический литературе к объектам экспертизы относят вещи, как носители свойств, признаков и отношений, подлежащих исследованию, материалы дела, содержащие данные о предмете экспертизы, т. е. материальные носители информации, позволяющие познать предмет экспертизы (Ю. К. Орлов, 1974; Г. М. Надгорный, 1971,

1979; В. И. Гончаренко с соавт., 1987; Р. С. Белкин, 1988). Соответственно этому в «Словаре основных терминов… экспертиз» (1986) объектом судебно-психиатрической экспертизы именуется «материализованный, определённый процессуальным законодательством источник сведений о психической деятельности и психическом заболевании испытуемого… В качестве объектов судебно-психиатрической экспертизы выступают материалы дела и медицинская документация, сам испытуемый». Через их исследование познаётся предмет экспертизы.

Ошибки в понимании объекта экспертизы нередко происходят от смешения философской категории «объект» (нечто, противостоящее «субъекту»), с «объектом» как понятием, характеризующим конкретную науку. Между тем, первое определяется как «то, на что направлена познавательная или иная деятельность субъекта» (Философский словарь, 1987). Познаются же материальные предметы и процессы во всём многообразии их проявлений, форм существования, отношений и свойств, включая идеальные. Поэтому с точки зрения гносеологии «объект» как философская категория, будучи производным от латинского objectum (предмет), включает в себя понятия и объекта и предмета науки. В логике каждое понятие имеет объём, т. е. объекты, существенные признаки которых отражены в данном понятии, и содержание — эти существенные признаки. Содержание конкретной науки и есть её предмет, определяющий наиболее существенный (для данной науки) признак, характеризующий данный объект. Объекты в различных науках могут совпадать, предмет же у каждой науки свой.

Теперь обратимся к определениям предмета. В современной логике и методологии науки под предметом исследования обычно понимается та сторона объекта, которая рассматривается в данном исследовании. В этом смысле понятие предмета исследования противопоставляется объекту исследования, под которым понимается то, что противостоит субъекту, на что направлена его предметно-практическая и познавательная деятельность (Философская энциклопедия, 1967). Р. С. Белкин (1988) приводит две точки зрения относительно предмета любой судебной экспертизы. Первая относит к предмету экспертизы факты, обстоятельства уголовного или гражданского дела, подлежащие установлению с помощью специальных познаний. Соответственно предметом конкретной экспертизы являются обстоятельства, устанавливаемые на основе специальных познаний по вопросам, которые ставятся на разрешение экспертам. Вторая точка зрения приравнивает предмет экспертизы к предмету той науки или какой-то её части, на данных которой основана экспертиза. Применительно к судебно-психиатрической экспертизе первая точка зрения однозначно ставит её в определённое отношение к вопросам правового характера, решение которых имеет существенные социальные последствия для данного лица. Вторая — приравнивает судебную психиатрию к психиатрии общей.

Представляется, что расхождения во взглядах на содержание понятия «предмет экспертизы» имеют в своей основе различный подход к пониманию соотношения «материнской» науки, соответствующей ей судебной науки и собственно конкретного судебно-психиатрического исследования. Попытка каким-либо образом разделить или дистанцировать их предметы методологически уязвима. Во всех этих случаях речь идёт, прежде всего, об одной и той же науке и, следовательно, о едином предмете. Ошибка же состоит в смешении понятий «предмет науки» и «цель исследования».

Так, психиатрия в наиболее общем виде традиционно рассматривается как медицинская дисциплина, изучающая клинику, диагностику и лечение психических болезней, их этиологию, патогенез, социальные и организационные аспекты психиатрии (Г. В. Морозов, 1988, с. 11). В. Л. Гавенко с соавт. (1993) определяют психиатрию как «одну из важнейших отраслей клинической медицины, которая изучает специфические

для человека заболевания центральной нервной системы, при которых вследствие нарушения функций головного мозга возникают расстройства психики, которые затрудняют адекватное приспособление к окружающей среде и являются причиной неправильного, часто опасного поведения». Если обратиться к МКБ-9 и МКБ-10, то становится очевидным, что предметом общей психиатрии являются не только психозы, слабоумие (деменция), но и иные болезненные расстройства психической деятельности (неврозы, психопатии, умственная отсталость и др.), а также и не болезненные состояния психики, так или иначе отражающиеся на выполнении индивидом социальных функций.

Намного ли отличается в этом смысле предмет психиатрии судебной? Отрицательный ответ очевиден. Все указанные в классификации виды психической патологии и иные психические нарушения не болезненного характера могут встречаться в судебно-психиатрической практике, поскольку они не гарантируют их обладателя от совершения общественно опасного деяния. И в этом смысле утверждение С. Н. Шишкова (1990), что судебный психиатр изучает психические нарушения, имеющие правовое значение, не противоречит истине. Коль скоро юридический интерес представляет лицо, направляемое на экспертизу, то очевидно, что любое состояние его психической сферы будет иметь правовое значение, влияя тем или иным образом на принимаемое судом решение. Вычленение же какого-либо самостоятельного предмета судебной психиатрии, отличного от предмета психиатрии общей, на том основании, что первая изучает только выраженные психические расстройства в тех формах и стадиях, для которых имманентно присуща неспособность лица отдавать себе отчёт в своих действиях и руководить ими, лишено достаточных оснований. Такая позиция базируется на ошибочном представлении о том, что поскольку психиатр общего профиля не употребляет относительно своего пациента формулу «способен–неспособен отдавать себе отчёт в своих действиях…», то ему якобы и не приходится определять эту способность.

Судебная психиатрия как раздел психиатрии изучает различные психические расстройства «в специальном отношении их к правовым нормам… Эксперты должны не только установить наличие или отсутствие психических расстройств, но правильно диагностировать заболевание, а также его лечить. Решая вопрос о вменяемости, эксперт должен определить возможность обвиняемого отдавать себе отчёт в своих действиях и руководить ими в момент совершения правонарушения». Аналогичный вопрос в несколько иной формулировке решается относительно свидетелей, потерпевших, а также в гражданском процессе при определении дееспособности лица (Г. В. Морозов, 1988, с. 5). Таким образом, понятие способности отдавать себе отчёт в своих действиях и руководить ими поглощается полным психиатрическим диагнозом, её определение является неотъемлемой частью психиатрической диагностики и по этому признаку предмет общей и судебной психиатрии совпадает. Различия же между ними определяются двумя обстоятельствами.

Первое. Предмет судебной психиатрии имеет больший объём, чем в общей психиатрии и включает все патологические и непатологические нарушения сознания вплоть до его полного отсутствия. Часть из них относится к соматической медицине: коматозные состояния возникающие вследствие нарушений мозгового кровообращения, сахарного диабета, эндо- и экзогенной интоксикации и др. Эти состояния требуют в первую очередь соматического лечения, поэтому практически не оказываются в поле зрения психиатра общего профиля, однако могут представлять интерес для суда, например, в гражданском процессе. Другая же часть расстройств находится только в ведении судебной психиатрии и практически не встречается в психиатрии общей в связи с кратковременностью течения и, как правило, совершаемыми общественно опасными действиями. Это патологическое

опьянение, патологический аффект, просоночные состояния, реакция «короткого замыкания», относящиеся к категории исключительных состояний.

Второе. Для общей психиатрии, имеющей своей первоочерёдной целью лечение и профилактику нарушений психики, наиболее существенным является наличие психических расстройств у пациента непосредственно во время обследования. Выбор лечебно-реабилитационных мероприятий определяется в первую очередь состоянием больного на момент их назначения. Для психиатра-эксперта, если заключение о психическом состоянии подэкспертного и его возможности участвовать в процессе не даётся непосредственно в суде, такое исследование состояния на момент освидетельствования является лишь одной из составных частей экспертного процесса. Основные вопросы, интересующие следствие и суд, относятся либо к прошлому, либо к будущему. Поэтому для эксперта важно реконструировать психическое состояние подэкспертного (с учётом его состояния на момент исследования) в тот отрезок времени, который интересует следствие и суд (момент события общественно опасного деяния) для того, чтобы суд мог избрать принудительную меру медицинского характера, если лицо будет признано невменяемым. Однако решить эти экспертные задачи было бы невозможно, не используя данные, накопленные общей психиатрией о возникновении, клинических проявлениях, закономерностях течения и исхода различных видов психической патологии. Таким образом, очевидно, что по содержанию предмет судебной психиатрии принципиально не отличается от предмета психиатрии общей, хотя их и нельзя считать идентичными. Предмет судебной психиатрии не может быть приравнен к предмету психиатрии общей и не является какой-то её частью, напротив, предмет судебной психиатрии как науки и отдельного экспертного исследования как процесса шире предмета психиатрии общей.

Очевидно, что судебная психиатрия это, прежде всего, психиатрия. Судебно-психиатрическая экспертиза — это не некая самостоятельная наука, это способ реализации психиатрических знаний. По сути судебно-психиатрическая экспертиза, как процесс применения специальных знаний, это то же, что клинический психопатологический метод исследования, но поставленный в определённые процессуальные рамки. Психиатрия как «материнская» наука, судебная психиатрия и судебно-психиатрическая экспертиза не могут иметь самостоятельных предметов исследования потому, что они не рядоположны, а соподчинены и относятся между собой как общее, особенное и единичное.

Поэтому предмет психиатрии, оставаясь самим собой на каждом уровне, обретает дополнительные характеристики, относящиеся к объектам исследования на уровне особенного и к цели исследования — на уровне единичного. Психиатрия не существует вне своих естественных частей: психиатрии детской, гериатрии, биологической, социальной, военной, судебной, психофармакологии. Чтобы исчерпать этот перечень, к нему следует добавить психиатрию зрелого возраста, поскольку именно этот контингент составляет основную массу психически больных. Сюда же следует отнести и медико-социальную экспертизу психических расстройств. Ошибочно полагать, что каждый из этих разделов психиатрии имеет свой предмет. Иначе бы речь шла о самостоятельных науках. Ни один из этих разделов не может реально существовать и развиваться без распознавания и лечения психических болезней. Причём распознавание включает не только диагностику, но и изучение этиологии, патогенеза, течения и исхода психических болезней. Лечение, помимо собственно терапии, охватывает организацию психиатрической помощи, профилактику, решение различных социальных вопросов в связи с выявленной психической патологией и с учётом прогноза (Г. В. Морозов, 1988).

Именно эти два обстоятельства и определяют в наиболее общем виде предмет психиатрии, так же как и составляют суть деятельности психиатра в любом из её разделов. Другое дело, что эти разделы при одном и том же предмете и объектах исследования, различаются по определённым характеристикам последних (преимущественно возрастным и социальным). В свою очередь конкретное психиатрическое исследование, в каком бы из разделов психиатрии оно не предпринималось, исходит из соответствующих этому разделу объектов, общего предмета познания, акцентируя затем внимание на той его части, которая более всего соответствует цели исследования. Соответствующим образом модифицируется клинический психопатологический метод исследования, оставаясь единым для всех разделов психиатрической науки, но, безусловно, учитывающим особенности объекта исследования, его социальные аспекты и цель. В этом смысле определение предмета судебной психиатрии как выявления психических расстройств, имеющих юридическое значение, данное С. Н. Шишковым (1990), не противоречит истине потому, что условия, определяющие необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы, делают юридически значимыми любые психические расстройства, как и их отсутствие.

Из всего вышесказанного следует, что предметом судебной психиатрии является исследование болезненных нарушений отражательной деятельности мозга (сознания, психики), проявляющихся на уровне поведения индивида, определение её количественных и качественных характеристик относительно определённых периодов времени, интересующих следствие и суд. Соответственно объектом судебной психиатрии является индивид, как социальное существо, во всех его взаимосвязях со средой, как носитель сознания, представляющего собой его наиболее существенный отличительный признак, подлежащий исследованию в процессе экспертизы.

Сознание имеет своим содержанием отражение и отношение индивида (носителя сознания) к себе, своим действиям и окружающему. Поэтому исследование сознания и его нарушений невозможно без исследования того, что взаимодействует. Отсюда следует, что объектом как общей, так и судебной психиатрии является и среда, в которой находится индивид и в которой фиксируются следы его деятельности. Наконец, познание предмета исследования психиатром возможно не только при непосредственном исследовании указанных объектов, но и через изучение иных источников информации о них (медицинская документация, сведения от близких лиц, письменная продукция и т. д.). В противном случае была бы невозможной заочная и посмертная экспертизы. Следовательно, объектом и общей, и судебной психиатрии является не только непосредственно данное лицо, но и все иные материальные носители информации о состоянии его психики и сознания (восприятия им себя, окружающего и поведении) в прошлом (включая период, интересующий следствие и суд) и настоящем.

Литература

1. *Шишков С. Н.* Предмет судебной психиатрии // Советское государство и право. — 1990. — № 11. — С. 31–38.
2. *Метелица Ю. Л., Шишков С. Н.* Судебно-психиатрическое экспертное исследование, его основные стадии и этапы // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике: Сборник научных трудов. — М., 1990. — С. 37–44.
3. *Бачериков Н. Е., Петленко В. П., Щербина Е. А.* Философские вопросы психиатрии. — Киев: Здоров’я, 1985. — 192 с.
4. *Орлов Ю. К.* Объект экспертного исследования // Труды ВНИИСЭ. — М., 1974. — Вып. 8. — С. 39–41.

5. *Надгорный Г. М.* Объект автотехнической экспертизы // Криминалистика и судебная экспертиза. — Киев, 1971. — Вып. 9. — С. 393.
6. *Надгорный Г. М.* О производном объекте судебной экспертизы // Криминалистика и судебная экспертиза. — Киев, 1979. — Вып. 18. — С. 37.
7. *Гончаренко В. И., Бергер В. Е., Варфоломеева Т. В. и др.* Экспертизы в судебной практике: Учебное пособие для студентов юридических институтов и факультетов. — Киев: Вища школа, 1988. — 200 с.
8. *Белкин Р. С.* Криминалистика: проблемы, тенденции, перспективы. От теории — к практике. — М.: Юридическая литература, 1988. — С. 63.
9. Словарь основных терминов судебно-медицинской, судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертиз. — М., 1986. — 120 с.
10. Философский словарь. — 5-е изд. — М., 1987. — С. 278, 429.
11. Философская энциклопедия. — М., 1967. — Т. 4. — С. 123–124, 357.
12. *Морозов Г. В.* // Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — Т. 1. — С. 11.
13. *Гавенко В. Л., Самардакова Г. О., Бачериков М. Е.* Психіатрія і наркологія. — Київ: Здоров’я, 1993. — 192 с.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ АНОМАЛИЙ В СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко, Л. А. Радзиевская

Широкое представительство среди правонарушителей лиц с психическими аномалиями, не исключающими вменяемости, закономерно ставит перед судебной психиатрией проблему научно обоснованного вычленения их наиболее существенных характеристик с позиции определения степени влияния на криминогенный процесс и оценки вменяемости–невменяемости лиц, их обнаруживающих (Р. И. Михеев, 1983; Т. П. Печерникова, 1984; Ю. М. Антонян, С. В. Бородин, 1987). Её успешное решение возможно лишь в рамках системного подхода, предполагающего изучение структуры элементов, многообразия их связей и отношений как внутри объекта, так и с окружением, в условиях вероятностного характера его поведения.

Этой формуле полностью соответствует содержание судебно-психиатрического экспертного исследования, определяющего влияние психических нарушений на способность лица отдавать себе отчёт в своих действиях и руководить ими. Поскольку же способность может рассматриваться как возможность, которая становится реальностью лишь проявившись в конкретных действиях, то, очевидно, что и оценена способность может быть только через деятельность. Отсюда следует важное значение для судебной психиатрии изучения общественно опасных действий как варианта деятельности дезадаптивного характера и их взаимосвязи с психическими расстройствами. Характер взаимоотношений между элементами этой системы (среда–личность–деяние) определяется двойной функцией деяния.

Во-первых, оно является ключевым, системообразующим фактором. Без него не может возникнуть процедура следствия. Без деяния и лица нельзя говорить об отношении между ними и, следовательно, не появляется оснований для постановки вопроса о вменяемости–невменяемости. Без определения состояния лиц в связи с деянием невозможно его решение. Без исследования среды (причин, условий и обстоятельств) при установленном деянии и психическом отношении лица к нему невозможны квалификация вины и определение ответственности. В таком порядке каждый признак на каждом этапе является обязательным условием появления всех последующих и, таким образом, без деяния не может быть ни других компонентов системы, ни отношений между ними.

Во-вторых, ввиду наличия в указанной системе причинных отношений, деяние выступает и в качестве следствия, которое неизбежно должно нести на себе отличительные признаки детерминирующих факторов. Являясь одним из них, психические расстройства, деформирующие отражательную функцию мозга, через энергетические, динамические и идеаторные свойства личности ограничивают (вплоть до исключения) способность лица отдавать себе отчёт в своих действиях и руководить ими, в силу чего не могут не влиять на различные характеристики общественно опасных действий. Это влияние имеет в своей основе свойственный природе поведения человека вероятностный характер причинно-следственных связей, что должно проявляться на различных уровнях (общего, особенного, единичного) и, соответственно, может определять:

1. Существенные отличия в частоте появления общественно опасных действий в сравниваемых выборках (здоровые — лица с психическими нарушениями).
2. Значимые изменения структуры общественно опасных действий в зависимости от вида психической патологии и экспертного решения (в сравнении как со здоровыми, так и между группами лиц с различными видами патологии).

3. Характерные признаки конкретного деяния (ситуация, условия реализации, способ и т. д.), указывающие на определённый вид патологии психики у субъекта.

Из этого следует, что реальное полное представление о характере психопатологической детерминации общественно опасных действий может дать только исследование на всех трёх уровнях с сопоставлением данных по каждой из подсистем, используемых в качестве контроля.

Материалы, которыми располагает судебно-психиатрическая экспертиза, обеспечивают, прежде всего, возможность исследований на уровне особенного. При этом за единицу наблюдения принимается случай сочетания определённого вида психической патологии (факториальный признак) с конкретным деянием (результативный признак), которые значительно формализованы, соответственно, в классификации психических болезней и Уголовном кодексе. Психически здоровые и лица с различными видами нарушений психики образуют в этом случае самостоятельные выборки, что предполагает возможность их сопоставления с применением статистических методов. Группировка результативных признаков в зависимости от цели исследования и введение дополнительных факториальных признаков (вменяем–невменяем) позволяет более чётко выявить существующие между ними связи.

Такой подход отличается от методики криминологических исследований, где преимущественно определяется структура психической патологии в группе лиц, совершивших однотипные действия. Виды психической патологии в этом случае являются относительными долями единой статистической совокупности, включающей и психически здоровых лиц, что препятствует их корректному сравнению и делает невозможным установление искомых причинно-следственных отношений.

По изложенной выше методике проведён анализ данных судебно-психиатрического исследования 7702 лиц, совершивших противоправные действия и признанных вменяемыми (86,2%) и невменяемыми (13,8%). Психически здоровые составили 15,5%, лица с психическими аномалиями, не исключающими вменяемости — 70,7%. Распределение отдельных видов патологии в этой группе лиц (алкоголизм — 30,9%, психопатия — 27,8%, органические поражения ЦНС — 20,3%, олигофрения — 12,8%, эпилепсия — 2,3%, прочие — 5,9%) практически совпадает с аналогичными данными по Приморскому краю (Р. И. Михеев, А. В. Михеева, 1977). Для примера, ввиду их социальной значимости, приведём данные по агрессивным действиям.

Сравнение с контрольной группой их относительной доли в общем количестве противоправных действий по каждой нозологической форме с использованием альтернативного анализа (Д. Сепетлиев, 1968) достаточно наглядно свидетельствует о том, что наибольший удельный вес агрессивных действий характерен для группы психически здоровых лиц. По видам психической патологии исследованные лица могут быть разделены на следующие группы (табл. 1):

1. С достаточно низким уровнем агрессивных действий, независимо от экспертного решения (неврозы, эпилепсия, психопатия, органические поражения центральной нервной системы).
2. Достоверно низкий уровень агрессивных действий только в группе вменяемых лиц (олигофрения, алкоголизм).
3. Отсутствие достоверных различий с контрольной группой независимо от экспертного решения (реактивные и другие психозы, кроме маниакально-депрессивного и шизофрении).

4. С отсутствием достоверных различий только в группе вменяемых (МДП, шизофрения).

Таблица 1

Структура психической патологии при агрессивных действиях (в %)

Виды патологии	**Статьи УК Украины**								
	93	**94**	**117–118**	**101**	**86**	**142**	**Итого**	**Прочие ст.**	**Всего**
1. Вменяемые									
Неврозы	2,2	—	—	4,4	2,2	2,2	11,0*	89,0	100,0
Психопатия	2,6*	2,0*	3,1*	3,5*	0,1*	4,0	15,3*	84,7	100,0
Эпилепсия	0,8*	2,4*	1,6*	6,3	1,5	2,4	15,0*	85,0	100,0
Орг. пораж. ЦНС	1,1*	3,4*	2,7*	5,5	0,8	2,7	16,2*	83,8	100,0
Олигофрения	1,9*	1,6*	6,0	4,5	—	2,0	16,0*	84,0	100,0
Алкоголизм	2,3*	5,7*	1,7*	6,0	0,3	2,2	18,2*	81,8	100,0
Другие психозы	3,0	3,0	4,5	10,4	1,5	—	22,4	77,6	100,0
Реактивн. пс.	1,3*	10,8	3,8	3,2	2,5	2,5	24,1	75,9	100,0
Шизофрения	—	7,4	3,7	3,7	7,4	3,7	25,9	74,1	100,0
МДП	3,7	—	14,8	3,7	3,7	—	25,9	74,1	100,0
2. Невменяемые									
Неврозы	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Психопатия	—	3,7	—	—	—	—	3,7*	96,3	100,0
Эпилепсия	—	4,3	—	8,7	—	—	13,0*	87,0	100,0
Орг. пораж. ЦНС	2,7*	6,4	—	3,7	0,5	0,5	13,8*	86,2	100,0
Олигофрения	—	11,9	2,4	2,4	—	4,7	21,4	78,6	100,0
Алкоголизм	5,2	10,4	—	7,3	—	—	22,9	77,1	100,0
Другие психозы	—	11,4	2,9	14,3	—	—	28,6	71,4	100,0

Реактивн. пс.	1,8	18,6*	1,8	5,7	1,8	1,8	31,5	68,5	100,0
Шизофрения	2,2*	5,4	2,6*	4,6	0,2*	0,3*	15,3*	84,7	100,0
МДП	—	—	5,5	—	—	5,6	11,1	88,9	100,0
Псих. здоровые	6,4	7,6	6,5	5,6	1,2	2,9	30,2	69,8	100,0

* — показатели, отличающиеся от контроля с $p > 0,95$.

Такое деление согласуется с особенностями клиники, течения и природой рассмотренных видов психической патологии. Отличительным признаком психических расстройств в первой группе является преимущественное поражение аффективной сферы, устойчивое снижение ресурса личности, ситуационный характер аффективных реакций с ограничением, соответственно, объёма социальных связей и вариантов поведения. Это проявляется сравнительно низким уровнем агрессивных действий, превалированием менее тяжких действий и определённой их типизацией. Указанная тенденция усиливается в группе лиц, признанных невменяемыми, с некоторым ростом удельного веса более тяжких деяний.

Этими же особенностями можно объяснить низкий уровень агрессивных действий вменяемых лиц с олигофренией и алкоголизмом. Что касается невменяемых, то в отличие от больных первой группы, лица с олигофренией признаются таковыми, прежде всего из-за глубины интеллектуального дефекта, нарушающего соразмерность стимула и ответной реакции, в связи с чем последняя значительно превышает по значимости мотив деяния. Это проявляется значительным ростом удельного веса так называемых «маломотивированных» или «немотивированных» умышленных убийств. У больных алкоголизмом, признанных невменяемыми, избирательный рост уровня агрессивных действий происходит преимущественно за счёт алкогольных психозов.

В третьей группе, включающей лиц с реактивными и другими психозами, уровень агрессивных действий вменяемых, сравнимый с контрольной группой, вероятнее всего связан с тем, что указанные болезненные расстройства непрогредиентны, носят временный характер и не оставляют после выздоровления заметных последствий в психической сфере субъекта. Фактически в этих случаях следует говорить о психически здоровых лицах, переболевших до либо после совершения преступления. Отсутствие в криминогенной причинно-следственной цепочке такого деформирующего фактора, как расстройство психики, и обусловливает отсутствие существенных различий структуры и уровня агрессивных действий этих лиц относительно контрольных данных. Вполне вероятно, что их признание невменяемыми определяется наличием признаков психоза в период времени, к которому относятся инкриминируемые им деяния. Из таблицы видно, что в этом случае также отмечается высокий уровень агрессивных действий, сопоставимый с данными по второй группе лиц. В их структуре также происходит перераспределение в сторону повышения относительной доли более тяжких деяний.

Наконец, четвёртая группа, объединяющая больных маниакально-депрессивным психозом и шизофренией, по структуре действий и их удельному весу (в группе вменяемых) практически не отличается от третьей группы, поскольку в этих случаях также идёт речь о психически здоровых лицах, либо о незначительных постболезненных изменениях личности. У невменяемых лиц с МДП и шизофренией структура общественно опасных действий и их уровень определяется особенностями психопатологии.

Если учесть, что в криминологических источниках психопатологические детерминанты ассоциируются преимущественно с деяниями насильственного либо дезадаптивного типа (Н. Ф. Кузнецова, 1984), то приведённые данные свидетельствуют о наличии здесь значительно более сложных отношений, нуждающихся в дальнейшем тщательном исследовании.

УСТРАНЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ ПРОТИВОРЕЧИЙ В РЕГЛАМЕНТАЦИИ НАЗНАЧЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА (по проекту Уголовно-процессуального кодекса Украины)

М. Я. Сегай, В. Б. Первомайский

В условиях строительства правового государства процессуальные вопросы использования специальных знаний в уголовном судопроизводстве приобретают особое значение. Поскольку государство принимает на себя обязательство гарантировать права человека и вместе с тем излагает эти гарантии в виде определённых норм процессуального законодательства, существенным является совпадение декларации гарантий с их реальным смыслом. Такое совпадение может быть достигнуто лишь при условии построения уголовного процесса на чётких, научно обоснованных принципах. Таким общеизвестным принципом является презумпция невиновности. Но его становится недостаточно, если речь идёт о лицах с болезненными расстройствами психической деятельности. В этих случаях законодатель должен руководствоваться принципом презумпции психического здоровья. Этот принцип, известный в мире с 1843 года в виде правила M'Naghten, предусматривает, что «каждый человек презюмируется психически здоровым владеющим в достаточной мере разумом, чтобы быть ответственным за своё преступление, пока противоположное не будет удовлетворительным образом доказано».

На наш взгляд, именно игнорирование этого принципа и правом и психиатрией является главным фактором, который привёл к использованию психиатрии политикой. Это означает, что действующий уголовно-процессуальный закон не ориентирован на принцип презумпции психического здоровья и должен быть скорригирован. Но произошли ли эти желательные изменения в проекте Уголовно-процессуального кодекса Украины? С этой точки зрения подвергнем анализу лишь один из важных моментов — концепцию «дел о применении принудительных мер медицинского характера». Эта концепция заимствована из действующего законодательства и кое в чём «усовершенствована» (глава 51 проекта Уголовно-процессуального кодекса). В частности, сделана попытка акцентировать внимание на особом судопроизводстве, если речь идёт о лицах, в отношении которых у следствия или суда возникли сомнения относительно их вменяемости.

Так, из содержания части 2 статьи 515 проекта Уголовно-процессуального кодекса Украины можно сделать вывод, что в уголовном деле с момента его возбуждения может ставиться вопрос о применении принудительных мер медицинского характера. Такой вывод подтверждает часть 1 статьи 519, где указано, что «уголовные дела о применении принудительных мер медицинского характера возбуждаются на общих основаниях». А в статье 518 прямо подчёркивается, что «уголовные дела в отношении лица, которое привлекается к уголовной ответственности, и о применении принудительных мер медицинского характера при наличии оснований, предусмотренных статьёй 514 настоящего Кодекса, могут быть объединены в одно или выделены в отдельное производство». Если такая постановка вопроса не лишена смысла из-за того, что до проведения судебно-психиатрической экспертизы неизвестно, будет ли дальше идти речь о применении принудительной меры медицинского характера, то в проекте должна быть статья об основаниях для открытия дела о применении принудительной меры медицинского характера. Но её нет, хотя есть статья 524 о закрытии такого дела. А есть ли вообще основания для наименования «дело о применении принудительной меры медицинского характера»?

Пользуясь принципом аналогии, можно поставить вопрос: с какой целью направляется в суд дело лица, относительно вменяемости которого не возникало сомнений? Разве для определения степени наказания? Отрицательный ответ очевиден. Статья 348 проекта Уголовно-процессуального кодекса предусматривает 16 вопросов, которые должен решить суд при вынесении приговора. Для того чтобы определить, какое из них является главным, системообразующим, обратимся к части 1 статьи 15 этого проекта, провозглашающей принцип презумпции невиновности: «Подозреваемый, обвиняемый или подсудимый считается невиновным, если его вина в совершении преступления не будет доказана в порядке, предусмотренном настоящим Кодексом и признана приговором суда, вступившим в законную силу». То есть доказательство вины и является тем главным вопросом, для решения которого дело направляется в суд. Именно для установления вины суд должен решить первые три вопроса, предусмотренные частью 1 статьи 348 проекта: установить, имело ли место деяние, в совершении которого обвиняется подсудимый; имеет ли деяние состав преступления и какой именно статьёй Уголовного кодекса оно предусмотрено; совершил ли это деяние подсудимый? И лишь после определения вины решаются все остальные вопросы.

Теперь вернёмся к «делам о применении принудительных мер медицинского характера». Этот вопрос предусмотрен частью 2 статьи 527 проекта, где он стоит на шестом месте. Первые два места поднимают те же самые вопросы, что и статья 348 проекта. А далее вместо установления вины суд решает вопрос, «совершило ли это лицо общественно опасное деяние в состоянии невменяемости». Вероятно, законодатель имеет в виду «состояние невменяемости», хотя психиатрия таких состояний не знает. Психиатрия изучает психические расстройства, которые ограничивают или совсем лишают лицо способности осознавать свои действия и сознательно руководить ими. Эта особенность, присущая расстройствам психики, может быть лишь основанием признания лица невменяемым, если будет доказано, что именно оно совершило общественно опасное деяние и в то время, когда состояние его психики было болезненным. Поэтому понятия «вменяемость–невменяемость» являются целиком юридическими, хотя и имеют в своём объёме элемент, связанный с психическим состоянием лица. Равно как и понятие вины, в отношении юридической природы которого ни у кого не возникает сомнений. Вследствие изложенного вопрос — «совершило ли это лицо общественно опасное деяние» — является отдельным. И лишь после его решения суд может оценить акт судебно-психиатрической экспертизы и признать, было ли у данного лица на момент совершения общественно опасного деяния болезненное расстройство психической деятельности, которое лишало его способности осознавать свои действия и сознательно руководить ими. Если на все эти вопросы получены утвердительные ответы, их совокупность составляет основание для главного вывода — признания лица невменяемым — как обстоятельства, исключающего вину, что и должен сделать суд.

Таким образом, определение вопроса о невменяемости лица должно быть внесено отдельно в перечень, предусмотренный частью 2 статьи 527, и в статью 134 как один из предметов доказывания в тех случаях, когда на каком-либо этапе следствия или рассмотрения дела в суде возникли сомнения в отношении психического состояния лица. Только после этого может решаться вопрос в отношении процессуальной дееспособности лица, то есть о его способности осознавать свои действия и сознательно руководить ими на период судебного процесса. Эта способность у невменяемого лица может восстановиться вследствие выздоровления, или, наоборот — у вменяемого лица исчезнуть вследствие тяжёлого психического заболевания, возникшего после совершения преступления. Не исключён и такой вариант, когда после повторной судебно-психиатрической экспертизы лицо будет признано судом вменяемым и виновным в совершении преступления. Уже поэтому непонятно, почему его дело должно

направляться в суд как «дело о применении принудительной меры медицинского характера».

После признания лица невменяемым суд должен решить вопрос о его общественной опасности. Этого не предусматривает статья 527 проекта, но без этого невозможно закрытие «дела о применении принудительной меры медицинского характера» в соответствии с частью 1 статьи 524 проекта. Определение общественной опасности больного необходимо для применения принудительной меры медицинского характера и в соответствии со статьёй 88 проекта Уголовного кодекса Украины. То есть, прежде чем решить вопрос о применении принудительной меры медицинского характера, суд обязательно должен решить два главных вопроса, которые непосредственно характеризуют лицо: признать его невменяемым и представляющим общественную опасность. При этом каждый из них может претендовать на предоставление соответствующего названия делу. Однако из приведённых выше аргументов вытекает, что в этих делах системообразующим признаком является определение невменяемости лица. Значит, более точным будет наименование «дело об установлении невменяемости», а не «дело о применении принудительной меры медицинского характера». Если суд не придёт к выводу о невменяемости лица, он констатирует его вменяемость, далее установит вину лица и решит все последующие вопросы, предусмотренные статьёй 348 проекта.

Может возникнуть вопрос: а разве лицо, относительно вменяемости которого не возникало сомнений, но которое заболело психической болезнью после совершения преступления, не может быть направлено в суд для применения принудительной меры медицинского характера? Мы считаем, что не может из-за того, что такому решению всегда предшествует установление способности этого лица «предстать перед судом», или «принимать участие в судебном процессе». Именно такие вопросы ставятся перед экспертом и, не имея соответствующего юридического названия, означают установление процессуальной дееспособности лица.

В этих случаях эксперт диагностирует психическую болезнь и обосновывает наличие или отсутствие у лица способности осознавать себя, свои действия и сознательно ими руководить. Суд, проверив все аргументы, приходит к выводу о процессуальной недееспособности или дееспособности лица и соответственно этому решает вопрос о его общественной опасности и применении принудительной меры медицинского характера или устанавливает вину, ответственность и меру наказания.

Следует подчеркнуть, что все рассмотренные выше вопросы, отнесённые к компетенции суда, решают также следователь и прокурор, направляя дело в суд. Однако, как презумпция невиновности последнее слово в признании лица виновным оставляет за судом, так и презумпция психического здоровья оставляет за судом последнее слово в признании его вменяемым или невменяемым (или процессуально недееспособным) по причине психической болезни со всеми последствиями, наступающими по такому решению. Применение принципа презумпции психического здоровья влечёт за собой признание за лицом с психическими расстройствами всех процессуальных прав психически здорового лица без исключения до того момента, пока оно не будет признано судом невменяемым или процессуально недееспособным. А это означает обязательность объявления подозреваемому и обвиняемому постановления о назначении судебно-психиатрической экспертизы, что исключает норма статьи 230 проекта Уголовно-процессуального кодекса Украины. Так же обязательным следует признать присутствие обвиняемого в суде при решении вопроса о его вменяемости (ст. 526 УПК) и при отмене или изменении принудительной меры медицинского характера (ч. 3 ст. 529 УПК), тем более, что в этих случаях речь идёт об улучшении состояния или выздоровлении

больного. Исключения из этого правила должны иметь чёткие критерии, на основании которых суд может прийти к выводу о возможности рассмотрения дела в отсутствие подсудимого.

Характерно, что попытка каким-то образом отделить в правах лиц с психическими недостатками от психически здоровых приводит к существенным противоречиям. Приведём лишь один пример. Так, в соответствии с частью 1 статьи 516, «лицо, в отношении которого ведётся дело о применении принудительной меры медицинского характера, если ему не препятствует характер его заболевания, имеет право: … иметь защитника…». Такая формула даёт основания для вывода, что в случае, если характер заболевания препятствует, такое лицо не имеет права иметь защитника. Часть 3 этой статьи предусматривает, что вывод о том, что характер заболевания препятствует лицу пользоваться своими правами, должен основываться на данных судебно-психиатрической экспертизы. А часть 2 статьи 517 предусматривает, что защитник допускается к участию в деле с момента установления факта психического заболевания лица, но не позже дня принятия решения о направлении лица на судебно-психиатрическую экспертизу. То есть установление факта психического заболевания рассматривается как нечто иное, чем судебно-психиатрическая экспертиза, и может быть осуществлено другим путём. Таким образом, становится совсем непонятным, когда же всё-таки допускается к участию в деле защитник, и кто устанавливает факт психического заболевания.

Рассмотренные в этой статье вопросы свидетельствуют о необходимости особо осторожного отношения к определению норм закона, которые тем или иным образом касаются психики и сознания лица как характерного признака субъекта прав человека.

ВОПРОСЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ НЕВМЕНЯЕМОСТИ И НАЗНАЧЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА В ПРОЕКТАХ УПК И УК УКРАИНЫ

М. Я. Сегай, В. Б. Первомайский

Не вызывает сомнений важное значение судебной экспертизы для обеспечения охраны прав человека в системе институтов правового государства[1]. Особое значение этот вопрос приобретает тогда, когда речь идёт о психическом состоянии лица. Поэтому не случайно ст. 3 Закона Украины «О судебной экспертизе» закрепляет основные принципы осуществления судебной экспертизы: законности, независимости, объективности и полноты исследования. Следует полагать, что эти принципы должны быть учтены в соответствующих кодексах Украины в области уголовного судопроизводства. Однако изучение проектов Уголовного и Уголовно-процессуального кодексов Украины свидетельствует, что этого пока не произошло.

Проекты не учитывают в полной мере действующий Закон Украины «О судебной экспертизе» и не согласованы с проектом Закона «О психиатрической помощи в Украине». Не учтены положения о презумпции психического здоровья, об условиях добровольной и принудительной психиатрической помощи, к которой относится и судебно-психиатрическая экспертиза. В проектах не учтены, а кое в чём усугублены недостатки действующего процессуального законодательства в части рассмотрения дел о назначении принудительных мер медицинского характера. Отсутствие системного взгляда на вопросы взаимоотношений экспертизы и прав человека приводит к целой цепочке существенных противоречий. Остановимся более детально на некоторых принципиальных вопросах.

В проекте УК наиболее важными для психиатра-эксперта являются статьи, касающиеся вменяемости–невменяемости и принудительных мер медицинского характера. Научные исследования свидетельствуют, что для правильного понимания проблемы вменяемости–невменяемости необходимо чётко отграничивать эти понятия от способности лица осознавать свои действия и осознанно руководить ими[2]. Следствием их отождествления является использование в проектах понятий «состояние вменяемости, невменяемости, ограниченной вменяемости», хотя психиатрия таких состояний не знает. Психиатрия изучает психические расстройства, которые ограничивают или совсем лишают лицо способности сознавать свои действия и сознательно руководить ими. Эта особенность, присущая расстройствам психики, может быть лишь основанием признания лица невменяемым, если будет доказано, что именно оно совершило общественно опасное действие и в то время находилось в определённом болезненном состоянии психики. Поэтому понятия «вменяемость–невменяемость» являются полностью юридическими, хотя и имеют в своём объёме элемент, связанный с психическим состоянием лица, равно как и понятие вины, относительно юридической природы которого ни у кого не возникает сомнений.

Формула невменяемости, изложенная в ст. 15 проекта УК, не отвечает правилам определения понятия через ближайший род и видовое отличие. В ней используется союз «или» между идеаторной и волевой составными частями сознания. Между тем хорошо известно, что волевыми действиями являются только те, которые совершаются сознательно. Осознание своих действий является обязательной и единой предпосылкой сознательного руководства ими. Эта проблема хорошо исследована в философии, психологии, нейрофизиологии[3]. Кроме того, психиатрия за 100 лет своего существования

так и не смогла найти пример такой психической болезни, при которой человек сознаёт свои действия, то есть и себя, и окружающее, и соответствие действий определёнными обстоятельствам, и их мотив, цель, а значит и противоправность, но напрочь не способен ими руководить. Такую ситуацию невозможно вообразить даже теоретически из-за того, что сознание является системным понятием. Неспособность к осознанию своих действий отличается от способности качественно, и эта новая качественная характеристика не может не распространяться на все составные части сознания. Поэтому использование союза «или» является ещё и методологической ошибкой. Он был введён в формулу невменяемости в 1903 году и отражал понимание психических болезней в то время, когда ещё не было их чёткого размежевания по признаку ограничения или полного лишения больного способности сознавать свои действия и сознательно руководить ими.

Другое дело, когда речь идёт об ограниченной вменяемости, предпосылкой определения которой является ограниченная способность осознавать свои действия и (или) сознательно руководить ими. В этих случаях имеют место количественные изменения сознания. При этом лицо может полностью осознавать, то есть критично относиться к своему состоянию, действиям, окружающему, осознавать слабость, недостаточность, ограниченность своих волевых усилий и соответственно этому руководить ими. Ограниченной может быть и способность к осознаванию действий и соответственно сознательному управлению ими. Необходимо указать, что во всех этих случаях речь должна идти именно о «способности», а не о «возможности», как это предусматривает проект. Способность является функцией мозга, психики, а возможность зависит от средовых факторов. Лицо может быть способно, но не иметь возможности эту способность реализовать, по причинам, которые от него не зависят.

В проект УК впервые введено понятие ограниченной вменяемости (ст. 15–1). Но её определение является очень общим. Это составляет предпосылку для субъективных толкований при применении этой нормы в практике. Как и в случае невменяемости, авторы проекта понятие ограниченной вменяемости трактуют как состояние, хотя таких состояний психиатрия не знает. Есть лишь определённые психические болезни, диагностика которых делает возможным признание лица ограниченно вменяемым. Суть проблемы состоит в том, что все так называемые пограничные психические расстройства в той или иной мере ограничивают способность лица осознавать свои действия и (или) руководить ними. Этим они отличаются от психозов, слабоумия и других тяжёлых психических расстройств, при которых указанная способность полностью исключается. Отождествление ограниченной вменяемости с психическим состоянием, то есть с ограниченной способностью осознавать свои действия и (или) сознательно руководить ими, делает возможным признать ограниченно вменяемым любое лицо, которое имеет хотя бы незначительные расстройства психики. Негативные последствия такой экспертной и судебной практики несложно предвидеть. Поэтому необходимо законодательно закрепить лишь значительное ограничение указанной способности, в качестве основания для признания лица ограниченно вменяемым.

В ст. 15–1 проекта УК отсутствуют какие-либо признаки медицинского критерия ограниченной вменяемости, а делается лишь ссылка на болезненное состояние психики. Проект предусматривает учёт ограниченной вменяемости при назначении наказания как обстоятельства, которое смягчает ответственность, и совсем не затрагивает категорию вины. Между тем хорошо известно, что без вины (определённой её формы) не может быть ответственности. Ограниченная способность осознавать свои действия и (или) сознательно руководить ими касается именно психического отношения лица к своим действиям, то есть затрагивает существенную составную части вины, которая определяет её форму. Указанные недостатки могут быть устранены такой редакцией ст. 15–1: «Лицо,

у которого во время совершения им преступления способность осознавать свои действия и (или) сознательно руководить ими была существенно ограничена вследствие психической болезни, которая проявляется преимущественно умственной недостаточностью, волевыми, или аффективными расстройствами, может быть признано судом ограниченно вменяемым. Такое лицо подлежит уголовной ответственности. Признание лица ограниченно вменяемым учитывается при определении вины, назначении наказания и применении принудительного лечения».

Вторым по важности является вопрос применения принудительных мер медицинского характера. Действующая ст. 13 УК Украины подвергалась аргументированной критике, как и инструкция, составленная на её основе[4]. Но она не учтена авторами проекта. Между тем, пользуясь критериями, предусмотренными ст. 88 проекта УК, любого больного, совершившего общественно опасное действие, можно поместить в психиатрическую больницу с любой степенью строгости наблюдения. Чтобы предотвратить недоразумения, которые могут возникнуть в связи с этим, норма ст. 88 проекта УК должна быть переориентирована на понятие общественной опасности психически больного, совершившего общественно опасное деяние, предусмотренное УК. Именно этот признак является единственным основанием применения принудительной меры медицинского характера к лицу, которое не способно к сознательным действиям.

В проекте УПК игнорируется право лица на добровольность получения психиатрической помощи в виде судебно-психиатрической экспертизы. Как и в действующем законодательстве, ст. 150 проекта предусматривает обязательное назначение судебной экспертизы «для определения психического состояния подозреваемого или обвиняемого при наличии в деле данных, которые вызывают сомнение в его вменяемости». Существующая практика свидетельствует об определённой подмене понятий. Обязательность для следствия и суда назначения экспертизы, как единственного способа разрешить сомнения относительно вменяемости лица, превратилось в принудительность её для подозреваемого, обвиняемого (подсудимого). В проекте УПК это обстоятельство приобретает силу закона через ст.ст. 31, 38, которые запрещают указанным лицам препятствовать выполнению решений о помещении в медицинское учреждение для проведения экспертизы. А если лицо считает себя психически здоровым и не желает общаться с психиатром? На этот случай ст. 10 проекта УПК предусматривает возможность обжалования в суде постановления о помещении в медицинское учреждение для проведения экспертизы. Однако механизм такого обжалования не является понятным, как и не известно, приостанавливает ли такое обжалование помещение на экспертизу. Что делать эксперту, если лицо всё-таки помещено в экспертное учреждение — ожидать результатов обжалования или проводить экспертизу?

В соответствии со ст. 230 проекта УПК, постановление о назначении судебно-психиатрической экспертизы не объявляется подозреваемому и обвиняемому в тех случаях, когда их психическое состояние делает это невозможным. Отсутствие в ст.ст. 150 и 230 проекта УПК критериев, наличие которых может вызвать у следствия или суда сомнение относительно вменяемости лица, либо относительно возможности объявить ему постановление о назначении судебно-психиатрической экспертизы, выводит этот процесс за границы закона и ставит права данного лица в полнейшую зависимость от следователя или судьи, их осведомлённости в вопросах судебной психиатрии, непредубеждённости и т. п.. Это ошибочная позиция. Если речь идёт о юридическом принципе, объявление постановления о назначении судебно-психиатрической экспертизы должно быть сделано при любых условиях, то есть в присутствии защитника, законного представителя, как, кстати, и предусматривает ст. 233 этого проекта относительно предъявления материалов судебной экспертизы.

Но пока что в практике не являются исключительными случаи, когда обвиняемый узнаёт о назначении ему судебно-психиатрической экспертизы лишь после того, как его доставили в экспертное учреждение. Экспертиза может быть назначена без достаточных оснований, например, только по той причине, что лицо совершило преступление, за которое предусматривается смертная казнь, или есть неподтверждённые документально свидетельства, что оно когда-то раньше обращалось к психиатру, или имело травму головы, или ссылается на то, что не помнит своих действий и т. п. Всё это свидетельствует о подмене понятия «сомнения относительно вменяемости» значительно более широким понятием «сомнения относительно психической полноценности». Именно из-за этого, по данным разных авторов, только от 5 до 10% лиц, которые прошли судебно-психиатрическую экспертизу, признаются невменяемыми. Остальные признаются вменяемыми как психически здоровые, или обнаруживают незначительные отклонения в психической деятельности, которые не влияют на определение вины и ответственности. Несмотря на то, что эти лица способны осознавать свои действия и сознательно руководить ими, судебно-психиатрическая экспертиза относительно них является также обязательной.

Между тем, обязательная судебно-психиатрическая экспертиза, как психиатрическое исследование без согласия на это кого-либо, включая подозреваемого, обвиняемого (подсудимого), является одной из форм ограничения их прав и должна иметь более определённые основания, чем это предусмотрено и действующим законодательством и проектом УПК. Известно, что лицо признаётся невменяемым, если оно вследствие болезненного расстройства психической деятельности было неспособно осознавать свои действия и осознанно руководить ими во время совершения общественно опасного деяния. Поэтому основанием для обязательного назначения судебно-психиатрической экспертизы должны быть такие признаки (поведение, высказывания и т. п.), которые заставляют подозревать у него тяжёлое психическое расстройство во время совершения инкриминированного ему деяния и (или) в последующий за этим период. Понятие «тяжёлое психическое расстройство» используется в международной практике, внесено в проект Закона Украины «О психиатрической помощи», а его основные признаки могут быть стандартизированы и легко распознаваться юристами. Их выявление сделает обоснованным назначение судебно-психиатрической экспертизы по инициативе следствия и суда.

Поэтому целесообразно изложить пункт «в» ч. 1 ст. 150 проекта УПК в следующей редакции: «Экспертиза назначается обязательно… для определения психического состояния подозреваемого, обвиняемого (подсудимого) при получении данных, которые дают основания предполагать наличие у них тяжёлого психического расстройства во время или (и) после совершения общественно опасного деяния». Такая формула даёт возможность предотвратить необоснованное назначение обязательной судебно-психиатрической экспертизы, что усилит гарантии прав лица, которое подвергается уголовному преследованию. Признаки психического расстройства, которое не относится к категории тяжёлых, также могут быть основанием для назначения судебно-психиатрической экспертизы, но уже по инициативе обвиняемого, его защиты, что следует предусмотреть отдельной статьёй. Соответственно необходимо внести уточнения в ст.ст. 96, 97 и ч. 4 ст. 521 проекта УПК.

Относительно назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы есть ещё два принципиальных вопроса. Они касаются количества экспертов, которым поручается проведение экспертизы (ст.ст. 230, 231 проекта УПК), и формы её проведения (амбулаторная или стационарная). Отсутствие их чёткого определения, как в действующем УПК, так и в проекте, приводит к обязательному комиссионному

проведению судебно-психиатрической экспертизы, если она поручается судебно-экспертному учреждению. Такая практика не имеет научного обоснования, в большинстве случаев не является необходимой и не оправдывает себя с экономической точки зрения. Вместе с этим нет ни единого препятствия для введения в практику единоличной судебно-психиатрической экспертизы, как основного её вида. Преобразование фигуры психиатра-эксперта (а не комиссии) в главного субъекта экспертизы будет оказывать содействие обеспечению его независимости, повышению личной ответственности за экспертные выводы и заинтересованности в усовершенствовании своих знаний. Это не исключает назначения и комиссионной экспертизы. Это обстоятельство (единоличная или комиссионная экспертиза), как и фамилия эксперта, должны быть указаны в постановлении (постановлению) о назначении СПЭ. Проект не детализирует основания для назначения именно комиссионной экспертизы. Но из практики вытекает, что такими могут быть повторность экспертизы, её особая сложность, необходимость пересмотра прежде установленного диагноза и т. п.

Относительно формы осуществления судебно-психиатрической экспертизы следует указать, что в проекте неоднократно указывается на возможность проведения экспертизы в психиатрическом учреждении с помещением в него лица. Но в проекте ни разу не отмечаются основания для назначения амбулаторной или стационарной экспертизы, основания для помещения лица в экспертное отделение для лиц, которые содержатся под стражей, или в другое отделение.

Чтобы закончить с вопросом назначения судебно-психиатрической экспертизы, остановимся на новации, которой нет в действующем законодательстве. Речь идёт о возможности назначения экспертизы после получения или выявления сведений о преступлении ещё до момента принятия решения о возбуждении или об отказе в возбуждении уголовного дела (ст. 170 проекта УПК). Статья содержит два условия осуществления этой акции: отсутствие потребности в сборе дополнительных материалов и возможность проведения экспертизы в срок до 15 суток. Учитывая вышеизложенные аргументы относительно отсутствия чётких критериев назначения обязательной экспертизы, указанные два условия отнюдь не смогут препятствовать решению о назначении судебно-психиатрической экспертизы ещё до того, как определилось процессуальное положение задержанного лица. Интересно, что за вопросы в этом случае поставит следствие перед экспертом, если это лицо может совсем не иметь отношения к преступлению, или быть свидетелем, или превратиться в дальнейшем в подозреваемого ли обвиняемого?. Эта норма противоречит ч. 3 ст. 521 проекта УПК, где указано, что направление лица на судебно-психиатрическую экспертизу допускается лишь при наличии достаточных данных о том, что именно это лицо совершило общественно опасное действие, в связи с которым заведено уголовное дело и ведется расследование.

Следует считать, что на этом этапе психиатр может быть привлечён к делу лишь как специалист, который путём исследования лица помогает получить необходимые данные, и высказывает свою мысль относительно наличия оснований для проведения судебно-психиатрической экспертизы после предоставления этому лицу определенного процессуального статуса. Но и в этом случае необходимо согласовать эту норму с проектом Закона Украины «О психиатрической помощи», в котором предусматриваются основания для принудительного освидетельствования лица психиатром.

Много вопросов возникает к концепции «дел о применении принудительных мер медицинского характера» (глава 51 проекта УПК). Этот вопрос предусмотрен ч. 2 ст. 527 проекта, где он стоит на шестом месте. Первые два места занимают те же вопросы, что и в ст. 348 проекта. Но далее, если речь идёт о психически больном лице, вместо

установления вины суд решает вопрос «совершило ли это лицо общественно опасное действие в состоянии невменяемости». Такая формула не выдерживает научной критики. Аргументы по этому поводу приведены в начале статьи. В действительности на этом этапе суд оценивает акт судебно-психиатрической экспертизы и устанавливает, болело ли данное лицо на тот момент, когда было совершено общественно опасное деяние, болезненным расстройством психической деятельности, которое лишало его способности осознавать свои действия и сознательно руководить ими. Если на эти вопросы получены утвердительные ответы, их совокупность составляет основание для главного вывода — признания лица невменяемым, что и должен сделать суд. Определение этого вопроса должно быть внесено отдельно в перечень, предусмотренный ч. 2 ст. 527 и в ст. 134 как один из предметов доказывания в тех случаях, если на каком-то из этапов следствия или рассмотрения дела в суде возникли сомнения относительно психического состояния лица. Только после этого может решаться вопрос относительно процессуальной дееспособности лица, то есть о его способности осознавать свои действия и сознательно руководить ними на период судебного процесса. Эта способность у невменяемого лица может восстановиться вследствие выздоровления или наоборот — у лица вменяемого исчезнуть вследствие тяжёлого психического заболевания, которое возникло после совершения преступления. Далее суду необходимо решить вопрос об общественной опасности лица и его степени. Этого не предусматривает ст. 527 проекта УПК, но без этого невозможно закрытие дела о применении принудительной меры медицинского характера в соответствии с ч. 1 ст. 524 проекта УПК. Определение общественной опасности больного является необходимым для применения принудительной меры медицинского характера и в соответствии с ст. 88 проекта УК.

Из приведённых аргументов следует, что в этих делах системообразующим признаком является определение невменяемости лица. Это означает, что более точным было бы наименование «дело об установлении невменяемости», а не «дело о применении принудительной меры медицинского характера». Если суд не приходит к выводу о невменяемости лица, он констатирует его вменяемость, далее установит вину лица и решит все последующие вопросы, предусмотренные ст. 348 проекта УПК.

Ранее мы приводили норму ст. 230 проекта УПК о необязательности объявления подозреваемому и обвиняемому постановления о назначении судебно-психиатрической экспертизы. Но этим ограничение прав лица по проекту УПК не заканчивается. Например, в соответствии с ч. 1 ст. 516 «лицо, в отношении которого ведётся дело о применении принудительной меры медицинского характера, если этому не препятствует характер его заболевания, имеет право: … иметь защитника…». То есть, если характер заболевания препятствует, такое лицо не имеет права иметь защитника? Ч. 3 этой статьи предусматривает, что вывод о том, что характер заболевания препятствует лицу пользоваться своими правами, должен базироваться на данных судебно-психиатрической экспертизы. А ч. 2 ст. 517 проекта УПК предусматривает, что защитник допускается к участия в деле с момента установления факта психического заболевания лица, но не позднее дня принятия решения о направлении его на судебно-психиатрическую экспертизу. Из этого явствует, что установление факта психического заболевания может быть осуществлено иным путём, а не с помощью судебно-психиатрической экспертизы. Поэтому непонятно, когда всё же допускается к участию в деле защитник и кто устанавливает факт психического заболевания его подзащитного?

Из содержания ст. 526 проекта УПК вытекает, что лицо, относительно которого решается вопрос о применении принудительной меры медицинского характера, не должно присутствовать в судебном заседании. То есть его отсутствие есть правилом, а присутствие — исключением из него. Иным образом не возможно толковать фразу «если

в судебном заседании принимает участие лицо, относительно которого рассматривается дело». То же самое предусмотрено и ч. 3 ст. 529 проекта УПК при отмене или изменении принудительной меры медицинского характера. Между тем в этом случае речь идёт об улучшении состояния или выздоровлении больного. То есть авторами проекта не учитывается, что между периодом проведения судебно-психиатрической экспертизы и рассмотрением дела в суде проходит значительное время и психическон состояние лица может существенно измениться. Можно предположить, что суду было бы интересно сопоставить выводы экспертов со своими наблюдениями за состоянием подсудимого.

Кстати, авторы проекта не настаивают на обязательном присутствии в суде эксперта при рассмотрении дел о невменяемости в связи с возможным изменением состояния подсудимого и необходимостью определения его процессуальной дееспособности. Не определены также и критерии, на основании которых суд может сделать вывод о возможности рассмотрения дела в отсутствие подсудимого. Следовало бы также предусмотреть условия сохранения медицинской тайны относительно психического состояния лица, которая содержится в акте судебно-психиатрической экспертизы и оглашается в открытом заседании (чч. 2, 3 ст. 12 проекта УПК).

Понятно, что в этой статье обсуждены не все недостатки проектов, но и приведённых вполне достаточно для вывода, что вопросы судебно-психиатрического экспертного обеспечения уголовного процесса требуют существенной доработки, сведения их к определённой системе, которая должна согласовываться с принципами презумпции невиновности и презумпции психического здоровья.

Примечания

1. См. обзор общих проблем судебной экспертизы, которые желательно разрешить в новом УПК Украины: *Стринжа В. К., Надгорный Г. М., Сегай М. Я.* Процесуальні питання використання спеціальних знань у кримінальному судочинстві (до розробки нового КПК України) // Вісник Академії правових наук України. — 1994. — № 2. — С. 148–154.
2. См.: *Протченко Б. А.* К понятию невменяемости // Советская юстиция — 1987. — № 17. — С. 20–22; *Богомягков Ю. С.* Уголовно-правовая невменяемость //Советское государство и право. — 1989. — № 4. — С. 103–108; *Первомайский В. Б.* Критерии невменяемости и пределы компетенции психиатра-эксперта // Советское государство и право. — 1991. — № 5. — С. 68–76.
3. Гегель Г. В. Ф. Философия права / Пер. с нем. — М.: Мысль, 1990. — С. 68; *Леонтьев А. Н.* Деятельность, сознание, личность. — М., 1973. — С. 157; *Сеченов И. М.* Избранные произведения. — М., 1962. — Т. 1. — С. 9.
4. Первомайський В. Зауваження до чинної редакції ст. 13 КК УРСР // Радянське право. — 1989. — № 11. — С. 49–53.

ОГРАНИЧЕННАЯ ВМЕНЯЕМОСТЬ: ПЕРСПЕКТИВЫ ВВЕДЕНИЯ

М. Я. Сегай, В. Б. Первомайский

Актуальность проблемы ограниченной вменяемости определяется двумя обстоятельствами. Первое (психиатрическое) состоит в том, что лицо, являющееся объектом применения уголовного права, может иметь психические расстройства, которые не лишают его способности осознавать свои действия и руководить ими. Поскольку эти расстройства относятся к психике, сознанию, что является главным условием решения вопроса относительно вменяемости, они должны быть каким-то образом учтены правосудием. Второе (юридическое) обстоятельство состоит в перманентной тенденции к индивидуализации меры наказания и повышении вследствие этого внимания к субъекту преступления.

Соединение этих обстоятельств определяет главную цель, которая должна быть достигнута введением института ограниченной вменяемости: определить юридические основания и механизмы, через которые судебно-психиатрическая экспертиза может сделать понятным для суда значение болезненных расстройств психики обвиняемого, которые не исключают вменяемости, для решения вопросов его вины и ответственности.

Действующее законодательство предусматривает несколько обстоятельств, которые смягчают ответственность ввиду определённого психического состояния лица, которое в перспективе может рассматриваться как основание для признания его ограниченно вменяемым.

Во-первых, ст. 40 Уголовного кодекса Украины предусматривает как смягчающее обстоятельство совершение преступления под влиянием большого душевного волнения, вызванного неправомерными действиями потерпевшего.

Во-вторых, это же обстоятельство — сильное душевное волнение — предусмотрено ст. 95 (умышленное убийство, совершённое в состоянии сильного душевного волнения) и ст. 103 (умышленное тяжкое или средней тяжести телесное повреждение, причинённое в состоянии сильного душевного волнения. Использование в этих статьях двух понятий — «большое» и «сильное» душевное волнение — в законе не объясняется. Главной составной частью сильного душевного волнения является физиологический аффект. Но из-за отсутствия в законе признаков болезненного характера физиологического аффекта и из-за отсутствия чёткой научно обоснованной теории ограниченной вменяемости практика диагностики такого аффекта последнее время вызывает всё больше вопросов.

В-третьих, разновидностью умышленного убийства при смягчающих обстоятельствах является убийство матерью своего новорождённого ребёнка (ст. 96). Согласно комментарию, это связано с тем, что во время родов и некоторое время после них женщина находится в особом физическом и психическом состоянии, которое снижает её способность полностью осознавать свои действия или руководить ими. Это состояние так же требует изучения с точки зрения соответствия критериям болезненного расстройства и возможности учёта при определении ограниченной вменяемости.

Наконец, в ст. 44 Уголовно-процессуального кодекса идёт речь о лицах, которые вследствие физических или психических недостатков не могут осуществлять своё право на защиту. Под такими лицами понимаются те, которые признаны вменяемыми, но страдают хроническим или временным расстройством психической деятельности.

Приведённые примеры не являются признанием ограниченной вменяемости, но, безусловно, подтверждают юридическое значение определённой категории психических расстройств, не исключающих вменяемости. В этом понимании принципиальное значение приобретает вопрос о форме введения в закон категории ограниченной вменяемости. Относительно этого есть две точки зрения. Первая предусматривает введение психических расстройств, ограничивающих способность лица осознвать свои действия или руководить ими, в перечень обстоятельств, смягчающих ответственность.

Но такое предложение не является научно обоснованным. Оно лишь свидетельствует о наличии проблемы, не делая ни одного шага в направлении её практического разрешения. Когда перед судом стоит психически здоровый подсудимый и другой, который обнаруживает, например, признаки умственной отсталости, то и без законодательных акцентов на ограниченной вменяемости понятно, что правосудие относительно этих лиц не может осуществляться по абсолютно одинаковым критериям. Поэтому проблема состоит не в том, чтобы учесть психические расстройства, которые ограничивают способность осознавать свои действия или руководить ими, а в том, как это сделать.

Первое предложение не только не даёт ответа на этот вопрос, но и создаёт условия для признания ограниченно вменяемым каждого, кто обнаруживает признаки любой психической аномалии. Количество таких лиц среди тех, кому назначена судебно-психиатрическая экспертиза, колеблется от 50 до 70 процентов. Если учесть, что медицинские карточки больных могут храниться у них дома, дальнейшее развитие событий нетрудно предвидеть.

Согласно другой точке зрения, ограниченная вменяемость должна быть введена в закон отдельной статьёй с соответствующими критериями по образцу статьи о невменяемости. Это предложение позволяет учесть следующие научно обоснованные положения относительно ограниченной вменяемости.

1. Методологической базой решения проблемы ограниченной вменяемости является системный метод. Его применение предполагает исследование проблемы в непосредственной связи со смежными понятиями: вменяемость, невменяемость, психика, сознание, вина, ответственность, обстоятельства, смягчающие ответственность.
2. Ограниченная вменяемость является юридической категорией, которая имеет психиатрический аспект, а именно наличие психических расстройств, которые ограничивают способность осознавать свои действия или руководить ими у субъекта преступления во время его совершения. Объёмы понятий «ограниченная вменяемость», «ограниченная способность осознавать…» и «психические аномалии» не совпадают.
3. Любые болезненные расстройства психической деятельности — это отображение в соответствующих данному виду патологии понятиях количественного или качественного расстройства сознания, то есть ограничения или утраты способности осознавать свои действия или сознательно руководить ими. Но такое ограничение могут обусловливать и другие причины субъективного и объективного характера.
4. Медицинским критерием ограниченной вменяемости являются пограничные психические расстройства (психические аномалии), существенным признаком которых является ограничение способности осознавать свои действия или руководить ими при качественном сохранении критической функции сознания.
5. Психологическим критерием ограниченной вменяемости может быть только значительное ограничение способности осознавать свои действия или руководить ими при наличии медицинского критерия.

6. Юридическим критерием ограниченной вменяемости являются общественно опасные деяния, предусмотренные уголовным законодательством, которые несут в себе признаки психического расстройства субъекта преступления и значительного ограничения способности осознавать свои действия или руководить ими.
7. Ограничение способности осознавать свои действия или руководить ими при определённых болезненных расстройствах психики не идентифицируется с ограниченной вменяемостью. Для признания лица ограниченно вменяемым недостаточно установить у него наличие пограничного расстройства психической деятельности. Необходимы доказательства того, что болезненные проявления существенным образом повлияли на поведение лица и отразились в его деянии.

НОВЫЙ УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС: СТАРЫЕ И НОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В. Б. Первомайский

5 апреля 2001 года подписан новый Уголовный кодекс, который вступает в законную силу с 1 сентября текущего года. Бесспорно для судебной психиатрии (а я буду говорить только об этой дисциплине) это значительное событие. Во-первых, заменён старый Уголовный кодекс сорокалетней давности, отражавший известно какие реалии. Во-вторых, перед Украиной открылась перспектива самостоятельного демократического развития. А это предполагает осмысление и использование положительного законотворческого опыта других стран и, конечно же, обращение к науке. На этапе подготовки кодекса эксперты неоднократно высказывали свои предложения по усовершенствованию ряда законодательных положений, касающихся судебно-психиатрической экспертизы и приведению их в соответствие с данными науки [6, 7]. За это время вступил в законную силу Закон Украины «О психиатрической помощи», который тоже должен учитываться при подготовке нового уголовного законодательства. Во всяком случае раздел VI этого Закона обязывает Кабинет Министров Украины в шестимесячный срок подать предложения Верховному Совету Украины по приведению законов Украины в соответствие с данным Законом [1]. С этой точки зрения и представляет интерес анализ некоторых статей нового Уголовного кодекса, определяющих деятельность психиатра-эксперта.

Новации начинаются со ст. 19 «Вменяемость». Её норма сформулирована следующим образом:

1. Вменяемым признаётся лицо, которое во время совершения преступления могло осознавать свои действия (бездеятельность) и руководить ими.
2. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния, предусмотренного этим Кодексом, находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать свои действия (бездеятельность) или руководить ими вследствие хронического психического заболевания, временного расстройства психической деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния психики. К такому лицу по решению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера.
3. Не подлежит наказанию лицо, которое совершило преступление в состоянии вменяемости, но до постановления приговора заболело психической болезнью, которая лишает его возможности осознавать свои действия (бездеятельность) или руководить ими. К такому лицу по решению суда могут применяться принудительные меры медицинского характера, а после выздоровления такое лицо может подлежать наказанию.

Очевидно, что название статьи не в полной мере соответствует её содержанию, поскольку в ней идёт речь о лицах и вменяемых, и невменяемых. В части 1 даётся неудачное определение вменяемости. Во-первых, оно неполное. Так, известно, что вменяемым может быть признано лицо, достигшее возраста уголовной ответственности. Но этот признак в определении отсутствует. Во-вторых, определение не учитывает, что вменяемыми признаются не только психически здоровые лица, но и обнаруживающие определённые психические расстройства. В-третьих, определение игнорирует теперь уже юридический факт признания презумпции психического здоровья, отражённый в ст. 3 Закона Украины «О психиатрической помощи». Наконец, в-четвёртых, непонятно юридическое значение

этого определения. Какие юридические последствия оно влечёт? Одно дело, если оно удовлетворяет любознательность работников следствия и суда или реализует чьи-то законотворческие амбиции. Другое дело, если это определение обеспечивает законную основу назначения судебно-психиатрической экспертизы каждому лицу, привлекаемому к уголовной ответственности. И это не предположение из области фантазии. Ведь если законодатель в Уголовном кодексе не презюмирует психическое здоровье лица и, соответственно, его способность осознавать свои действия и руководить ими по достижении возраста уголовной ответственности, то тем самым он ставит эту способность под сомнение. Часть 1 ст. 19 фактически требует признания лица вменяемым. Пусть юристы ответят на вопрос о том, что из этого может последовать.

Часть 2 ст. 19 иллюстрирует завидное постоянство законодателя в своём заблуждении и подтверждает правоту древних, говоривших: «Dura lex, sed lex». Её норма противоречит научным данным и неоднократно критиковалась за несоответствие правилам определения понятия, за так называемое «состояние невменяемости», за союз «или» между интеллектуальной и волевой частями психологического критерия, за неразбериху в терминах медицинского критерия [4]. Всё это сохранилось. Очевидно, так привычнее. Но нельзя отрицать и определённого прогресса. Так, в новой редакции речь идёт только об общественно опасных действиях, предусмотренных этим Кодексом. Устаревшее понятие «душевное заболевание» заменено на «психическое заболевание». Иные болезненные расстройства, наконец, отнесены к психике. Однако в целом формулировки медицинского критерия не соответствуют МКБ-10. Что же касается упомянутого выше союза «или», то к ранее высказанным в печати аргументам можно добавить разве что ещё один. Если законодатель рассматривает осознание лицом своих действий и собственно действование как два самостоятельных, независимых друг от друга проявления сознания, то он должен допустить ситуацию, при которой человек не может осознавать свои действия, но может руководить ими. Абсурдность такого предположения очевидна не только на научном уровне, но и на бытовом. Тем самым логика показывает ошибочность позиции, занятой законодателем при формулировании психологического критерия невменяемости.

В силу сказанного представляется целесообразным статью 19 назвать, как и прежде, «Невменяемость»; часть 1 из неё удалить как не несущую юридической нагрузки; часть 2 изложить в следующей редакции:

«Не підлягає кримінальній відповідальності особа, визнана судом неосудною, тобто така, яка під час вчинення суспільно небезпечного діяння, передбаченого цим Кодексом, була нездатна усвідомлювати свої дії та свідомо керувати ними внаслідок хронічного або тимчасового хворобливого розладу психічної діяльності».

Часть 3 ст. 19 полностью повторяет прежнюю норму, и поэтому не будем о ней говорить. Перейдём к статье 20 «Ограниченная вменяемость». Эта статья инициализирует новый для отечественного законодательства институт — институт ограниченной вменяемости. Её норма дана в следующей редакции:

1. Подлежит уголовной ответственности лицо, признанное судом ограниченно вменяемым, то есть такое, которое во время совершения преступления, в связи с имеющимся у него психическим расстройством, не было способно в полной мере осознавать свои действия (бездеятельность) и (или) руководить ими.
2. Признание лица ограниченно вменяемым учитывается судом при назначении наказания и может быть основанием для применения принудительных мер медицинского характера.

В части 1 цитированной статьи частично учтены наши предложения. В частности, законодатель отошёл от понятия «состояние ограниченной вменяемости», приняв формулировку «признанное судом ограниченно вменяемым». Возможность осознавания, фигурирующая в ст. 19, здесь заменена на способность, что более соответствует научным представлениям по проблеме. Интеллектуальную и волевую части психологического критерия соединяют союзы «и (или)», что в отличие от нормы ст. 19 также более отвечает реальному соотношению нарушений различных сторон психики и сознания при пограничных психических расстройствах. Но, к сожалению, на этом положительные новации заканчиваются. Все другие позиции, заложенные в норме ст. 20, скорее создадут серьёзные проблемы в её применении, чем подскажут пути и способы их разрешения.

Проблема первая. Медицинский критерий ограниченной вменяемости не дифференцирован. В ранее проведённых исследованиях по проблеме невменяемости показано, что любое психическое расстройство непсихотического характера именуется расстройством именно потому, что отражает ограничение в той или иной степени способности лица осознавать свои действия и (или) руководить ими при сохранении критичности [4]. Именно поэтому общая формула медицинского критерия, содержащаяся в ст. 20, создаёт предпосылку для признания ограниченно вменяемым любого лица с психическими расстройствами непсихотического характера любой степени выраженности. Достаточно открыть МКБ-10, чтобы увидеть трудности, с которыми неизбежно столкнутся и эксперты, и суд, решая вопросы ограниченной вменяемости относительно лиц с различными формами зависимого поведения, расстройствами личности, влечений и т. д.

Проблема вторая. Психологический критерий ограниченной вменяемости не дифференцирован по степени выраженности и не привязан к деянию в качестве одного из детерминирующих факторов в причинно-следственной цепочке. Таким образом, законодателем проигнорировано то, что на степень ответственности может влиять только такое обстоятельство субъективного характера, которое отразилось в деянии. Отсюда следует, что ограничение способности осознавать свои действия и (или) руководить ими не задаётся установленным диагнозом, а должно доказываться определённой совокупностью материальных следов, зафиксированных в совершённом преступлении.

Проблема третья. Часть 2 ст. 20 оговаривает два обстоятельства, крайне важных с точки зрения юридических последствий применения статьи об ограниченной вменяемости. Первое — суд учитывает при назначении наказания признание лица ограниченно вменяемым. Второе — признание лица ограниченно вменяемым может быть основанием для применения принудительных мер медицинского характера. Однако прямо закон не оговаривает, каким образом суд может учесть признание лица ограниченно вменяемым. Ограниченная вменяемость отсутствует среди обстоятельств, смягчающих и отягчающих наказание (ст.ст. 66, 67 УК). Правда, согласно ч. 2 ст. 66 УК за судом остаётся право при назначении наказания признать смягчающими и другие обстоятельства, не указанные в части 1 этой статьи. Возможно, под такими обстоятельствами подразумевается и ограниченная вменяемость? А возможно, законодатель, выписывая ч. 2 ст. 20 УК, полагал, что суд может учитывать ограниченную вменяемость только как основание для применения принудительных мер медицинского характера. Наконец, возникает совершенно крамольная мысль. Может, высшая мудрость законодателя состояла в том, чтобы только продекларировать ограниченную вменяемость, но сделать невозможным применение этой категории на практике?

Проследим за «логикой» закона. Суд может учитывать ограниченную вменяемость лица при назначении наказания, а может и не учитывать. Если же суд примет второе, то как это

обстоятельство повлияет на наказание, остаётся неизвестным, а обвиняемому следует полагаться, видимо, на внутреннее убеждение судьи. Если судом будет принято решение о применении к лицу, признанному ограниченно вменяемым, наряду с наказанием, принудительной меры медицинского характера, то как это совместить и осуществить — известно только законодателю. Ведь он решил применять к ограниченно вменяемому лицу те же меры медицинского характера, что и к невменяемому! А теперь суду остаётся решить «простую» задачу: как можно одновременно госпитализировать осуждённого, например, в психиатрическое учреждение с усиленным наблюдением и отправить его отбывать наказание? Или законодатель предполагает делать это последовательно? Тогда нужно решать вопрос, с чего начинать: с наказания или с лечения. Но в любом случае с 1 сентября текущего года появляется законное основание помещать в одно психиатрическое учреждение вменяемых и невменяемых лиц, то есть содержать и лечить преступников вместе с психически больными. О каких правах человека после этого можно говорить и неужели законодатель не понимает опасности для общества такой новации? Видимо, ему неизвестен Закон Украины «О психиатрической помощи». Иначе невозможно объяснить сохранение в новом Уголовном кодексе такой меры, как «передача психически больного на попечение родственникам или опекунам с обязательным врачебным наблюдением». Эта мера не предусмотрена Законом Украины «О психиатрической помощи». Она противоречит Кодексу законов о браке и семье, который не предусматривает судебного порядка выбора и назначения попечителя или опекуна. Далее. Если больной, к которому применялась принудительная мера медицинского характера, ранее признан ограниченно дееспособным или недееспособным, то после прекращения её применения он без специального судебного решения попадает под наблюдение соответствующего попечителя или опекуна. Если же он дееспособен, то после прекращения применения принудительной меры медицинского характера никакое «обязательное врачебное наблюдение» без его осознанного согласия назначено быть не может. В смысле «обязательности врачебного наблюдения» эта мера близка к амбулаторной психиатрической помощи, осуществляемой в принудительном порядке, хотя содержание понятия «обязательное» неясно [5]. По Закону Украины «О психиатрической помощи» она может оказываться либо на добровольных началах, либо в принудительном порядке. Введение в закон понятия «обязательное наблюдение» только запутывает ситуацию с оказанием амбулаторной психиатрической помощи.

Таким образом, даже самое общее знакомство с новым Уголовным кодексом показывает, что он не только не решает старые проблемы, питаемые несовершенством законодательной базы судебно-психиатрической экспертизы, но порождает целый ряд новых, достаточно серьёзных проблем и вопросов. Коллизии в законодательстве не новость и пусть бы их разрешали юристы [2]. Беда в том, что завтра все эти вопросы встанут перед экспертами. Изучая этот закон, понимаешь, как всё же ошибался незабвенный К. Маркс, когда утверждал, что законодатель должен смотреть на себя как на исследователя природы и не делать, не изобретать законы, а только формулировать их, выражая в сознательных, позитивных законах внутренние законы духовных отношений [3]. Видимо это пока ещё — будущее законотворчества.

Литература

1. Закон України «Про психіатричну допомогу». — Київ: Сфера, 2000. — 50 с.
2. Колізії у законодавстві України: проблеми теорії і практики. — Київ: Генеза, 1996. — 150 с.
3. *Маркс К.* Проект закону про шлюбну розлуку // Маркс К., Енгельс Ф. Твори. — Т. 1. — С. 154.
4. *Первомайский В. Б.* Невменяемость. — Киев, 2000. — 320 с.

5. *Первомайский В. Б.* Судебно-психиатрическая экспертиза: статьи (1989–1999). — Киев: Сфера, 2001. — 184 с.
6. *Сегай М. Я., Первомайський В. Б.* Питання судової експертизи при визнанні неосудності та призначенні примусових заходів медичного характеру у проектах КПК та КК України // Вісник Академії правових наук України. — 1995. — № 4. — С. 84–93.
7. *Сегай М. Я., Первомайський В. Б.* Усунення законодавчих протиріч у регламентації призначення судово-психіатричної експертизи та застосування примусових заходів медичного характеру (за проектом Кримінально-процесуального кодексу України) // Колізії у законодавстві України: проблеми теорії і практики. — Київ: Генеза, 1996. — С. 82–85.

МЕДИЦИНСКИЕ МЕРЫ ПО НОВОМУ УГОЛОВНОМУ КОДЕКСУ

В. Б. Первомайский

Законодательное закрепление возможности применения медицинских мер по отношению к лицу, совершившему общественно опасные деяния, предусмотренные Уголовным кодексом (УК), объективно отражает беспокойство законодателя по поводу возможных негативных последствий выявления у такого лица определённых болезней. Логика такого беспокойства проста: медицине известен целый ряд заболеваний, представляющих опасность как для общества в целом, так и для конкретного человека. Именно по этой причине законодатель, подвергая лицо наказанию, не может не предпринять мер медицинской защиты. В наиболее общей форме указанное обстоятельство отражено в Основах законодательства Украины о здравоохранении (от 19 ноября 1992 г. № 2801–XII).

Ст. 53. Специальные меры профилактики и лечения социально опасных заболеваний

С целью **охраны здоровья населения** органы и учреждения здравоохранения обязаны осуществлять специальные меры профилактики и лечения социально опасных заболеваний (туберкулёз, психические, венерические заболевания, СПИД, лепра, хронический алкоголизм, наркомания), а также карантинных заболеваний.

Порядок осуществления госпитализации и лечения таких больных, в том числе и в принудительном порядке, устанавливается законодательными актами Украины.

С точки зрения правил определения понятия следует полагать, что в этой статье законодатель перечисляет заболевания, которые он считает представляющими социальную опасность. При этом в одном перечне оказались две группы заболеваний. Первую составляют психические расстройства. Хронический алкоголизм и наркомания, которые в соответствии с действующей в Украине МКБ-10 относятся к психическим расстройствам, выделены законодателем, очевидно, в силу их особого социального значения. Вторую группу составляют инфекционные заболевания. Существенным признаком, различающим указанные две группы заболеваний, является способ их распространения. В случае психических расстройств больной не является источником болезни для других лиц. Эта патология существует в социуме в силу различных детерминирующих факторов, кроме одного — возбудителя болезни, который может передаваться от больного человека или носителя возбудителя к здоровому. Этот фактор присутствует во второй группе расстройств. Этот момент имеет существенное значение для правильного понимания законодательных норм УК, затрагивающих вопросы применения медицинских мер.

В УК медицинские меры представлены двумя понятиями: «принудительные меры медицинского характера» и «принудительное лечение». Понятие и цель принудительных мер медицинского характера определены в ст. 92 УК следующим образом:

Ст. 92. Понятие и цель принудительных мер медицинского характера

Принудительными мерами медицинского характера являются оказание амбулаторной психиатрической помощи, помещение лица, совершившего общественно опасное деяние, подпадающее под признаки деяния, предусмотренного Особенной частью настоящего Кодекса, в специальное лечебное учреждение с целью его обязательного лечения, а также предупреждения совершения им общественно опасных деяний.

Исходя из названия статьи, следовало бы ожидать, что её содержание определяет понятие принудительных мер медицинского характера. В действительности же это не так. Ст. 92 УК не содержит определения понятия «принудительные меры медицинского характера», а только перечисляет их в соответствии со ст. 94 УК и тем самым отрицает свою необходимость в представленном виде. Однако в норме ст. 92 УК имеется новация. Психиатрические учреждения с различной степенью строгости наблюдения, перечисленные в ст. 94 УК, законодатель именует «специальное лечебное учреждение», куда больной помещается «с целью его обязательного лечения».

И далее, в статье 93 УК перечисляются лица, к которым могут быть применены принудительные меры медицинского характера. Следовательно, это и есть те лица, которые могут быть помещены «в специальное лечебное учреждение с целью их обязательного лечения».

Ст. 93. Лица, к которым применяются принудительные меры медицинского характера

Принудительные меры медицинского характера могут быть применены судом к лицам:
1) которые совершили в состоянии невменяемости общественно опасные деяния;
2) которые совершили в состоянии ограниченной вменяемости преступления;
3) которые совершили преступление в состоянии вменяемости, но заболели психическим заболеванием до вынесения приговора или во время отбывания наказания.

Не будем останавливать внимание на применении в статье вульгаризированного понятия «состояние невменяемости, вменяемости, ограниченной вменяемости», отражающего бытовые представления о поведении человека. Однако то, что в соответствии с этой статьёй принудительные меры медицинского характера могут быть применены к лицам, находящимся во взаимоисключающих состояниях, совершенно очевидно. Ведь хорошо известно, что невменяемое лицо не способно осознавать свои действия и руководить ими. У лица вменяемого эта способность сохранена, но может быть ограничена. Тогда это лицо признаётся ограниченно вменяемым. Но принудительные меры медицинского характера законодатель предусматривает для них одинаковые. И они без всяких оговорок перечисляются в ст. 94 УК. Более того, в отношении лиц, признаваемых ограниченно вменяемыми, это положение обозначено отдельно ещё и в ч. 2 ст. 20 УК.

Ст. 20. Ограниченная вменяемость

2. Признание лица ограниченно вменяемым учитывается судом при назначении наказания и может быть основанием для применения принудительных мер медицинского характера.

Противоречия, возникающие в связи этим, подвергались анализу. Они имеют принципиальный характер и не могут быть устранены произвольным толкованием закона, на чём мы ещё остановимся далее [1, 2]. Пока же обратим внимание на непоследовательность в применении терминов в ст. 93 УК, потому что, возможно, всё, о чём мы говорим, явления одного ряда. Перечисляя категории лиц, к которым могут быть применены принудительные меры медицинского характера, законодатель совершенно обоснованно использует два понятия: «общественно опасные деяния» в отношении лиц невменяемых, и «преступления» в отношении лиц ограниченно вменяемых. Вопрос о соотношении этих понятий давно решён в теории судебной психиатрии. Нет осознавания своих действий — нет преступления, а только общественно опасное деяние. Есть осознавание — совершённое общественно опасное деяние становится преступлением, но только по приговору суда.

А теперь внимательно вчитаемся в характеристику третьей группы лиц. Разделим их на две подгруппы. Первая — «которые совершили **преступление** в состоянии вменяемости, но **заболели** психическим заболеванием **до вынесения приговора**». Вторая — «которые совершили **преступление** в состоянии вменяемости, но **заболели психическим заболеванием во время отбывания наказания**». По второй подгруппе вопросов не возникает, за исключением, пожалуй, отсутствия характеристики психического заболевания, которое может быть основанием для освобождения лица от дальнейшего отбывания наказания, поскольку принудительные меры медицинского характера применяются вне пенитенциарной системы. Но в отношении первой подгруппы таких вопросов достаточно. Если лицо заболело психическим заболеванием до вынесения приговора, то почему совершённые им общественно опасные действия именуются преступлением? Приговора ведь ещё нет. Если известно, что лицо совершило общественно опасное деяние «в состоянии вменяемости» и оно названо преступлением, то что мешает вынести ему приговор и провести лечение в пенитенциарной системе?

Всё это непростые вопросы, которые имеют непосредственное отношение к правам человека и чёткости отправления правосудия. Ошибки, неясность положений закона, допускающие различные толкования, приводят к ошибкам практики. В весьма сложном положении оказываются авторы, взявшие на себя труд комментировать закон. Обратимся пока к одному из многих научно-практических комментариев УК [3].

Так, комментируя ст. 92 УК, авторы, в силу её несовершенства, не смогли избежать противоречий. В 1-м разделе комментария они формулируют **цель** принудительных мер медицинского характера как *«предупреждение совершения новых общественно опасных действий или **исправление осуждённых** в случае применения к ним принудительных мер медицинского характера»*. Видимо здесь имеются в виду лица, заболевшие психическим заболеванием во время отбывания наказания. Но это отнюдь не даёт оснований применять к ним принудительные меры медицинского характера с целью их исправления. И авторы соглашаются с этим в 4-м абзаце 2-й части комментария: *«Меры медицинского характера не имеют признаков наказания, не считаются судимостью и **не преследуют целей исправления**»*. Таким образом, врачу, применяющему принудительные меры медицинского характера, предоставляется возможность самому выбрать — исправлять ли больного этими мерами или только избавлять его от болезни и её последствий.

В этом же абзаце указывается, что *«принудительные меры медицинского характера применяются к психически больным, которые **представляют общественную опасность** вследствие психического расстройства и совершения общественно опасных действий»*. Но с этим не согласен законодатель. В ст. 94 УК в п. 4 прямо указано: *«Госпитализация в психиатрическое учреждение с усиленным наблюдением может быть применена судом к психически больному, который совершил общественно опасное деяние, не связанное с посягательством на жизнь других лиц, и **по своему психическому состоянию не представляет опасности для общества**, но требует содержания в психиатрическом учреждении и лечения в условиях усиленного наблюдения»*. Эта норма полностью перенесена из предыдущего УК и уже подвергалась критике [4, 5].

Ещё более наглядны противоречия между нормой закона и научно-практическим комментарием к ст. 93 УК. С комментарием 1 и содержанием первого абзаца комментария 2 вполне можно согласиться. Но далее начинаются вопросы. Второй абзац комментария 2 гласит: *«Принудительные меры медицинского характера в соответствии с ч. 2 ст. 20 не должны применяться ко всем лицам, признанным судом ограниченно вменяемыми, а лишь в тех случаях, когда психическое расстройство может быть опасным «для себя или иных лиц»*. Видимо здесь имеется в виду опасность психического расстройства не «для себя», а

для его носителя, т. е. для больного. Этот редакционный недочёт легко устранить. А как же быть с содержанием? Ведь фактически этим комментарием возрождается давно отвергнутое наукой и практикой понятие «опасное состояние» [6, 7].

Ч. 2 ст. 20 УК приведена выше. В ней нет упоминания о психическом расстройстве, опасном «для себя или иных лиц». В ней нет также какого-либо ограничения по видам принудительных мер медицинского характера, которые, по мнению законодателя, могут быть применены судом к лицам, признанным ограниченно вменяемыми. Почему же авторы комментария далее в категорической форме пишут: *«К лицам, которые совершили преступление в состоянии ограниченной вменяемости, может быть применён только один вид принудительных мер медицинского характера — оказание амбулаторной психиатрической помощи в принудительном порядке (соответственно ч. 3, 4, 5 ст. 94 иные виды принудительных мер медицинского характера применяются к психически больным, в категорию которых не входят лица с ограниченной вменяемостью)»*?

Скорее всего, на такое ограничение нормы закона авторам комментария пришлось идти потому, что реально применить к лицу, признанному ограниченно вменяемым, любую иную принудительную меру медицинского характера одновременно с наказанием невозможно. В качестве выхода из этой коллизии авторы комментария предлагают: *«Если наказание связано с лишением свободы, то осуществление принудительных мер медицинского характера возлагается на медицинскую службу уголовно-исполнительных учреждений»*. Интересно, кем возлагается и какие для этого есть законные основания? Закон чётко определяет виды принудительных мер медицинского характера. Известно, что учреждения, их осуществляющие, находятся в ведении органов здравоохранения, то есть вне пенитенциарной системы. Следовательно, ни одну из принудительных мер медицинского характера применить одновременно с наказанием в виде лишения свободы невозможно. В этом случае может быть применено только принудительное лечение. Обратимся к ст. 96 УК.

Ст. 96. Принудительное лечение

1. Принудительное лечение может быть применено судом, независимо от назначенного наказания, к лицам, которые совершили преступления и имеют заболевание, представляющее опасность для здоровья других лиц.
2. В случае назначения наказания в виде лишения свободы или ограничения свободы принудительное лечение осуществляется по месту отбывания наказания. В случае назначения иных видов наказания принудительное лечение осуществляется в специальных лечебных учреждениях.

Однако, к нашему огорчению, в этой статье нет упоминания о лицах, признанных ограниченно вменяемыми. В цитированной норме речь идёт только о лицах, имеющих заболевание, **«представляющее опасность для здоровья других лиц»**. Психические расстройства, включая алкоголизм и наркоманию, как показано в начале настоящей статьи, не относятся к категории заболеваний, представляющих опасность для здоровья других лиц. Законодатель отнёс их к социально опасным заболеваниям, т. е. опасным для общества. Фактически эти понятия законодатель разделяет и в ст. 76 УК.

Ст. 76. Обязанности, которые возлагает суд на лицо, освобождённое от отбывания наказания с испытанием

1. В случае освобождения от отбывания наказания с испытанием суд может возложить на осуждённого такие обязанности:

5) пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании или заболевания, представляющего опасность для других лиц.

Союз «или» в п. 5 однозначно свидетельствует о том, что алкоголизм и наркомания (являющиеся психическими расстройствами) не относятся к заболеваниям, представляющим опасность для других лиц.

В связи с применением принудительного лечения к лицам, отбывающим наказание, не связанное с лишением свободы, в ст. 96 УК законодатель применяет термин «специальное лечебное учреждение», не раскрывая его содержание. Этот же термин мы уже встречали в ст. 92 УК в связи с понятием «принудительные меры медицинского характера». Означает ли это, что и «принудительное лечение» и «применение принудительных мер медицинского характера» при наказании, не связанном с лишением свободы, должны проводиться в одних и тех же медицинских учреждениях, остаётся непонятным.

Не выглядит бесспорным и комментарий к п. 3 ст. 93 УК в части применения принудительных мер медицинского характера к осуждённым, которые заболели психической болезнью во время отбывания наказания. Авторы комментария утверждают, что к таким лицам принудительные меры медицинского характера могут применяться после отбытия части наказания и могут смениться наказанием, если состоялось выздоровление и не истекли сроки давности. Этот комментарий явно противоречит ст. 408 УПК, которая предусматривает применение принудительных мер медицинского характера к осуждённым, заболевшим *«хронической душевной или иной тяжёлой болезнью, препятствующей отбыванию наказания»*. В этих случаях суд вправе вынести определение об освобождении этого лица от дальнейшего отбывания наказания. Но в указанной норме нет упоминаний о возможности возвращения такого душевнобольного вновь в места отбытия наказания.

Количество вопросов, возникающих при изучении цитированных статей и комментариев к ним, достаточно для следующего вывода. Совокупность законодательных норм УК, определяющих основания и осуществление принудительных мер медицинского характера и принудительного лечения, содержит серьёзные противоречия принципиального характера, которые не могут быть устранены только с помощью комментария. Их необходимо изменить, приведя в соответствие со здравым смыслом и основным отличительным признаком медицинских мер, заложенных в законе.

Таким признаком является вменяемость–невменяемость. Принудительное лечение применяется к лицу, признанному вменяемым или ограниченно вменяемым и обнаруживающим психическое расстройство, представляющее социальную опасность. Такое лечение осуществляется в пенитенциарной системе, если наказание связано с лишением свободы. Если лишение свободы не применяется, то такое лечение является амбулаторным принудительным лечением и вполне может проводиться в тех же учреждениях, что и лицам, освобождённым от ответственности по причине невменяемости. Принудительные меры медицинского характера применяются к лицу, признанному невменяемым и представляющим социальную опасность в связи с имеющимся психическим расстройством и характером содеянного. Они осуществляются в специальных медицинских учреждениях системы здравоохранения.

Для этого необходимо из ст. 93 УК изъять п. 2 («которые совершили в состоянии ограниченной вменяемости преступления»). В ст. 20 УК в п. 2 слова «принудительных мер медицинского характера» заменить словами «принудительного лечения». В ст. 96 УК ч. 1 изложить в следующей редакции: *«Принудительное лечение может быть применено*

судом независимо от назначенного наказания к лицам, совершившим преступления и признанным вменяемыми или ограниченно вменяемыми, имеющим заболевание, представляющее социальную опасность или опасность для здоровья других лиц».

Литература

1. *Первомайский В. Б.* Новый Уголовный кодекс: старые и новые проблемы судебно-психиатрической экспертизы // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 49–52.
2. *Приходько Т. М.* Проблема обмеженої осудності в кримінальному праві. — Автореф. дис. … канд. юрид. наук: 12.00.08. — Київ, 2001. — 20 с.
3. Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України. Загальна частина / Під заг. ред. М. О. Потебенька, В. Г. Гончаренка. — Київ: Форум, 2001. — 393 с.
4. *Первомайский В. Б.* Судебно-психиатрическая экспертиза: статьи (1989–1999). — Киев: Сфера, 2001. — С. 61–90.
5. *Сегай М. Я., Первомайський В. Б.* Питання судової експертизи при визнанні неосудності та призначенні примусових заходів медичного характеру у проектах КПК та КК України // Вісник Академії правових наук України. — 1995. — № 4. — С. 84–93.
6. *Фуко М. О.* О концепции «социально опасного субъекта» в судебной психиатрии XIX столетия // Философская и социологическая мысль. — 1991. — № 7. — С. 84–110.
7. *Шишков С. Н.* Общественно опасное поведение, уголовная юстиция и судебная психиатрия: послесловие переводчика // Философская и социологическая мысль. — 1991. — № 7. — С. 111–115.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ОПЬЯНЕНИЯ КАК СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко, Э. Б. Первомайский

Едва ли не ведущей судебно-психиатрической проблемой в наркологии сегодняшнего дня является доказательство зависимости обвиняемого от психоактивных веществ и наличия признаков их употребления. Её актуальность определяется несколькими обстоятельствами. Прежде всего, это вред, причиняемый лицом с наркозависимостью на микро- и макросоциальном уровне. Следующим обстоятельством является определённая коллизия между медицинским и юридическим пониманием проблемы состояний зависимости и оценки способности этих лиц осознавать свои действия и руководить ими. И последнее обстоятельство — несовершенство, отставание существующей экспертной практики в области наркологии, с одной стороны, от современных требований к обеспечению прав человека, и с другой — от современных представлений судебной экспертологии об экспертном процессе.

Применительно к теме настоящей статьи имеется достаточно публикаций о прямой взаимосвязи алкогольной и наркотической аддикции с противоправным поведением и действиями, предусмотренными как Кодексом об административных правонарушениях, так и Уголовным кодексом. Наиболее характерными, в связи с очевидностью механизма происхождения, являются дорожно-транспортные происшествия.

Так, в Великобритании у одной трети всех водителей, погибших на дорогах, уровень алкоголя в крови превышал установленную законом норму [5]. Около полуночи их количество возрастало до 50%, а в субботу вечером — до 75%. В другой выборке у одной трети водителей, задержанных за управление транспортом в нетрезвом состоянии, была повышена активность гамма-глютамил-транспептидазы, указывающая на хроническое злоупотребление алкоголем. В Украине, например, в период с 24.09.03 по 1.10.03 по данным ГАИ зарегистрировано 4411 случаев езды в нетрезвом состоянии [1]. По данным открытой печати в г. Киеве ежедневно задерживается 25–30 и более человек за управление автотранспортом в нетрезвом состоянии. Общеизвестна точка зрения относительно взаимосвязи пьянства и наркотизма с преступностью. В цитированном выше источнике указывается, что чрезмерное пьянство в основном связано с мелкими преступлениями, например, воровством. Однако авторы отмечают и случаи мошенничества, сексуальные преступления, применение насилия, включая убийство.

Аналогичные данные получены нами при изучении материалов 7702 случаев судебно-психиатрической экспертизы лиц, привлечённых к уголовной ответственности [16]. У 30,9% из них обнаружены признаки алкоголизма [17]. Большинство из них на момент задержания обнаруживали признаки алкогольного опьянения, установленные внесудебной процедурой в соответствии с действовавшей на тот период «Инструкцией о порядке направления граждан на осмотр для установления состояния опьянения» № 45/06–14/14/14/К–8–347 от 29.06.1983 г. Когда это происходило непосредственно после совершения противоправного деяния, состояние опьянения использовалось следствием как обстоятельство, отягчающее ответственность. Эксперты же решали вопрос только о наличии признаков хронического алкоголизма.

В случае опьянения наркотическими веществами ситуация выглядит несколько иначе. Анализ 215 экспертных случаев, по которым были поставлены вопросы относительно наличия наркомании, показал следующее [14]. 32 случая из них были диагностированы как эпизодическое употребление наркотиков и 183 — как наркомания. Почти в половине

случаев (48,4%) в исследованной выборке отмечалась диссимуляция, причём достоверно чаще это делали испытуемые с наркоманией (52,5%), чем с эпизодическим употреблением наркотиков (25%). Экспертная практика показывает, что в связи с этим, особенно на ранних стадиях наркомании, для диагностики является обязательным доказательство факта употребления наркотического вещества в двух его проявлениях. Во-первых, как систематическое, во-вторых — как не прекращающееся. Таким прямым доказательством, наличие которого не может быть диссимулировано, является только определение наркотика или его специфических метаболитов в биологических средах (слюна, кровь, пот, моча) сразу после задержания подозреваемого в совершении противоправных действий. Тем самым объективно устанавливаются два важных для следствия обстоятельства: состояние опьянения на период совершения противоправного деяния и факт непрекращающегося употребления наркотика. При наличии доказательной информации об имевших место ранее повторяющихся наркотизациях это даёт основания констатировать систематический характер употребления наркотических веществ. Такие исследования до направления на экспертизу в изученной выборке проведены только в 4-х случаях (1,9%). Судебно-медицинское освидетельствование на предмет установления специфического для внутривенного введения наркотика изменения вен, наличия проколов, их локализации и давности проведено только 13 испытуемым (6%). Добавим к этому ещё такие данные. Только в 21,9% случаев испытуемые направлялись на СПЭ в течение первой недели после задержания. 12% лиц поступило на исследование в течение второй недели, 26% — через 2 нед, 34,9% — более чем через месяц. В совокупности приведённые данные свидетельствуют о следующем:

1. При отсутствии судебно-медицинского освидетельствования уничтожаются следы недавнего употребления наркотиков.
2. Эксперты лишаются возможности наблюдать абстинентный синдром.
3. Испытуемый получает время для адаптации и выработки диссимулятивной позиции.
4. Утерянная информация не может быть компенсирована, что в целом ведёт к гиподиагностике наркомании.

Все эти негативные для доказывания экспертных выводов последствия имеют место и в тех случаях, когда исследование на опьянение проведено некачественно и в неполном объёме.

Опьянение как болезненное состояние. Человечеству известно много функций алкоголя: а) как пищевой продукт; б) как опьяняющий яд; в) как наркотик [4]. К этому перечню можно добавить и такие менее интересные для нас функции, как антисептик, консервант, растворитель и др. Юридическое, а, следовательно, и судебно-психиатрическое значение имеет такое имманентное свойство алкоголя, как способность формировать болезненное состояние и изменять способность лица сознавать свои действия и руководить ими. Это означает, что психиатр-эксперт имеет объектом исследования лицо с признаками употребления алкоголя постольку, поскольку в этом случае возможно установление медицинского и психологического критерия невменяемости. В отношении судебно-психиатрического значения алкоголя как наркотика сомнений не возникает. Экспертная диагностика вызываемых приёмом алкоголя состояний, исключающих вменяемость, тщательно отработана и при достаточном уровне квалификации эксперта трудностей не представляет. Проблема возникает, как только мы переходим к состояниям, не исключающим вменяемости (собственно алкоголизм) и состояниям, не сопровождающимся признаками зависимости (собственно опьянение). В первом случае она обусловлена введением в уголовное законодательство нормы об ограниченной вменяемости. Во втором — существующими противоречиями между практикой

опьянения и соответствующими нормами действующего законодательства. На этом вопросе мы далее и остановимся.

Прежде всего, о медицинском значении опьянения. Вряд ли необходимы особые доказательства отнесения состояний опьянения к болезненным. Для этого есть все и формальные и содержательные основания. МКБ-10 содержит рубрику F1x.0 — «Острая интоксикация» как преходящее состояние вслед за приёмом алкоголя или другого психоактивного вещества, приводящее к расстройствам сознания, когнитивных функций, восприятий, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций [11]. И далее указывается, что острая интоксикация находится в прямом соответствии с уровнями доз, за исключением пациентов с какими-либо органическими заболеваниями. И далее в зависимости от характера осложнений указываются дополнительные шифры, охватывающие всю возможную наркотическую патологию. При этом в указаниях по дифференциальной диагностике составители рекомендуют иметь в виду возможное наличие травм головы и гипогликемии, а также возможность интоксикации в результате употребления нескольких веществ. Это предостережение имеет существенное значение для правильного понимания хода дальнейшего изложения материала.

Включение составителями МКБ-10 опьянения в категорию болезненных состояний отражает точку зрения, достаточно устоявшуюся и в западной, и в отечественной психиатрии. Алкоголь рассматривается как опьяняющий яд, оказывающий наркотизирующее действие на головной мозг. Алкогольное опьянение или острая интоксикация алкоголем трактуется как симптомокомплекс психических, вегетативных и неврологических расстройств, обусловленный психотропным действием спиртных напитков. Физические и психические последствия его употребления и их выраженность в зависимости от многих факторов как эндогенного, так и экзогенного характера, хорошо известны и науке, и населению. Сопоставление проявлений опьянения с критериями болезненного состояния [18] показывает их полное соответствие. Происходит количественное изменение всех психических функций, снижается критичность, ослабляется способность воспринимать и оценивать происходящее, нарушается модальность поведения, отмечается чёткая причинно-следственная связь между приёмом алкоголя и появлением расстройств и их исчезновение по мере утилизации алкоголя в организме [2, 21]. С точки зрения экспертной оценки состояния, при опьянении ограничивается способность осознавать свои действия и руководить ими. Это полностью соответствует представлениям отечественной судебной психиатрии о том, что любое болезненное расстройство психической деятельности отражается на способности осознавать свои действия и руководить ими, ограничивая в той или иной степени либо полностью её уничтожая. Приведённые аргументы в равной мере распространяются на состояния опьянения, вызванные приёмом иных психоактивных веществ. Если этих аргументов достаточно для отнесения опьянения к категории болезненных состояний, то перейдём к рассмотрению юридической стороны проблемы.

Опьянение как юридически значимое обстоятельство. Начнём с гражданского процесса как наименее обременённого категорией опьянения. В новом Гражданском кодексе есть лишь одна статья, в которой упоминаются спиртные напитки и наркотические вещества [20]. Это часть 2 ст. 36 ГК «Ограничение гражданской дееспособности физического лица». В ней в неявном виде присутствует понятие «опьянение», поскольку доказать злоупотребление спиртными напитками или наркотическими веществами можно только доказав, что лицо достаточно часто пребывает в состоянии опьянения. Соответственно ст. 223 ГК «Правовые последствия совершения сделки физическим лицом, гражданская дееспособность которого ограничена, за пределами его гражданской дееспособности» сделка, совершённая ограниченно дееспособным лицом без согласия попечителя, может

быть признана судом недействительной, если будет установлено, что она противоречит интересам самого подопечного, членов его семьи или лиц, которых он в соответствии с законом обязан содержать.

В ГК имеется и статья 225 «Правовые последствия совершения сделки дееспособным физическим лицом, которое в момент её совершения не осознавало значение своих действий и (или) не могло руководить ими». Норма этой статьи предусматривает возможность совершения сделки дееспособным гражданином, но который, в силу своего состояния, именно в момент её совершения не мог осознавать значение своих действий и (или) не мог руководить ими. Законодатель в данном случае исходит из того, что сделка, совершённая в таком состоянии, не выражает подлинной воли лица и поэтому должна быть признана недействительной. Комментарий к этой статье пока отсутствует. Формулировка статьи даёт основание включать в предполагаемую группу лиц, находящихся в состоянии выраженного алкогольного или иного опьянения, включая изменённые формы, когда расстройство когнитивных и волевых функций лишает лицо способности в полном объёме осознавать значение своих действий и (или) руководить ими. Фактически в этом случае речь идёт об использовании третьими лицами беспомощного состояния. Понятно, что для такого решения нужны доказательства пребывания лица в момент совершения сделки в состоянии такого опьянения. Это отдельная тема, на которой мы сейчас не останавливаемся.

Уголовным процессом категория «опьянение» более востребована [13]. Статья 21 УК указывает на криминальную ответственность за преступления, совершённые в состоянии опьянения вследствие употребления алкоголя, наркотических или иных одурманивающих средств. Причём эта криминальная ответственность не влечёт за собой назначение принудительного лечения в местах лишения свободы в случае обнаружения признаков алкоголизма или наркомании, как это предполагала ст. 14 предыдущего УК. На это однозначно указывают авторы комментария 5 к ст. 21 УК.

Статья 67 УК, п. 13 признаёт отягчающим обстоятельством совершение преступления лицом, находящимся в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном употреблением наркотических или иных одурманивающих средств.

В соответствии со ст. 76 УК суд может обязать осуждённого, в случае освобождения от отбывания наказания с испытанием, пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании или заболевания, опасного для здоровья других лиц.

В новом УК раздел XIII посвящён преступлениям в сфере оборота наркотических средств, их аналогов или прекурсоров (ст.ст. 305–324). Уже сам характер действий, связанных с наркотическими веществами, является предпосылкой для направления лиц, подозреваемых в совершении преступления, как и потерпевших от преступных деяний, на освидетельствование на предмет наличия признаков опьянения. Разумеется, это не означает, что такая же процедура не может быть проделана и в отношении лиц, совершивших иные преступные деяния. В плане рассматриваемой темы представляют интерес две статьи, по которым, как нам представляется, экспертиза на предмет опьянения и наличия признаков алкоголизма и наркомании является обязательной. Это ст. 309 УК (Незаконное производство, изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов без цели сбыта). Часть 4 этой статьи предусматривает, что лицо, которое добровольно обратилось в лечебное учреждение и начало лечение от наркомании, освобождается от уголовной ответственности за действия, предусмотренные частью первой этой статьи. А действия по этой части наказываются ограничением свободы на срок до трёх лет либо лишением

свободы на этот же срок. Такая мера наказания может быть стимулом для симуляции наркомании, и это обстоятельство требует особого внимания к доказательности экспертных выводов. Судебно-психиатрическая практика знает такие примеры. На них указывают и западные источники. K. Wolff, S. Welch, J. Strang указывают, что лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, иногда стремятся повлиять на результаты тестирования, желая получить или положительный результат как обязательное условие для начала психофармакотерапии, или отрицательный как подтверждение соблюдения режима трезвости [3].

Ст. 316 УК (Незаконное публичное употребление наркотических средств) не может быть применена без экспертизы опьянения. Но здесь возникает новая проблема — доказательство наличия причинной связи между обнаруженным состоянием опьянения и употреблением наркотического вещества в конкретное время пребывания обвиняемого в определённом месте. То есть речь идёт о фармакокинетике вещества и возможности ретроспективного определения времени введения его в организм. Естественно, это невозможно сделать на основании внешних клинических признаков опьянения. Необходимы лабораторные исследования и соответствующие научные разработки.

Одной из статей УК, по которой, как правило, назначается экспертиза опьянения, есть статья 286 (нарушение правил безопасности дорожного движения или эксплуатации транспорта лицами, управляющими транспортными средствами). Поскольку санкции по этой статье значительно более суровые, чем за аналогичные действия, предусмотренные КУАП, то очевидны и требования к доказательности экспертного заключения.

В доступной нам литературе мы не нашли даже упоминаний о судебно-психиатрической экспертизе по делам об административных правонарушениях. Впервые на это обстоятельство мы обратили внимание в 1991 году в связи с готовившимся изменением подведомственности лечебно-трудовых профилакториев [15]. В это смутное время, когда постепенно начинали приобретать очертания права человека, готовился Закон о принудительном лечении больных алкоголизмом и наркоманией. Изучение его проекта показало несостоятельность с медицинской и незаконность с юридической точки зрения существовавшей в СССР системы обследования указанного контингента медицинскими комиссиями, которые принимали решения о необходимости принудительного лечения в ЛТП. Суд же только придавал этому решению юридическую форму. Медицинские комиссии фактически подменяли суд. Ни о какой судебной экспертизе не было и речи.

Между тем Кодекс Украины об административных правонарушениях (КУАП) [9] содержит все нормы, необходимые для полноценного судебно-психиатрического экспертного процесса. В нём есть практически все понятия, относящиеся к судебно-психиатрической экспертизе, что и в УК и УПК.

Ст. 20 КУАП (Невменяемость) полностью повторяет норму ст. 12 предыдущего УК. Понятие «невменяемость» присутствует в ст. 17 КУАП (обстоятельства, исключающие административную ответственность), в ст. 247 КУАП (Обстоятельства, исключающие производство по делу об административном правонарушении).

Обстоятельством, смягчающим ответственность за административное правонарушение, признаётся совершение правонарушения под влиянием сильного душевного волнения либо при стечении тяжёлых личных или семейных обстоятельств (ст. 34 КУАП «Обстоятельства, смягчающие ответственность за административное правонарушение»). Обстоятельством, отягчающим ответственность за административное правонарушение,

признаётся совершение правонарушения в состоянии опьянения (ст. 35 КУАП «Обстоятельства, отягчающие ответственность за административное правонарушение»).

В соответствии со ст. 273 КУАП (Эксперт) в случае, когда возникает необходимость в специальных познаниях, органом (должностным лицом), в производстве которого находится дело об административном правонарушении, назначается эксперт. Он обладает теми же правами и имеет те же обязанности, что и в уголовном и гражданском процессе.

В соответствии со ст. 251 КУАП (Доказательства) доказательствами по делу об административном правонарушении являются любые фактические данные, на основе которых в определённом законом порядке орган (должностное лицо) устанавливает наличие или отсутствие административного правонарушения, виновность лица в его совершении и иные обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела. Эти данные устанавливаются протоколом об административном правонарушении, объяснениями лица, привлекаемого к административной ответственности, потерпевших, свидетелей, заключением эксперта, вещественными доказательствами, показаниями технических приборов, используемых при надзоре за выполнением правил, норм и стандартов, касающихся обеспечения безопасности дорожного движения, протоколом об изъятии вещей и документов, а также иными документами.

Совершенно очевидно, что в настоящее время, когда решения по административным правонарушениям принимаются судом, проблема применения специальных психиатрических (включая наркологические) знаний приобретает особую актуальность во всём комплексе научных, организационно-методических и экспертных подходов.

Теперь посмотрим, в каком контексте КУАП использует понятие «опьянение». Оно упоминается в трёх статьях, приведём их содержание в интересующей нас части:

Ст. 129 КУАП

Допуск к управлению транспортными средствами или судами водителей либо судоводителей, находящихся в состоянии опьянения, или лиц, не имеющих права управления транспортным средством

Допуск к управлению транспортными средствами водителей, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического либо иного опьянения, или в болезненном состоянии, или под воздействием лекарственных препаратов, снижающих их внимание и быстроту реакции, или не прошедших в установленный срок медицинского освидетельствования…

Ст. 130 КУАП

Управление транспортными средствами или судами лицами, находящимися в состоянии опьянения

Управление транспортными средствами лицами в состоянии опьянения, передача управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения, а равно уклонение лиц, управляющих транспортными средствами, от прохождения в соответствии с установленным порядком освидетельствования на состояние опьянения…

Ст. 131 КУАП

Уклонение от прохождения освидетельствования на состояние опьянения

Уклонение судоводителей речных или маломерных судов от прохождения в соответствии с установленным порядком освидетельствования на состояние опьянения…

Во всех трёх статьях речь идёт об освидетельствовании водителей. В ст.ст. 130, 131 указывается на «установленный порядок освидетельствования на состояние опьянения». На этот же порядок указывают авторы в комментарии к ст. 129 КУАП. Однако обратим внимание, что согласно норме ст. 129 КУАП объективная сторона состава проступка проявляется в допуске к управлению транспортными средствами водителей, находящихся не только в состоянии опьянения, но и иного опьянения, кроме алкогольного и наркотического, и находящихся в болезненном состоянии и под воздействием лекарственных препаратов, снижающих их внимание и быстроту реакции.

Предусмотренный ст.ст. 130, 131 КУАП «установленный порядок освидетельствования на состояние опьянения» определяется совместным приказом министерств внутренних дел, здравоохранения и юстиции № 114/38/15–36–18 от 24.02.1995 г., утверждающим «Инструкцию о порядке направления граждан для осмотра на состояние опьянения в учреждения здравоохранения и проведения осмотра с использованием технических средств». Укажем сразу же, что этот документ никоим образом не регламентирует порядок определения иного опьянения, кроме алкогольного и наркотического, и нахождение в болезненном состоянии и под воздействием лекарственных препаратов, снижающих их внимание и быстроту реакции. Таким образом, эта часть объективной стороны состава проступка, предусмотренного ст. 129 КУАП, осталась вне внимания законодателя, а значит и препятствий для допуска водителей к управлению транспортом в описанном состоянии, фактически нет.

Остановимся на упомянутой инструкции более детально с точки зрения её соответствия закону и возможности обеспечения доказательств в уголовном процессе и в делах об административных правонарушениях.

В приказе, утверждающем инструкцию, отмечено, что это сделано в соответствии с требованиями Кодекса Украины об административных правонарушениях, Законов Украины «О милиции» и «Дорожное движение» и во исполнение соответствующих постановления и поручения Кабинета Министров. Уголовный кодекс среди этих документов не упоминается. Между тем, последний абзац п. 1.1 говорит о том, что проведение осмотра на состояние опьянения водителей, судоводителей и иных лиц, управляющих транспортными средствами, независимо от наличия признаков опьянения, — участников дорожно-транспортных происшествий, вследствие которых пострадали граждане, является обязательным. Как указывалось выше, такая ситуация предусмотрена ст. 286 УК. Следовательно, проведение оного осмотра должно соответствовать и требованиям Уголовного и Уголовно-процессуального кодекса. Что это означает? Дело в том, что и КУАП и УК предусматривают при необходимости применение специальных знаний, носителем которых является фигура эксперта. Естественно возникает вопрос: что такое осмотр на предмет выявления состояния опьянения при совершении правонарушения — экспертиза или просто удовлетворение любопытства должностного лица или следователя или врача-нарколога? Ответ на этот вопрос зависит от формальных (процессуальных) и содержательных характеристик процедуры осмотра.

Определение опьянения как предмет судебно-психиатрической экспертизы. Закон Украины «О судебной экспертизе» от 25.02.1994 года в ст. 1 разъясняет, что судебная экспертиза — это исследование экспертом на основе специальных знаний материальных объектов, явлений и процессов, которые содержат информацию об обстоятельствах дела,

которое находится в производстве органов дознания, предварительного следствия или суда.

Другими словами — необходимы ли специальные знания для выявления признаков опьянения? Ответ, казалось бы, очевиден. Опьянение, независимо от его природы, имеется в перечне психических и поведенческих расстройств МКБ-10 под названием «Острая интоксикация» и диагностика его входит в компетенцию психиатра. На этом обстоятельстве мы подробно остановились в начале статьи. Но при этом следует помнить, что юридическое понятие «специальные знания» и знания психиатрические или наркологические не являются синонимами. Первое значительно шире и включает в себя не только знания психиатрические и наркологические, как их неотъемлемая часть, но и знания экспертные, включая знания законодательства, уголовного и гражданского процесса, особенностей методики экспертного исследования и доказательства экспертных выводов.

Поэтому можно формулировать ответ. Диагностика острой интоксикации алкоголем и наркотическими веществами у лиц, совершивших правонарушения, предусмотренные КУАП и УК, входит в компетенцию судебного психиатра-эксперта. Точно так же, как, например, установление характера и тяжести телесных повреждений, связанных с совершённым правонарушением, входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта, а не хирурга-травматолога, невропатолога или фельдшера фельдшерско-акушерского пункта. Или первичный осмотр трупа на месте происшествия, который производится также судебно-медицинским экспертом, а не патологоанатомом ближайшей больницы. Такое умозаключение по аналогии представляет собой «логический вывод, в результате которого достигается знание о признаках одного предмета, на основании знания того, что этот предмет имеет сходство с другими предметами» и который, несмотря на свою простоту, иногда труднодоступен пониманию [10].

Рассматриваемая инструкция предлагает иной подход. П. 1.1 содержит следующее утверждение: «Установление у правонарушителя состояния опьянения осуществляется на основании его осмотра, который проводится в соответствии с требованиями этой инструкции работниками милиции с использованием индикаторных трубок «Контроль трезвости» или иных специальных технических средств и (или) работниками медицинских учреждений». П. 3.1 разъясняет, о каких именно работниках и каких медицинских учреждениях идёт речь. В соответствии с ним осмотр в учреждениях здравоохранения для установления состояния опьянения лица проводится в любое время суток в специализированных кабинетах наркологических диспансеров врачами-психиатрами-наркологами или в определённых органами здравоохранения лечебно-профилактических учреждениях или передвижных специализированных медицинских лабораториях врачами-психиатрами, психиатрами-наркологами, невропатологами, специально подготовленными врачами других специальностей, фельдшерами фельдшерско-акушерских пунктов, значительно отдалённых от лечебных учреждений, которые прошли специальную подготовку с применением методик и приборов, разрешённых Министерством здравоохранения Украины, по списку, утверждённому главным врачом центральной городской (районной) больницы. Пункт 2.1 к проведению осмотра лица с применением индикаторной трубки допускает уполномоченных представителей органов внутренних дел, «которые имеют специальные звания (возможно, имелись в виду знания?) и прошли соответствующую подготовку в системе служебного обучения». Как видно, среди субъектов осмотра не упоминаются судебные психиатры-эксперты. Остается также неясным, что означает «специальная подготовка», и в какой именно области знаний, кто эту подготовку проводит, кто и как аттестует подготовленных таким образом лиц? О каких специальных званиях идёт речь? Эти вопросы не столь безобидны, как может

показаться на первый взгляд. Прежде всего потому, что они имеют прямое отношение к доказательству обстоятельства, имеющего юридическое значение и влияющего на квалификацию противоправного деяния и определение меры наказания. Да и с точки зрения элементарного здравого смысла вряд ли будет справедливо, если водителя лишат прав управления автотранспорта, а правонарушителю ужесточат наказание на основании заключения об алкогольном опьянении, установленном фельдшером фельдшерско-акушерского пункта или инспектором ГАИ в результате неправильного применения индикаторной трубки, с чем обследуемый по своему невежеству согласился.

Статья 251 КУАП (Доказательства) и ст. 65 УПК (Доказательства) одинаково трактуют понятие «доказательства» и относят к ним любые фактические данные, на основании которых устанавливаются обстоятельства, имеющие значение для правильного разрешения дела. Ст. 64 УПК (Обстоятельства, подлежащие доказыванию в уголовном деле) относит к ним обстоятельства, влияющие на степень и характер ответственности обвиняемого, а также иные обстоятельства, характеризующие личность обвиняемого. Операцию доказательства изучает логика [6]. Структуру доказательства составляют три взаимосвязанных элемента: тезис, аргументы (доводы, основания), демонстрация. В соответствии с избранной темой статьи суждением, истинность которого обосновывается в процессе аргументации, является утверждение, что испытуемый в момент совершения противоправного деяния пребывал в состоянии алкогольного опьянения. Это тезис доказательства. Этот тезис обосновывается аргументами, роль которых выполняют фактические данные или факты. Фактами или фактическими данными называются единичные события или явления, для которых характерны определённое время, место и конкретные условия их существования [7]. Наконец, демонстрация — это логическая связь между аргументами и тезисом.

Индикаторная трубка «Контроль трезвости» определяет наличие паров алкоголя в воздухе, находящемся в ротовой полости, но никак не указывает на употребление алкоголя внутрь в дозах, способных влиять на безопасность движения и доступных определению с помощью лабораторных методов. Нам известны случаи последующего опротестования подобного тестирования ссылкой на обработку ротовой полости спиртосодержащими веществами с медицинской целью незадолго до совершения правонарушения. Уже только это обстоятельство исключает доказательность вывода о состоянии алкогольного опьянения на основании применения индикаторной трубки без последующего клинико-лабораторного исследования. Мы даже не говорим о тех случаях, когда цвет наполнителя меняется после употребления маринованных огурцов, капусты, некоторых прохладительных напитков и прочих продуктов.

Читаем пункт 2.5 Инструкции: «Позитивная проба на алкоголь в выдыхаемом воздухе является подтверждением факта употребления алкогольного напитка, а протокол, при согласии лица с результатами осмотра, — основанием для привлечения его, в соответствии с действующим законодательством, к ответственности, в том числе водителей — за управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения». Фактически же позитивная проба на индикаторной трубке свидетельствует лишь о возможности пребывания лица в состоянии алкогольного опьянения и может служить только основанием для дальнейшего исследования. Таким исследованием, в соответствии с инструкцией, является осмотр на состояние опьянения.

Для распознавания предлагаются следующие признаки пребывания лица в состоянии опьянения (п. 1.1.1): запах алкоголя изо рта; нестойкость позы; нарушения речи; выраженное дрожание пальцев рук; резкое изменение окраски кожного покрова лица; поведение, не отвечающее обстановке; заявление граждан об употреблении водителем

спиртных напитков; признание в этом самого лица. Кстати отметим, что два последних аргумента, как и направление обследуемого на осмотр в учреждение здравоохранения только если он не соглашается с результатами пробы (п. 2.5) противоречат действующему законодательству и не имеют никакой доказательной силы. Приведём цитату из предисловия к КУАП: «Административная ответственность относится к компонентам правового статуса субъектов правовых отношений. В ней находит своё выражение один из методов государственного управления обществом, состоящий в принудительном, государственно-властном воздействии на поведение лиц, совершивших правонарушение». Принудительный характер административной ответственности (как и уголовной) исключает согласие или несогласие субъекта на полный комплекс обследований, необходимых для установления юридически значимых фактов.

Для определения признаков наркотического или иного опьянения к приведённым признакам алкогольного опьянения (кроме запаха алкоголя изо рта) предлагается добавить (п. 1.1.2): суженные или очень широкие зрачки, почти не реагирующие на свет; замедленность движений или ответов на вопросы; специфическим признаком могут быть многочисленные следы от инъекций на руках или теле.

Казалось бы, признаки бесспорные и их выявления достаточно для утверждения о пребывании обследуемого в состоянии алкогольного или иного опьянения. Это, собственно, и предлагает как рассматриваемая инструкция, так и ранее действовавшая на территории СССР [12]. На практике же обычно решающее значение имеют запах алкоголя изо рта, следы от инъекций и «царица доказательств» — признание обследуемого, от которого он в последующем может легко отказаться. Хотя они, так же как и все остальные признаки, не являются абсолютно специфичными для диагностируемой патологии. Так, МКБ-10 для диагностики острой интоксикации (шифр F1x.0) предлагает обязательно руководствоваться тремя общими критериями:

G1. Очевидность недавнего употребления психоактивного вещества (или веществ) в достаточно высоких дозах, чтобы вызвать интоксикацию;

G2. Симптомы и признаки интоксикации должны соответствовать известному действию конкретного вещества (или веществ), как это определяется ниже, и они должны отличаться достаточной выраженностью, чтобы привести к клинически значимым нарушениям уровня сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоционального состояния или поведения;

G3. Имеющиеся симптомы или признаки не могут быть объяснены соматическим заболеванием, не связанным с употреблением веществ, а также другим психическим или поведенческим расстройством.

Критерий G3 чрезвычайно важен с точки зрения доказательства состояния опьянения. Для того чтобы признаки, которые относят к опьянению, действительно считались таковыми и отвечали критериям фактических данных, необходима непосредственная причинно-следственная связь между ними и определённым химическим веществом. С экспертной точки зрения они должны быть абсолютно специфичны. В действительности это не так. Аналогичные признаки в том или ином сочетании могут наблюдаться и при иной патологии. Если при этом учесть возможность выявления «синдрома индуцированного опьянения», изменения признаков опьянения волевыми усилиями, влиянием стресса и травм в результате дорожно-транспортного происшествия, то становится очевидным, что «клинические признаки» не могут свидетельствовать со 100% достоверностью в пользу опьянения [8, 19]. Мы не останавливаемся на их описании ввиду ограниченности объёма

статьи. Чтобы убедиться в этом, достаточно открыть любой справочник по неотложной медицинской помощи. На это и указывает критерий G3, который полностью игнорируется инструкцией. Да и сравнительный анализ критериев алкогольного и наркотического опьянения, предлагаемых обсуждаемой инструкцией и МКБ-10, оказывается не в пользу первой. Инструкция, как подзаконный акт, никак не может ограничивать диагностические возможности носителя специальных знаний и уж никак не может быть уже, беднее диагностического стандарта.

Таким образом, и результаты применения индикаторной трубки, и результаты осмотра на состояние опьянения являются лишь косвенными признаками, которые могут быть основанием для вывода о наличии состояния алкогольного, наркотического или иного опьянения лишь при исключении всех прочих обстоятельств, порождающих аналогичные признаки. Прямым доказательством может быть только определение уровня алкоголя, иных психоактивных веществ и производных их утилизации в биологических средах и тканях организма. Современный уровень науки вполне позволяет это делать если не в отдельных наркологических диспансерах или передвижных лабораториях, то уж в головном учреждении, каким является Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, обязательно. Здесь необходимы не только теоретические изыскания, но и накопление собственного материала по экспертизе опьянения различными психоактивными веществами с его последующим анализом. Это необходимо, прежде всего, потому, что между фактом обнаружения в организме искомого вещества и окончательным экспертным выводом об определённом состоянии отсутствует прямая и непосредственная связь. В этом пространстве находится множество объективных и субъективных обстоятельств, факторов, условий, которые влияют на доказательность выводов. Этот перечень достаточно велик — от стандартизации процедуры исследования на каждом этапе и выбора методик, адекватных искомому веществу, до выявления и учёта ситуационных, психологических факторов, психического состояния обследуемого, влияющих на фармакокинетику вещества и способствующих получению ложноположительных либо ложноотрицательных результатов анализов. Их выявление, учёт и интерпретация составляют содержание понятия «демонстрация», как обязательной части процесса доказывания. Иначе не могут быть доказательно разрешены основные проблемы тестирования, заключающиеся, по мнению K. Wolff, S. Welch, J. Strang [3], в разнообразии применяемых психоактивных веществ, необходимости использования различных способов для определения различных веществ и, что самое главное, в огромной разнице между клинической и юридической значимостью результатов тестирования, что не всегда очевидно в лабораторных исследованиях.

Рассматриваемая инструкция не обеспечивает необходимой полноты и точности исследования для доказательной диагностики опьянения и поэтому полученные результаты могут рассматриваться лишь как предварительные. В силу этого они не могут быть положены в основу судебного решения, а должны быть верифицированы судебно-психиатрической экспертизой. На практике это сделать невозможно ввиду исчезновения подлежащих исследованию предметов и явлений в течение времени между совершением противоправного деяния и проведением экспертизы. Такое исследование относится к категории, новой для судебной психиатрии, — неотложной судебно-психиатрической экспертизе. И проводиться оно должно в соответствии со всеми правилами (методическими, процессуальными, профессиональными, включая составление соответствующего акта экспертизы), предусмотренными законом для судебной экспертизы.

Выводы

1. «Инструкция о порядке направления граждан для осмотра на состояние опьянения в учреждения здравоохранения и проведения осмотра с использованием технических средств», утверждённая совместным приказом министерств внутренних дел, здравоохранения и юстиции № 114/38/15–36–18 от 24.02.1995 г. не соответствует Закону Украины «О судебной экспертизе», Кодексу Украины об административных правонарушениях, Уголовному и Уголовно-процессуальному кодексам Украины и должна быть согласована с ними и с современными возможностями науки.
2. Алкогольное и иное опьянения является болезненным состоянием, предусмотренным МКБ-10.
3. Диагностика острой интоксикации алкоголем и наркотическими веществами у лиц, совершивших правонарушения, предусмотренные КУАП и УК, входит в компетенцию судебного психиатра-эксперта и должна проводиться как неотложная судебно-психиатрическая экспертиза.
4. Доказательная диагностика острой интоксикации алкоголем и наркотическими веществами у лиц, совершивших правонарушения, предусмотренные КУАП и УК, должна базироваться на совокупности результатов, полученных на различных этапах исследования: первичное тестирование, клиническое исследование, лабораторное исследование с учётом всех факторов, которые могут их искажать на каждом этапе исследования.

Литература

1. Автоцентр. — 2003. — № 41. — С. 30.
2. Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
3. *Wolff K., Welch S., Strang J.* Значение специальных лабораторных исследований для оценки и лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ // Обзор современной психиатрии. — 2000. — Вып. 6. — С. 65–75.
4. *Wyss R.* Алкоголизм // Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. — М.: Медицина, 1967. — С. 166–191.
5. *Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р.* Оксфордское руководство по психиатрии. — Киев: Сфера, 1997. — Т. 2. — 436 с.
6. *Жеребкін В. Є.* Логіка. —Харків–Київ: Основа–Знання, 1998. — 256 с.
7. *Кириллов В. И, Старченко А. А.* Логика. — М.: Высшая школа, 1982. — С. 219.
8. Клиническая и лабораторная диагностика алкогольного опьянения: Методические рекомендации / Сост. В. И. Кононенко, И. К. Сосин, В. И. Моисеев и др. — Харьков, 1984. — 36 с.
9. Кодекс Украины об административных правонарушениях. Научно-практический комментарий. — Харьков: Одиссей, 2000. — 1008 с.
10. *Кондаков Н. И.* Логический словарь. — М.: Наука, 1971. — С. 29.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Пер. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.
12. Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения: Методические указания № 06–14/33–14 от 01 сентября 1988 г. — М., 1988. — 40 с.
13. Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України: Особлива частина / Під ред. М. О. Потебенька, В. Г. Гончаренка. — Київ: Форум, 2001. — 942 с.

14. Особенности диагностики наркоманий в условиях судебно-психиатрической экспертизы: Отчёт о НИР. — Инв. № 02.88.0076679. — Киев, 1988. — 100 с.
15. *Первомайський В. Б.* Чи слід змінювати підвідомчість ЛТП // Радянське право. — 1991. — № 2. — С. 25–27.
16. *Первомайский В. Б.* Структура общественно опасных действий, совершаемых больными хроническим алкоголизмом // Неотложная наркология: Тезисы докладов конференции. — Харьков, 1987. — С. 115–119.
17. *Первомайский В. Б., Илейко В. Р., Радзиевская Л. А.* Системный подход к изучению психических аномалий в судебной психиатрии // Клинические и организационные вопросы общей и судебной психиатрии / Под ред. А. П. Чуприкова, И. Стоянова. — Киев–София, 1993. — С. 153–157.
18. *Первомайский В. Б., Карагодина Е. Г., Илейко В. Р., Козерацкая Е. А.* Категории болезни, здоровья, нормы, патологии в психиатрии: концепции и критерии разграничения // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2003. — № 1. — С. 14–27.
19. *Сосин И. К.* Некоторые особенности психогигиенических мероприятий по профилактике рецидивов алкоголизма в условиях наркологического стационара при промышленном предприятии // Современные проблемы гигиены труда и профпатологии в машиностроительной и химической промышленности: Тезисы докладов республиканской конференции. — Харьков, 1983. — С. 162–164.
20. Цивільний кодекс України (прийнятий 16 січня 2003 р.). — Київ: Велес, 2004. — 312 с.
21. *Энтин Г. М., Гофман А. Г., Музыченко А. П., Крылов Е. Н.* Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика, 2002. — 328 с.

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ: РАЗЛИЧИЯ И СХОДСТВО

В. Б. Первомайский

На сегодня известно, что исключительные состояния это обобщённое название кратковременных расстройств психической деятельности с интенсивным психомоторным возбуждением и обязательной утратой способности осознавать свои действия и руководить ими [17]. Диагностика и экспертная оценка исключительных состояний различного генеза в судебно-психиатрической практике является традиционно сложной и ответственной. Исключительные состояния наименее исследованы в судебной психиатрии, прежде всего в силу невозможности непосредственного наблюдения их клинических проявлений экспертом. Источником доказательных фактов в этом случае являются письменные объекты экспертизы: материалы дела, медицинские документы, показания свидетелей, потерпевших. Понятно, что экспертное решение в существенной мере зависит от качества и полноты предоставленных эксперту материалов и уровня его квалификации.

К исключительным состояниям относят патологическое опьянение, патологический аффект, сумеречные расстройства сознания различного генеза, просоночное состояние и «реакцию короткого замыкания», самостоятельность которой дискутируется. Характерным общим признаком исключительных состояний является их внезапное начало и окончание, быстротечность, полная или частичная амнезия произошедшего и разрушительный характер общественно опасных действий, направленных как против жизни и здоровья граждан, так и против ближайшего окружения, нередко сочетание с алкоголизацией. В силу кратковременности психических расстройств происходит быстрое восстановление способности осознавать свои действия и руководить ими, что исключает применение принудительных мер медицинского характера. Это обстоятельство предъявляет особые требования к обоснованию экспертного заключения. Поскольку налицо нередко тяжкое общественно опасное деяние, которое не влечёт в этом случае каких-либо санкций к лицу его совершившему, естественное стремление родственников потерпевшего и общества к сатисфакции остаётся неудовлетворённым, что вызывает определённый общественный резонанс.

Изучение истории вопроса, включая последнее крупное исследование, проведённое М. С. Доброгаевой [8], показывает, что и общая, и судебная психиатрия в первую очередь преследовали цель как можно тщательнее дифференцировать клинические формы, входящие в группу исключительных состояний. Это было вполне в духе нозологической концепции. С введением МКБ-10 неизбежно происходит постепенный переход от нозологической диагностики к синдромальной. Применительно к нашей теме это ставит перед судебной психиатрией, по меньшей мере, два вопроса:

- Как использовать в теории и практике судебной экспертизы накопившиеся в литературе данные о различиях клинических форм исключительных состояний, если психопатологическая сущность их, как и экспертные решения при них, одинаковы?
- Чем эти различия обусловлены и насколько они существенны?

Чтобы попытаться ответить на эти вопросы, обратимся к клинике исключительных состояний в той мере, в какой это необходимо для разрешения проблемы, заявленной в названии статьи.

Патологическое опьянение в настоящее время рассматривается как острое кратковременно протекающее психическое расстройство, возникающее в результате приёма алкоголя с характерным внезапно наступающим сумеречным расстройством сознания.

МКБ-10 содержит рубрику F1x.0 «Острая интоксикация» как преходящее состояние вслед за приёмом алкоголя или другого психоактивного вещества, приводящее к расстройствам сознания, когнитивных функций, восприятий, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций [9]. И далее указывается, что острая интоксикация находится в прямом соответствии с уровнями доз, за исключением пациентов с какими-либо органическими заболеваниями. И далее в зависимости от характера осложнений указываются дополнительные шифры, охватывающие всю возможную наркотическую патологию. При этом в указаниях по дифференциальной диагностике составители рекомендуют иметь в виду возможное наличие травм головы и гипогликемии, а также возможность интоксикации в результате употребления нескольких веществ.

Патологическое опьянение рассматривается МКБ-10 как патологическая алкогольная интоксикация под шифром F10.07. Её диагностика проводится на основании общих критериев острой интоксикации (G1–G3) за исключением того, что патологическая интоксикация развивается после приёма количества алкоголя, недостаточного для вызова интоксикации у большинства людей. Остальные критерии весьма бедны и неспецифичны. Как то: очень быстрое развитие интоксикации, через несколько минут после приёма алкоголя, вербальная или физическая агрессия, нетипичная для данного лица в трезвом состоянии и отсутствие данных об органическом церебральном заболевании или ином психическом расстройстве.

По данным литературы [14], к отличительным признакам патологического опьянения относят наличие болезненной почвы (часто умеренно выраженные изменения центральной нервной системы преимущественно травматической этиологии), влияние ослабляющих организм факторов (недосыпание, недоедание, переутомление, перегревание, психическая травма), тяжесть преступления, немотивированность агрессии, терминальный сон либо резкое психическое и физическое истощение вплоть до прострации, амнезия, движения в виде стереотипий, автоматизмов, отсутствие либо скудная речевая продукция в виде отрывочных слов и фраз, отражающих болезненные переживания, отсутствие или незначительная выраженность физических признаков опьянения, отсутствие сопротивления при задержании.

Со времени описания Kraft-Ebing в 1869 г. патологических реакций на алкоголь в виде алкогольного транса, галлюцинаторного бреда и скоропреходящего неистовства [15], клинические представления о патологическом опьянении практически не изменились. Динамику претерпели лишь взгляды на количество алкоголя, после приёма которого возникает расстройство психики. Первооткрыватели патологического опьянения настаивали на небольшой дозе алкоголя и это понятно. Выраженное нарушение поведения, возникающее в короткое время после приёма небольшой дозы алкоголя, уже самим фактом возникающего несоответствия с ожидаемым эффектом свидетельствовало о патологичности наблюдаемого явления. И авторы МКБ-10 продолжают настаивать на этом. Однако на сегодня достаточно клинически обоснована возможность развития сумеречного расстройства сознания при употреблении большой дозы алкоголя, а интервал времени увеличился от нескольких минут до часов. Часть таких случаев отнесена к патологическому опьянению. Сюда же включают т. н. «тихие сумерки» или простое сумеречное помрачение сознания с отрешённостью от окружающего, дезориентировкой и

автоматизированными поступками неагрессивного характера [1], что вполне может быть диагностировано как алкогольный транс.

Другая часть именуется *сумеречным расстройством сознания, спровоцированным алкоголем*. Этот диагноз используется в актах экспертизы либо как самостоятельный, либо с иным причинным фактором, более или менее очевидным в каждом конкретном случае. Их анализ выявляет интересную закономерность. Чем больший промежуток времени отделяет алкоголизацию от развития сумеречного расстройства сознания, тем больше эксперт психологически отдаляется от признания детерминирующей роли алкоголя в развитии патологического состояния. Нозологическая парадигма заставляет искать иной причинный фактор, тем более что алкоголь в этом смысле никоим образом не отражается в клинической структуре сумеречного расстройства сознания. Ближайшими причинными факторами оказываются *органическое поражение центральной нервной системы и эпилепсия*.

Г. В. Морозов, А. К. Качаев и Г. Я. Лукачер [14] справедливо указывают на дифференциально-диагностические трудности, возникающие при разграничении патологического опьянения и кратковременного расстройства психической деятельности при *эпилепсии* и при *патологическом просоночном состоянии*. По их мнению, клиническая картина эпилептических сумеречных состояний сознания, спровоцированных алкоголем, сводится к внезапному затемнению сознания с дезориентировкой, появлением эквивалентов, *патологических аффектов*, автоматического поведения. При диагностике учитывается анамнез, наличие в прошлом аналогичных расстройств, появление их в период экспертизы, характер и детали совершённых общественно опасных действий. Если в целом с такой трактовкой описываемой патологии можно согласиться, то отдельные детали вызывают сомнение. Существует и иная точка зрения. R. Wyss [26] пишет, что ввиду «приступообразности» патологической формы опьянения возникает мысль о её принадлежности к кругу эпилептических заболеваний. В подтверждение приводятся данные Greenberg об обнаруженной патологической электроэнцефалограмме, хотя и без пароксизмальных дизритмий, в 3/5 случаев сумеречной формы опьянения.

Так, психиатрия со времён F. Hoffmann (1862) под эпилептическими эквивалентами понимает пароксизмально возникающие, кратковременные расстройства психической деятельности без тонико-клонических судорог. Это дисфории, сумеречные и особые состояния, явления амбулаторного автоматизма, пориомании, приступы зрительных и слуховых галлюцинаций [3]. В клинической практике эти состояния разделяет союз «или». Отсюда ясно, что эпилептическое сумеречное расстройство сознания и есть «эквивалент». Что же касается «психических аффектов», то если авторы имели в виду психомоторное возбуждение, его следует рассматривать как составную часть сумеречного расстройства сознания. Таким образом, по оставшимся клиническим признакам эпилептическое сумеречное расстройство сознания практически не отличается от такого же расстройства иного происхождения. Провоцирующая роль алкоголя как будто теряет свою обоснованность.

В доступной нам литературе мы не нашли убедительных доказательств специфического для эпилепсии характера и деталей совершённых такими больными общественно опасных действий. Однако имеющиеся наблюдения свидетельствуют об определённом значении этого признака с точки зрения диагностических и экспертных возможностей ситуационного анализа. Приведём краткое наблюдение.

Испытуемый К. *Наблюдался в связи с периодическими, редкими судорожными припадками с потерей сознания. Систематического лечения не получал. В день*

случившегося находился на заготовке сена. В течение целого дня, на солнцепёке вручную с помощью косы заготавливал сено. В течение дня был перерыв для приёма пищи. Под вечер вместе со всеми работниками, находясь в кузове автомобиля, ехал в село. Уже в селе неожиданно для всех спрыгнул, держа косу в руках, на дорогу. Двигаясь по дороге, стал совершать движения, как будто он продолжает косить траву. На оклики не реагировал. Зарезал косой оказавшегося на дороге петуха и, двигаясь дальше, также зарезал находившегося на обочине дороги ребёнка. На случившееся не отреагировал. Продолжал двигаться дальше, совершая те же движения, пока его не остановили. Сопротивления не оказывал, в речевой контакт не вступал и утратил сознание, впав в терминальный сон. По пробуждении амнезия всего эпизода.

В этом случае очевиден фактор эпилепсии. Выражены предиспонирующие факторы: отсутствие систематического лечения, повышенная температура, утомление, недостаточное питание. В результате помрачение сознания с отключением регулирующей функции коры головного мозга и выходом в поведение наиболее актуальных и свежих следов в виде закрепившегося в течение дня двигательного стереотипа. Вполне возможно, что в этом случае имел место и фактор алкоголизации. Но ввиду диагностической очевидности на это обстоятельство никто специально внимание не обратил.

Приведённый случай напоминает профессиональный делирий, для которого характерна, по выражению В. М. Блейхера, молчаливая автоматизированная деятельность, воспроизводящая профессиональные двигательные акты больного. При этом галлюцинаторно-бредовые проявления незначительны, и по выздоровлении обнаруживается полная амнезия. Мы наблюдали такой случай алкогольного делирия у врача-хирурга. На фоне дезориентировки, тревожности и при отсутствии речевого контакта, в период пребывания в приёмном покое совершал движения правой рукой, как будто проводил глубокую пальпацию живота у мнимого пациента. Такое сходство клинических проявлений может свидетельствовать о патогенетической близости различных форм помрачения сознания. Сравнительное исследование клинических особенностей сумеречного и делириозного помрачения сознания, проведённое Д. П. Демоновой [7] на материале судебных экспертиз, оставляет ощущение их большого сходства, при наличии различий в частностях и деталях.

R. Wyss [26] наряду с сумеречной выделяет делириозную форму патологического опьянения. В отличие от классического алкогольного делирия, который является абстинентным психозом, делириозная форма патологического опьянения всегда находится в непосредственной связи с употреблением алкоголя. Её длительность составляет 10–12 часов после последней алкоголизации. Клинически оба делирия совпадают, заканчиваются наркотическим сном, с отрывочными воспоминаниями по пробуждении.

В. И. Мельник [13], описывая клинический аспект эпилепсии по данным литературы, подчёркивает отсутствие однозначной оценки в отношении семиотики сумеречного расстройства сознания при эпилепсии. Тем не менее, сопоставление данных различных авторов, приведённых в цитированной работе, предоставляет возможность выделить общие признаки. К ним относятся: внезапность возникновения, возбуждение с агрессивными действиями, глубокая дезориентировка, аффект злобы, страха, отрешённость от реального мира, кратковременность течения, выход через сон либо состояние нервного истощения, полная или частичная амнезия произошедшего. Интересна приведённая В. И. Мельник точка зрения С. В. Семёнова, который различал среди сумеречных расстройств: делириозную спутанность, онейроиды, особое состояние, амбулаторный автоматизм, дисфорию, острый параноид.

Исследовав 71 судебно-психиатрический случай сумеречного расстройства сознания у больных эпилепсией, В. И. Мельник получила целый ряд интересных данных. Так, в 1/3 случаев непосредственно возникновению сумеречного помрачения сознания предшествовала психогения. Имели место алкогольная интоксикация самостоятельно и в сочетании с психогенией, соматогении. Кратковременные сумерки (от нескольких минут до часа) наблюдались в 42,25% случаев. Скоропреходящие (от 1 часа до 5) — в 28,17% случаев. Внезапное начало — в 95,7%, критический выход — в 90,1%. Полная амнезия — в 64,79%, частичная — в 35,21%. Простые сумерки составили 42,25%, психотические — 57,75%. Выделены аффективно-моторный, галлюцинаторно-параноидный и параноидный клинические варианты сумеречного помрачения сознания. В клинике отмечается отсутствие либо бедность, отрывочность речевой продукции, которая в ряде случаев отражает болезненные переживания. Колебания глубины помрачения сознания проявлялись эпизодами делириозного, онейроидного характера. Имели место краткие эпизоды просветления, когда восстанавливалась ориентировка, несколько улучшалось состояние. Практически во всех случаях опасные действия были детерминированы психотической симптоматикой.

О факторе *органического поражения центральной нервной системы*, как причине или условии возникновения сумеречного расстройства сознания, независимо от наличия или отсутствия алкоголизации, в судебной психиатрии используются обычно данные анамнеза о полученной травме. Причём далеко не всегда она находит документальное подтверждение. К ним добавляются определённые неврологические знаки и некоторые изменения на электроэнцефалограмме, не являющиеся специфичными. Если у подэкспертного имеется ещё ригидность, вязкость, раздражительность, вспыльчивость, то при отсутствии данных о возможных других причинных факторах диагностика сумеречного расстройства сознания однозначно связывается с органическим поражением центральной нервной системы. Так, в исследовании В. К. Марченко [11] из 30 обследованных водителей, совершивших дорожно-транспортные происшествия, у 18 было обнаружено органическое поражение головного мозга. В 10 случаях — отдалённые последствия закрытых черепно-мозговых травм, в 8 — более сложного генеза (патология внутриутробного периода, нейроинфекция, повторные черепно-мозговые травмы, сосудистое заболевание). Из этих 18 водителей 11 были экскульпированы в связи с констатацией в момент автоаварии кратковременного болезненного расстройства психики в форме: *пароксизмов при органическом поражении сложного генеза*, абсансов, абортивных эпилептиформных припадков, диэнцефального пароксизма, *сумеречного расстройства сознания органического генеза, спровоцированного приёмом алкоголя*. Естественно, первый и последний диагноз вызывают интерес с точки зрения их клинического описания. В другом исследовании [4] у 1/3 лиц, совершивших дорожно-транспортное происшествие, констатированы пароксизмальные проявления в форме припадков: большого судорожного, абортивного судорожного с дезориентировкой в окружающем, малого, гипоталамического, а также сумеречного помрачения сознания и церебрально-сосудистого криза с нарушением сознания по типу оглушённости. Автор отмечает, что в 6 случаях из 30 состояние расстроенного сознания возникло впервые в момент ДТП в результате воздействия неблагоприятного сочетания различных факторов (переутомление, дефицит сна, астения, алкогольное опьянение, психогения). Причём в ряде случаев имело место их различное сочетание с патологической почвой в виде ранее перенесённого или текущего органического заболевания головного мозга.

Отнюдь не подвергая сомнению установленные цитированными авторами диагнозы, акцентируем лишь исключительную сложность ретроспективной диагностики в случаях ДТП вообще и определение факторов, детерминирующих расстройство сознания — в частности. До тех пор пока не будет установлено с достаточной степенью достоверности

клиническое отражение предполагаемого причинного фактора, все размышления на эту тему будут противоречить известному утверждению post hoc non est propter hoc.

Теперь вернёмся к *патологическому просоночному состоянию*, о необходимости дифференцировать с которым патологическое опьянение пишут Г. В. Морозов, А. К. Качаев и Г. Я. Лукачер [14]. Это состояние описывается ими как глубокое расстройство сознания с кратковременным течением, очерченностью начала и выхода из него, импульсивными агрессивными действиями, чаще всего против случайных лиц. К объективным признакам относятся также «отрешённость от внешнего мира», «неспособность к общению», «отсутствие речевой продукции». И, наконец, авторы указывают, что «выйдя из просоночного состояния, субъект никогда не сохраняет воспоминаний об этом периоде, даже если он совершил в нём ряд сложных действий». Но авторы к клинической картине патологического просоночного состояния относят и свои интерпретации, о которых невозможно узнать от больного, если он полностью амнезировал своё состояние, а, пребывая в нём, не был способен к общению. Это следующие утверждения: «болезненные переживания в просоночном состоянии являются продолжением сновидений, патологическим воспроизведением и перенесением их на реальную действительность… реальный мир преломляется лишь через призму переживаемых болезненных сновидений» (с. 70). При этом неизвестно, о каких *болезненных* сновидениях идёт речь и были ли сновидения вообще. Хотя в литературе имеются указания на отрывочные речевые реакции в просоночном состоянии, указывающие на связь переживаний со сновидениями. Однако если эти не совсем ясные интерпретации оставить, то в представленной картине патологического просоночного состояния больше общих признаков сумеречного расстройства сознания, чем специфических для собственно просоночного состояния.

Более подробно просоночные состояния описываются в руководствах по судебной психиатрии [22, 23]. Это расстройство представляется в форме крайне трудного, замедленного пробуждения, обычно после глубокого сна. Неравномерность и частичность пробуждения различных морфофункциональных структур мозга объясняет тесное переплетение остатков сновидений с искажённым восприятием реальных обстоятельств, реализующихся в целостных двигательных актах и приводящих к тяжким опасным действиям. Авторы, изучавшие просоночные состояния, указывают на значение болезненной почвы в виде нерезко выраженных органических изменений центральной нервной системы, преимущественно травматического происхождения. Указывается на роль таких истощающих факторов, как вынужденное лишение сна в предшествующий период, длительное аффективное напряжение, соматопсихическая астенизация, приём алкоголя перед засыпанием. Интересно, что те же особенности характерны и для сумеречного расстройства сознания иного генеза.

Классик российской психиатрии В. А. Гиляровский [6], описывая сумеречное расстройство сознания реактивного генеза (шоковые психические реакции), указывает, что аффективные переживания, связанные с устрашающей ситуацией, нередко сопровождаются затемнением сознания. Окружающая ситуация сознаётся неясно. Действия принимают автоматический или рефлекторный характер. Поведение становится неуправляемым, бессмысленным. При этом выход из состояния полной потери сознания обычно происходит через картины некоторого его прояснения *через фазы перехода от сна к бодрствованию*. Чем не патологическое просоночное состояние?

В. П. Белов с соавторами [2] на большом экспертном материале (180 наблюдений) показали, что в целом ряде случаев сумеречное помрачение сознания, спровоцированное употреблением алкоголя, имело клиническое сходство с патологическим опьянением и

патологическим просоночным состоянием. Отсюда следовало утверждение об одной и той же структуре помрачённого сознания — сумеречном состоянии и *предположение об общности генеза этих состояний*. Поскольку в большинстве случаев они возникали у лиц с органическим поражением головного мозга, авторы решили, что церебрально-органическая патология, как почва, является одним из основных патогенетических механизмов формирования расстройства сознания. Из дополнительных факторов, игравших, по мнению авторов, значительную роль в развитии расстройств сознания, указаны:

- употребление спиртных напитков (0,3–2 л) во всех случаях патологического опьянения и просоночного состояния и в подавляющем большинстве случаев сумеречного помрачения сознания, делирия, при эпилептиформных пароксизмах, состояниях оглушённости и психогенных расстройствах сознания;
- психогении, переутомление, дефицит сна, соматическая астения, нередко в различных сочетаниях;
- состояния декомпенсации в виде усиления общецеребральных симптомов, вегетососудистых нарушений, эмоциональной возбудимости.

В исследованном материале были и случаи психогенного расстройства сознания, которые включали *патологический аффект, реакцию короткого замыкания и аффективно суженное сознание*. Во всех случаях авторы видели глубокое помрачение сознания, его фиксацию на узком круге переживаний, *подчинение всех поступков доминирующей идее* с нарушенной оценкой реальных обстоятельств. Однако далее этой констатации исследователи не пошли, видимо оставив за пределами статьи размышления о возможных патогенетических механизмах. Нельзя не обратить внимание и на известное противоречие понятий «аффективно суженное сознание» и «глубокое помрачение сознания», отражающих разные клинические сущности. В группе психогенных расстройств сознания глубокое помрачение сознания относится к *патологическому аффекту и реакции короткого замыкания*, при которых лица признаются невменяемыми. Аффективно суженное сознание ассоциируется с физиологическим аффектом и иными формами аффектов (гнева, страха, тревоги и др.), изучаемых психологией. Аффективно суженное сознание ограничивает способность лица осознавать свои действия и руководить ими и может быть основанием для признания лица ограниченно вменяемым.

Патологический аффект, хотя и встречается редко, достаточно хорошо изучен судебной психиатрией. Описание патологического аффекта в разных источниках практически одинаково и различается несущественными деталями [10, 16, 18]. Его сущность определяется как глубокое помрачение сознания или сумеречное помрачение сознания, возникающее непосредственно в ответ на психогенный раздражитель. Его признаками считают внезапность возникновения, кратковременность течения взрывного характера, критический выход через терминальный сон либо выраженное нервно-психическое истощение, тотальная амнезия действий. Признаками, специфичными для патологического аффекта, являются дезориентировка, продуктивная психотическая симптоматика фрагментарного, разобщённого характера, кратковременные расстройства восприятий в виде гипо- и гиперакузий, иллюзорных нарушений, аффективных функциональных галлюцинаций, психосенсорных расстройств, нарушений схемы тела. Отмечаются вазовегетативные реакции, отражающие аффективное напряжение, двигательные стереотипии и автоматизмы, направленные на устранение раздражителя. Следы-проявления нарушенной психической деятельности субъекта, материализующиеся в виде повреждений, причиняемых потерпевшему и окружающей обстановке, имеют признаки крайней жестокости. В стадии «взрыва» в действиях субъекта могут наблюдаться элементы, сходные с тонической и клонической фазой эпилептического

приступа. Характерна полная утрата коммуникативной функции речи, действия совершаются либо при отсутствии какой-либо звуковой продукции, либо могут наблюдаться отдельные слова, отражающие болезненные переживания. Все авторы указывают на значение для возникновения патологического аффекта «почвы» в виде органического и травматического поражения головного мозга, истощения, переохлаждения, бессонницы, невротических состояний и пр.

Интересную для нашей темы особенность выхода из состояния патологического аффекта указывает Н. И. Фелинская [24]. Появляющееся в заключительной фазе резко выраженное психическое и физическое истощение проявляется в общей расслабленности, глубоком сне или полной прострации и сопровождается *обильными вегетативными проявлениями в виде побледнения, гипергидроза и иными*, содержание которых не раскрыто.

Реакция короткого замыкания описана E. Kretschmer в 1922 г. [3]. Клиническая самостоятельность её дискутируется до настоящего времени. Описания в литературе весьма сближают реакцию короткого замыкания с патологическим аффектом. Для неё свойственны те же внезапность развития, кратковременность течения и критичность выхода, психогенное помрачение сознания, патологические автоматизмы, импульсивность действий, рудименты бреда и галлюцинаций, амнезия на период расстройства.

Н. И. Фелинская [24] относит патологический аффект и реакцию короткого замыкания к острым шоковым реактивным психозам, наряду с психомоторным возбуждением, психомоторной заторможенностью, острым психозом страха и острой психогенной речевой спутанностью. Эти состояния возникают при острых внезапных раздражителях, несущих реальную угрозу жизни и здоровью окружающих (землетрясение, пожар, катастрофа, неожиданный арест) и рассматриваются МКБ-10 как реакция на острый стресс (F43.0). Из них в поле зрения судебного психиатра могут попадать лица с острым психомоторным возбуждением и психозом страха, совершившие в этом состоянии действия, имеющие объективно противоправный характер. Клиническая сущность этих расстройств может быть характеризована как помрачение сознания сумеречного типа, в полном объёме его проявлений. Тем самым скоропреходящие случаи вполне могут трактоваться как исключительные состояния.

Следуя этой логике, сюда же необходимо относить и острые психогенно возникающие параноиды или острые параноидные реакции по А. Н. Молохову. Н. И. Фелинская рассматривает их в группе подострых реактивных психозов. Но даже если исходить из истории вопроса, представленной Н. И. Фелинской, то подострый характер психогенных параноидов, по крайней мере «железнодорожного» параноида С. Г. Жислина, вполне может быть подвергнут сомнению. Описаны они были как острые, скоропреходящие психозы. Отличаются внезапным развитием, критическим выходом, хотя и без выраженного психического и физического истощения. Параноид протекает на фоне помрачённого сознания с дезориентировкой, изменённым восприятием окружающего. В его развитии существенна роль ситуации, обстановки, экзогенных факторов, астении, недосыпания, недостаточного питания.

Отмечу ещё одну важную для понимания патогенеза исключительных состояний деталь. В. А. Гиляровский [6] указывал, что шоковые психические реакции клинически проявляются тремя формами: ступором с обездвижением, двигательным возбуждением с бегством куда-то в пространство и сумеречным затемнением сознания со страхом и возбуждением. Но вместе с тем, ступор, оцепенение может наблюдаться только в самые первые минуты, переходя затем в состояние возбуждения или сумеречное расстройство сознания. Эти клинические факты остаются не оспоренными до настоящего времени,

относятся и к состояниям аффекта [5]. Они имеют в своём фундаменте не только эволюционно сложившиеся адаптивно-защитные реакции [19], но и характерный тип реагирования нервной клетки на адаптогенные раздражители. Интересные исследования в этом плане представлены в своё время В. И. Медведевым [12]. В частности, в большой серии экспериментальных исследований, проведённых в Институте эволюционной физиологии и биохимии им И. М. Сеченова, показано, что в ответ на действующий на организм фактор формируется функциональная клеточная система, обеспечивающая реализацию программы ответа. Далее идут три стадии реакции первичного ответа. Вначале малая величина ответа постепенно возрастает (1 стадия). Далее следует стадия гиперответа (2 стадия). Затем формируется адекватная реакция (3 стадия). Выраженность и особенность первичного ответа, как полагает В. И. Медведев, определяется на ранних этапах физическими, а затем информационными и семантическими свойствами раздражителя. Реакция первичного ответа требует значительной перестройки функций организма, биохимических и физиологических затрат. В связи с этим в организме формируется вторая система, «определяющая развёртывание реакции платы за первичный ответ». «Можно считать доказанным — пишет В. И. Медведев, — что реакция первичного ответа и реакция платы — обязательный компонент любой реакции взаимодействия не только нормального, но и патологически изменённого организма» (с. 17). Причём реакция платы зависит от выраженности реакции первичного ответа и от состояния регулирующих структур. Реакция платы возникает как производное от реакции первичного ответа, и чем меньше стоимость этой реакции, тем выгоднее для организма. Вероятно, в этом и есть объяснение фазности течения исключительных состояний и их дифференциально-диагностический критерий.

Судебно-психиатрическая практика даёт основания утверждать, что под представленные описания исключительных состояний подпадает ещё одна форма психических нарушений — *гипогликемический синдром*. Такие экспертные случаи редки, мы имели возможность наблюдать лишь три таких случая. Приведём один из них.

Наблюдение 1. *Испытуемый И. 1960 г. рожд. Обвиняется по ст. 206 УК УССР в совершении хулиганских действий*[1]*. Из материалов уголовного дела известно, что И. 14 июня 1982 г., будучи в нетрезвом состоянии, в помещении фотоателье совершил хулиганские действия. Амбулаторная СПЭ по месту жительства вопросы не решила. Стационарная СПЭ признала И. вменяемым. В судебном заседании И. давал последовательные показания, инкриминируемых ему деяний не отрицал, однако указывал, что не помнит, каким образом совершил правонарушение. Врач-эндокринолог в судебном заседании указал, что правонарушение может быть связано с временным расстройством психической деятельности ввиду наступившей гипогликемии при сахарном диабете, которым страдает испытуемый. В связи с этим назначена третья экспертиза с привлечением врача-эндокринолога.*

Анамнез без особенностей. На учёте у психиатра и нарколога не состоял и за помощью не обращался. С 1979 г. страдает сахарным диабетом, тяжёлой формой, диабетической ангиопатией нижних конечностей и сетчатки обоих глаз. По диабету состоит под диспансерным наблюдением. В течении заболевания отмечались ухудшения, состояния гипогликемии. Тогда стационировался в эндокринологический диспансер, где ему подбирались соответствующие дозы инсулина. Своё заболевание старался скрыть от окружающих. Инсулин вводил себе самостоятельно согласно установленным дозировкам. Следил за режимом, диетой. Последнее время испытуемому были назначены большие дозы инсулина, которые принимал два раза в день в виде инъекций. Не курит. Алкоголь, по его словам, принимал крайне редко и в небольших дозах, так как был предупреждён врачами о недопустимости приёма спиртных напитков.

После окончания технического училища в 1980 г. работал лаборантом в портретной мастерской фотокомбината. Согласно характеристике зарекомендовал себя отрицательно, отмечены случаи употребления алкоголя. Свидетель Д. в судебном заседании характеризовал испытуемого по работе положительно, указав, что тот скрывал свою болезнь.

Из показаний испытуемого известно, что он готовился увольняться из фотоателье, подал заявление и продолжал работать, ожидая увольнения. Поскольку снимал квартиру и не хотел, чтобы хозяйка знала о болезни, инсулин вводил после прихода на работу, после чего необходимо было поесть. 14.06.1982 г. после введения инсулина пищу не принимал, так как разболелся желудок. Намереваясь покушать в столовой, выпил около 200 мл водки и направился в столовую. Последующих своих действий не помнит.

Из материалов дела известно, что испытуемый оказался по месту своей работы, при входе разбил стекло двери фотоателье. Около 15 час. вошёл в ателье и попросил, чтобы ему перевязали раненную руку. В это время окровавленной рукой начал мазать портрет, который делала свидетельница и затем порвал его на части. Взял трубку внезапно зазвонившего телефона, что-то сказал и потом бросил трубку на пол. Поле этого разбил стекло в шкафу, окровавил много портретов, начал всё переворачивать, сорвал шторы и хотел выбросить в окно. Во время совершения этих действий речевого контакта со свидетельницей не поддерживал, нецензурно не ругался. Из ателье в последующем убежал. На улице потерял сознание. Лежал окровавленный в окружении людей. При обращении к нему лишь кивал головой и весь дрожал. Его привели в фотоателье, куда приехали работники милиции и в 18.30 задержали испытуемого. Съел две конфеты, после чего состояние отчётливо улучшилось. Оказана медицинская помощь, обработаны резаные раны. В последующем освидетельствован на предмет алкогольного опьянения. Содержание алкоголя в крови не проверялось. Состояние испытуемого определено как средняя степень алкогольного опьянения. Во время освидетельствования не ориентировался в обстановке, назывался другой фамилией, в контакт не вступал, был заторможен. Будучи доставленным в милицию почувствовал, что был весь мокрый.

На момент экспертизы неврологической патологии нет. Согласно заключению эндокринолога, у испытуемого тяжёлая форма сахарного диабета (инсулинозависимый тип) с лабильным течением со склонностью к кетоацидозу и гипогликемиям, диабетическая микро- и макроангиопатия нижних конечностей 1–2 степени, гиперплазия щитовидной железы 2 степени без нарушения функции. Психическое состояние без нарушений. Полностью адекватен, упорядочен. Критичен к своему состоянию и сложившейся ситуации.

Комиссия экспертов пришла к заключению, что И. во время совершения инкриминируемых ему деяний находился во временном болезненном расстройстве психической деятельности в форме **сумеречного помрачения сознания, обусловленного гипогликемией,** с характерными проявлениями, волнообразным течением, последовательным расстройством уровней психической деятельности: в начальной стадии — автоматизм действий, неполная ориентировка в окружающем, неадекватное реагирование на внешние раздражители; по мере углубления гипогликемии нарастание помрачения сознания с психомоторным возбуждением, немотивированными разрушительными действиями, отсутствием речевого контакта с последующим глубоким оглушением, граничащим с сопором, явлениями расстройства соматовегетативной сферы и, наконец, постепенным выходом из болезненного состояния с амнезией данного периода времени. Указанное состояние лишало И. способности отдавать себе отчёт в своих действиях и руководить ими, поэтому комиссия рекомендовала считать его невменяемым.

Сложность решения диагностических и экспертных вопросов в данном случае подтверждается и тем, что амбулаторная экспертиза не смогла на них ответить. Стационарная же экспертиза обусловила содеянное алкогольным опьянением испытуемого и признала его вменяемым, для чего, на первый взгляд, имелось достаточно оснований. Так, испытуемый был замечен в употреблении алкоголя в рабочее время и ранее. В день совершения правонарушения в обеденный перерыв выпил около 200 мл водки. Освидетельствование после содеянного установило среднюю степень алкогольного опьянения. И, наконец, амнезия периода правонарушения также может быть истолкована как следствие приёма большой дозы алкоголя. Однако при таком подходе совершенно игнорируется факт наличия у испытуемого тяжёлой формы сахарного диабета с достаточно выраженным сопутствующим поражением сосудов конечностей, эндокринных органов, равно как и характерные особенности поведения испытуемого в период совершения противоправных действий. Состояния гипогликемии в анамнезе, нарушение режима приёма инсулина в день случившегося сразу же ставят эксперта перед необходимостью исключать состояние нарушенного сознания. Подтверждением последнего служит внезапно наступившее ухудшение состояния после приёма алкоголя и наступившая с этого же периода амнезия.

В поведении испытуемого в процессе совершения противоправных действий обращает на себя два момента. В первой фазе испытуемый ещё реагировал на резкие раздражители, какими являлись боль после пореза руки о разбитое стекло двери и внезапный телефонный звонок. В эти периоды отмечалось как бы некоторое прояснение сознания, позволившее испытуемому отреагировать на боль просьбой сделать перевязку и на телефонный звонок — невнятной речевой реакцией. Однако сразу же после этого разрушительные действия приобретают немотивированный, нецеленаправленный характер. Речевой контакт исчезает. Заключительная стадия характеризовалась потерей сознания, наступившей уже вне места происшествия, резко выраженным тремором, гипергидрозом. На обращение к нему испытуемый лишь кивал головой. На период освидетельствования на предмет алкогольного опьянения сохранялась заторможенность, речевой контакт также отсутствовал, что было расценено как средняя степень опьянения. Можно предполагать, что в действиях испытуемого реализовалось актуальное для него переживание, связанное с предстоящим увольнением с работы.

Таким образом, в течение болезненного процесса отмечаются три фазы. Первая начальная с автоматизированными действиями, ундулирующим течением, обусловленным резкими внешними раздражителями и незавершённой реакцией на них. Вторая фаза характеризуется исчезновением волнообразности, нарастанием помрачения сознания с психомоторным возбуждением, немотивированными, нецеленаправленными, разрушительными хаотическими действиями, отсутствием речевого контакта, развитием состояния сопора. Третья фаза — постепенный выход из болезненного состояния через оглушение, сопровождающееся выраженными расстройствами соматовегетативной сферы и амнезией случившегося. Общая продолжительность психопатологического эпизода ориентировочно 3,5–4 часа.

Подводя итог клинической характеристике исключительных состояний, можно достаточно уверенно сделать вывод о том, что общего между различными их формами гораздо больше, чем различий. Сравнение их клинических описаний обнаруживает различия континуального характера, различное соотношение и выраженность дополнительных факторов, различны промежутки времени между воздействием внешнего фактора и развитием болезненного состояния. Вероятны различия личностного, характерологического плана, хотя специальных исследований в этом направлении не проводилось.

Общее в первую очередь относится к наиболее существенному признаку исключительных состояний — структуре расстроенного сознания. Сумеречное расстройство сознания и составляет объём понятия «исключительные состояния». В его протекании описывают периоды просветления или изменения глубины нарушений, вегетососудистые проявления, мышечный тремор и гипергидроз.

Речевые нарушения, характерные для исключительных состояний, достаточно однотипны. Их диапазон колеблется от полного отсутствия речи до отдельных слов, возгласов, перемежающихся невнятным бормотанием. Установление адекватного речевого контакта невозможно. Коммуникативная функция речи полностью утрачивается. По отдельным словам в совокупности с поведением, мимикой, эмоциональным состоянием можно предполагать характер болезненных проявлений. Здесь следует отметить, что собственно характер речевых нарушений свидетельствует о наличии изменённого состояния сознания. Об этом однозначно свидетельствуют данные, полученные Д. Л. Спивак [21] при исследовании состояния речевой функции на разных этапах постепенной диссолюции сознания. Феноменология речевых нарушений оказывается достаточно обширной. Это понижение объёма речевой памяти при недосыпании, утомительной умственной работе. С уровнем начала среднего оглушения при диссолюции сознания связывают повышение числа слов-паразитов и «штампов», частиц, эмоционально значимых слов. Эта лексика именуется узкоденотативными знаками. Увеличивается количество ошибок в согласовании слов, растёт число незавершённых и простых предложений. Наконец, в состоянии «психологического шока» при больших природных катаклизмах обнаруживается повышение числа узкоденотативных знаков, перестройка семантических полей и рост числа синтагматических ассоциаций, переходящих в «штампы».

В психозе, при снятии регулирующих поведение механизмов, реализуется субъективно либо объективно актуальное для данного лица, явно или скрыто доминирующее в его психике переживание. Механизм таких следовых влияний в психопатологии и в частности в судебной психиатрии исследован Я. П. Фрумкиным и С. М. Лившицем [25].

При всех формах исключительных состояний указывается на важную роль одних и тех же факторов: алкогольной интоксикации, астении, недоедания, недосыпания, перегревания, органического поражения центральной нервной системы, психогенных воздействий.

Чем более материализован, конкретизирован, персонифицирован внешний патогенный фактор, тем больше вероятность целенаправленных опасных действий, тем более выражена клиника и острее протекает психоз. Чем более выражен «взрывной» характер расстройства, тем глубже истощение на выходе из психоза и более выражена амнезия.

Изложенный в этой статье сравнительный анализ клинических представлений судебной психиатрии об исключительных состояниях преследовал конкретную цель — показать их сходство в облигатных признаках, общность детерминирующих или способствующих их возникновению факторов и определённые различия в насыщенности клинической картины психопатологическими феноменами, выраженности фаз в течении, особенностях выхода из психотического состояния. Тем не менее, решая эту конкретную задачу, пришлось столкнуться с извечными проблемами психиатрии: классификации, терминологии, системного подхода, установки, которые тесно переплетаются между собой. Разумеется, что в рамках этой статьи не представляется возможным остановиться на них с необходимой степенью детализации. Поэтому приведу лишь некоторые впечатления. Так, каждый исследователь при анализе клинических фактов использует терминологию, а, следовательно, и содержательные характеристики понятий, в соответствии с разрабатываемой темой. Если изучается алкогольная патология, то все

иные потенциально детерминирующие факторы, как-то органическое поражение головного мозга, эпилептическая предрасположенность, стрессовые воздействия относятся к дополнительным факторам. Если изучается органическое поражение головного мозга, то все остальные факторы, включая алкоголизацию, переходят в категорию дополнительных и так далее. Каждый исследователь, имея дело с феноменом сумеречного расстройства сознания, именует его в зависимости от исследуемой патологии. Изучается алкогольное влияние — появляется патологическое опьянение. Влияние алкоголя менее очевидно, клиническая картина мягче — диагностируется сумеречное расстройство сознания, спровоцированное алкоголем. Есть признаки органического поражения головного мозга, а все остальные факторы менее значимы — сумеречное расстройство на органически неполноценной почве. Изучается эпилепсия — «эпилептические сумерки» и т. д. Таким образом, психологическая установка исследователя неизбежно формирует его клинические представления. Нечёткость классификационных подходов не даёт возможности ответить на вопрос, являются ли различные клинические варианты помрачения сознания самостоятельными, рядоположными таксономическими единицами или это феноменологическое отражение различной глубины расстроенного сознания. Фаза выхода из болезненного состояния, внешне проявляющаяся утратой сознания, в зависимости от диагностической установки именуется терминальным сном, выраженным психическим истощением, оглушением, сопором. Примеры можно было бы продолжать, но думается, что это целесообразно сделать в отдельном исследовании. Они демонстрируют естественный ход исследовательской мысли на каждом этапе развития науки и в этом их позитивное значение.

Отвечая теперь на вопросы, поставленные в начале статьи, можно отметить следующее. Эмпирические данные по исключительным состояниям, накопленные судебной психиатрией через поиск и описание различий приводят к мысли об общности механизмов патогенеза. Это и составит предмет исследования в следующей статье.

Литература

1. Алкоголизм: руководство для врачей / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.
2. *Белов В. П., Докучаева О. Н., Демонова Д. П., Филипских В. Е., Гаджиев Р. Е.* Клинико-нозологическая характеристика синдромов расстроенного сознания в судебно-психиатрической практике // Кратковременные психотические расстройства в судебно-психиатрической практике: Сборник научных трудов / Под ред. Г. В. Морозова. — М., 1983. — С. 72–79.
3. *Блейхер В. М., Крук И. В.* Толковый словарь психиатрических терминов / Под ред. С. Н. Бокова. — Воронеж: НПО «Модек», 1995. — 640 с.
4. *Воробьёв Ю. М.* Клинико-социальная характеристика лиц, совершивших дорожно-транспортные нарушения (судебно-психиатрический аспект). — Автореф. дис. … канд. мед. наук. — М., 1984. — 22 с.
5. Генетические и эволюционные проблемы психиатрии / Отв. ред. А. С. Тимофеева. — Новосибирск: Наука, 1985. — 256 с.
6. *Гиляровский В. А.* Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. — М.: Медгиз, 1954. — 520 с.
7. *Демонова Д. П.* Сравнительная характеристика особенностей сумеречного и делириозного помрачения сознания // Клиническое и судебно-психиатрическое значение органического поражения головного мозга: Сборник научных трудов / Под ред. Г. В. Морозова. — М., 1982. — С. 127–134.

8. *Доброгаева М. С.* Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической практике. — Автореф. дис. … д-ра мед. наук. — М., 1989. — 44 с.
9. Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Пер. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.
10. *Лунц Д. Р.* Исключительные состояния // Судебная психиатрия / Под ред. Г. В. Морозова. — М.: Медицина, 1965. — С. 388–396.
11. *Марченко В. К.* Судебно-психиатрическая экспертиза водителей, совершивших дорожно-транспортные происшествия // Клиническое и судебно-психиатрическое значение органического поражения головного мозга: Сборник научных трудов / Под ред. Г. В. Морозова. — М., 1982. — С. 110–118.
12. *Медведев В. И.* Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов. — Л.: Наука, 1982. — 104 с.
13. *Мельник В. И.* Эпилепсия в судебно-психиатрической практике. — Дис. … д-ра мед. наук: 14.01.16. — Киев, 2001. — 508 с.
14. *Морозов Г. В., Качаев А. К., Лукачер Г. Я.* Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения. — М.: Медицина, 1973. — 88 с.
15. *Морозов Г. В., Лунц Д. Р., Фелинская Н. И.* Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. — М.: Медицина, 1976. — 336 с.
16. *Остришко В. В.* К вопросу о дифференциальной диагностике патологического аффекта // Кратковременные психотические расстройства в судебно-психиатрической практике: Сборник научных трудов / Под ред. Г. В. Морозова. — М., 1983. — С. 51–60.
17. *Первомайський В. Б.* Виключні стани // Юридична енциклопедія. — Київ: Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана, 1998. — Т. 1. — С. 386.
18. *Первомайський В. Б.* Афект патологічний // Юридична енциклопедія. — Київ: Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана, 1998. — Т. 1. — С. 170.
19. *Первомайский В. Б.* Судебно-психиатрическая экспертиза: статьи (1989–1999). — Киев: Сфера, 2001. — С. 118–125.
20. Психіатрія / О. К. Напрєєнко, І. Й. Влох, О. З. Голубков; За ред. О. К. Напрєєнка. — Київ: Здоров’я, 2001. — 584 с.
21. *Спивак Д. Л.* Лингвистика изменённых состояний сознания. — Л.: Наука, 1986. — 92 с.
22. Судебная психиатрия / Под ред. Г. В. Морозова. — М.: Медицина, 1965. — 424 с.
23. Судебная психиатрия / Под ред. Б. В. Шостаковича. — М.: Зерцало, 1997. — 386 с.
24. *Фелинская Н. И.* Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. — М.: Медицина, 1968. — 292 с.
25. *Фрумкин Я. П., Лившиц С. М.* Следовые влияния в психопатологии. — Киев: Здоров’я, 1979. — 112 с.
26. *Wyss R.* Клиника алкоголизма // Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. — М.: Медицина, 1967. — С. 166–191.

Примечание

1. Экспертиза проведена 01.11.1983 г., акт № 1656, приводится в объёме соответственно теме статьи.

К ПАТОГЕНЕЗУ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ (первое сообщение)

В. Б. Первомайский, В. Б. Литвинов

Под патогенезом в психиатрии понимается учение об основных механизмах развития болезней или отдельных патологических процессов [14, 17]. Патогенез необходимо отличать от этиологии. Считается [4], что учение о патогенезе базируется на анализе факторов внутренней среды и отвечает на вопрос: как, какими путями заболевание развивается? Учение же об этиологии подчёркивает роль внешнего фактора, отвечая на вопрос: отчего возникает заболевание? Несмотря на известную условность такого понимания, с ним можно согласиться, поскольку оно позволяет более или менее точно учесть доступные определению факторы. В предыдущей статье, анализируя клинические материалы исключительных состояний, мы попытались показать, что между отдельными их формами гораздо больше общего, чем различий. Это, естественно, подталкивает к мысли об общности патогенетических механизмов. Представив наблюдение, где таким механизмом можно считать гипогликемию, в настоящей статье попытаемся развить эту тему. Продолжим наблюдения.

Наблюдение 2. *Испытуемый П., 1957 г. р., обвиняется по ст. 206 УК УССР в совершении хулиганских действий*[1]*. Из материалов уголовного дела известно, что П. 14.09.1983 г. в 8 ч 10 мин пытался проникнуть в кв. № 5 дома по ул. П. в г. Киеве. Первая экспертиза проведена 11 октября 1983 г. Признан вменяемым и следствием направлен в суд. Однако в связи с новыми данными, появившимися в судебном заседании, П. был направлен на повторную судебно-психиатрическую экспертизу.*

Из анамнеза жизни известно, что беременность, от которой родился испытуемый, протекала с токсикозом, роды затяжные, тяжёлые. Развивался с опозданием на 1,5–2 мес. В возрасте 3 лет получил черепно-мозговую травму с потерей сознания при падении с качелей. Лечился в больнице. До 3 лет — энурез. С 7–8 лет периодически наблюдались снохождения. Обучение в школе без особенностей. В период обучения в университете в 1973 г. женился. Со слов жены, во время сессии ночью вставал с постели, ходил по комнате, передвигал предметы, перекладывал книги, открывал краны. Утром об этом ничего не помнил. Сообщил о произошедшем с ним случае в период пребывания в военном лагере на последнем курсе обучения: ночью встал и куда-то побежал; оказался на дороге, ведущей в город; что делал и как туда попал — не знает.

По окончании института работал инженером. Характеристика положительная. Проживая в Кагарлыке, ежедневно ездил на работу в Киев. Всё свободное время тратил на поиски жилья для семьи. Спиртными напитками не злоупотреблял. Отмечает, что за последний год раз в два–три месяца возникали состояния, когда из памяти выпадало, каким образом оказался в том или ином месте.

Из материалов дела известно, что П. 13.09.1983 г. встретил своего знакомого, с которым у того дома употреблял спиртные напитки и у него же заночевал. На следующее утро проснулся, вышел из дома, чтобы идти на работу, и далее наступил провал в памяти. Пришёл в себя в машине милиции. Что делал и где был — не помнил.

Потерпевшая показала, что 14.09.1983 г. после 8.00 в двери её квартиры ломился незнакомый мужчина. Говорил, что он из милиции. Его вид и поведение показались странным, и поэтому его не пустили. Он настаивал, стучал в дверь, стал ломать и сломал её. Говорил, что они будут отвечать в милиции, так как содержат на своей

площади жильцов без прописки. Приехавшие работники милиции с трудом оторвали его от дверей, он всё время пытался войти в квартиру. Его вид и глаза ничего не выражали, лицо было бледное, зеленоватое. Потерпевшая чувствовала запах алкоголя. Свидетели, подтверждая показания потерпевшей, дополнили, что глаза П. были как бы стеклянные, он не реагировал на замечания и был как бы вне себя. Всё время преследовал одну цель — войти в квартиру и проверить, утверждая, что в ней проживают какие-то лица без прописки.

Сотрудник милиции показал, что П. вёл себя странно, хотя и подчинился, но продолжал отталкивать всех от себя, глаза его ничего не выражали, он ничего не объяснял, молчал и отталкивал. Лицо бледное, сила необыкновенная. Потом успокоился и назвал свою фамилию.

Соматическое состояние без патологии. Неврологическое — без существенных нарушений, электроэнцефалограмма — в пределах нормы.

Психическое состояние на момент экспертизы без особенностей. Предполагает, что, возможно, правонарушение совершил в болезненном состоянии: «Что делал — не помню, но верю показаниям свидетелей. Значит, такое было». Сообщил, что ранее провалам в памяти предшествовало сильное утомление, нервное напряжение, какое-либо соматическое заболевание, недосыпание, недомогание. Однако за медицинской помощью не обращался. Полностью критичен к своему состоянию и сложившейся ситуации.

Эксперты пришли к заключению, что П. обнаруживает признаки **раннего органического поражения головного мозга с синдромом нарушенного сознания**. В период деликта находился в состоянии сумеречного помрачения сознания. Рекомендовано считать его невменяемым.

В настоящем наблюдении в пользу раннего органического поражения мозга свидетельствовали данные о перенесённой родовой травме, отставании в физическом развитии в постнатальном периоде, перенесённой черепно-мозговой травме в трёхлетнем возрасте. Периодически отмечались снохождения и абсансы после 8-летнего возраста, что может рассматриваться как эпилептические эквиваленты. Налицо был такой дополнительный фактор, как состояние психоэмоционального напряжения и утомления, связанные с постоянными длительными переездами и поисками жилья. Особенностью данного случая было развитие помрачения сознания без видимых причин, на следующий день после алкогольного абузуса, после пробуждения, по дороге на работу. И второе обстоятельство — это совершенно очевидное отражение в поведении и высказываниях П. доминирующей в его сознании проблемы — жильё, прописка. Первоначально поведение П. было воспринято потерпевшими как хулиганские действия в нетрезвом состоянии и даны соответствующие показания. Из них и исходили эксперты, проводившие первую экспертизу, несмотря на то, что экспертиза алкогольного опьянения проведена не была, а мотивация противоправных действий была непонятна. Однако по прошествии времени, с уходом эмоционального компонента восприятия потерпевшими действий П., их показания в суде несколько изменились, и картина расстроенного сознания П. стала более очевидной. Внезапность начала и выхода из описанного состояния, безмотивность, однообразность совершаемых действий, несоответствие поведение ситуации и отсутствие его модальности и адекватного речевого контакта, нарушенная ориентировка, ряд внешних соматических признаков, не оставляли сомнений в том, что имело место нарушение сознания.

Наблюдение 3. *Испытуемый Ж., 1964 г. р. обвиняется по ст. 215 ч. 3 УК УССР в угоне автобуса с причинением водителю телесных повреждений*[2]*. Из материалов уголовного дела известно, что Ж. в 0 ч 45 мин 26 июля 1988 г. захватил автобус, нанёс повреждения водителю и ездил пока не был задержан и доставлен в милицию в 3.00 26.07.1988 г. На экспертизу направлен в связи с сомнениями по поводу его психического состояния.*

Из анамнеза жизни известно, что отец испытуемого, якобы, злоупотреблял спиртными напитками. Ранний период развития, обучение в школе и ПТУ, без особенностей. Рано увлёкся техникой, любил заниматься мопедом, мотоциклом. Получил специальность слесаря по ремонту промышленного оборудования. Службу в армии проходил в морской пехоте. После демобилизации работал газорезчиком, а с января 1987 г. — водителем. Характеристика положительна, к работе относился добросовестно. Алкогольных проблем не имел. 25.07.1988 г. (время не установлено) трезвый пришёл к отцу с бутылкой водки и двумя бутылками пива. Сказал, что собирается ехать к теще. За 30 мин. выпили бутылку волки и бутылку пива. Закусывали хлебом, майонезом, маслом. Спешил ехать, поэтому сразу же ушёл. Состояние было нормальное, «не шатался». В 20.00 пришёл домой в состоянии сильного опьянения. На вопрос жены, почему он пьяный, ничего не ответил, и она не стала его расспрашивать. Собирала вещи в течение часа для предстоящей поездки к родителям. Испытуемый в это время стоял в спальне, смотрел, как она собирается, и что-то непонятное «про себя» говорил. Когда вышли на улицу, он остановил проезжавший автомобиль, что-то спросил у водителя, быстро сел в машину и уехал. Такое поведение мужа показалось ей неожиданным. Поехала на вокзал, ожидала мужа, но он не приехал.

Примерно в 22 часа испытуемый, будучи в нетрезвом состоянии, зашёл в квартиру к брату. Говорил «про себя» что-то бессвязное, был чем-то раздражён. Посидел в кресле и вышел из квартиры. Постоял возле лифта. На предложение брата ложиться спать не отреагировал и спустился лифтом вниз.

В 0 ч 45 мин 26.07.1988 г. зашёл в автобус, подошёл к водителю, держа в руке топор с пластмассовой ручкой. Сказал: «Гони до метро «Левобережная» без остановки». При этом стал бессвязно говорить, что у него что-то с женой и за ним гонится милиция. От него сильно пахло спиртным, но держался с виду нормально, говорил внятно, но бессмысленно. Потребовал повернуть на мост Патона. Когда водитель отказался, стал выхватывать у него руль и бить топором по панели приборов. Пассажиру, предложившему Ж. выйти в салон покурить, сказал, чтобы он сидел на месте. Когда тот начал к нему подходить, испытуемый стал бить стёкла на двери водителя и размахивать топором, требуя, чтобы пассажир остановился. На Московской площади потребовал у водителя руль, ударил его топором по голове, сел на водительское место, открыл дверь и стал требовать, чтобы водитель и пассажир выскочили из движущегося автобуса. Они выскочили из автобуса и в милиции рассказали о случившемся. Работники милиции, преследуя автобус на нескольких автомашинах, пытались остановить Ж., но он не реагировал на сигналы и предупреждения. После того, как автобус, двигаясь в направлении Броваров, дважды разворачивался в сторону Киева и обратно, одному из сотрудников милиции удалось впрыгнуть в него. «Водитель» смотрел вперёд на дорогу. На предложение остановиться что-то ответил и попытался опять развернуть автобус. Сотрудник милиции схватил его за руку и через одну–две минуты автобус остановился. Испытуемого вытащили из кабины. Сопротивления не оказывал, кричал, чтобы его не трогали. В 3.00 доставлен в дежурную часть. На вид был нетрезв, но шёл нормально, попросился в туалет. На слова: «Ну что, покатался?» ответил, что он был дурак, пошёл в камеру и заснул. В 6 утра постучал в дверь и стал проситься домой, так как у него маленький ребёнок. О случившемся ничего не помнил. Освидетельствование в 5 ч 45 мин

(возможно, время указано неточно) установило спутанное сознание, частично нарушенную ориентировку; о своих действиях помнил смутно, речь громкая, скороговоркой; установлено алкогольное опьянение средней степени.

Соматическое, неврологическое состояние без особенностей.

Психическое состояние в период экспертизы без патологии. Полностью ориентирован и адекватен. Переживает по поводу содеянного, но объяснить свой поступок не может. Ссылается на запамятование. Ничего не помнит с момента ухода от отца. Пришёл в себя в милиции, был связан и просил его развязать и отпустить. Выйдя из отделения, вновь отмечает провал в памяти. Помнит себя сидящим за рулём автобуса, «за которым едет милиция с мигалками». Пришёл в себя на утро в РОВД. Критика сохранена.

Эксперты пришли к заключению, что в период, к которому относятся инкриминируемые Ж. деяния, у него было временное болезненное расстройство психической деятельности в виде **патологического опьянения (параноидная форма)** и рекомендовали считать его невменяемым.

В пользу принятого экспертного решения свидетельствовало резкое изменение психического состояния Ж. на фоне алкогольной интоксикации в период примерно с 21 ч 25.07 до 2 ч 26.07. Динамика состояния характеризовалась отмечаемым в начале опьянением с выраженными признаками, которые воспринимались окружающими как «сильное» опьянение. Однако в дальнейшем наблюдалось несоответствие степени опьянения тому состоянию, в котором он находился. Это выражалось в отсутствии заметных внешних признаков опьянения, расстройства координации. Речевая продукция была скудной, лаконичной, отдавал чёткие внятные команды, приказания перемежались невнятным бормотанием, в котором отражалось болезненное восприятие действительности (идеи преследования). Этим идеям соответствовали неадекватные агрессивные действия, отличающиеся внезапностью, жестокостью, разрушительной силой, последующая амнезия. Содержание действий имело профессиональную тематику — управление автотранспортом, погоня, милиция и пр.

Поскольку приведённые в предыдущей и этой статье наблюдения отражают существенное влияние алкоголизации на развитие психического расстройства, с этого фактора и начнём дальнейшее изложение темы.

Алкоголь и гипогликемия. По утверждению А. М. Коровина, существует взаимосвязь между употреблением алкоголя и гипогликемическими состояниями [8]. Наблюдая 269 больных с различными видами обмороков, он установил, что 11% из них сами связывают обморочные состояния с приёмом алкоголя за несколько часов до приступа или накануне. Автор полагает, что при остром отравлении алкоголем, как и при хроническом алкоголизме, несомненно, наблюдаются гипогликемические состояния. В качестве патогенетического механизма предполагается истощение гликогена в печени при избытке алкоголя в организме. Это подтверждается в эксперименте на животных и при патологоанатомическом исследовании лиц, погибших от острого или хронического отравления алкоголем. К предрасполагающим факторам при этом относят нерегулярное и неполноценное питание.

Исходя из того, что утилизация алкоголя в организме требует большого количества углеводов, предполагается, что перенасыщение организма алкоголем приводит к дефициту углеводов — гипогликемии. Этому способствует токсическое действие алкоголя на обменные процессы: происходит торможение гликогенолиза в печени и

нарушение нормального превращения белков в углеводы при дефиците гликогена. Эти данные Brown и Harvey (1941), приведённые А. М. Коровиным, позволяют ему сделать вывод, что именно поглощение запасов углеводов в организме алкоголем приводит к тому, что симптомы гипогликемии носят отставленный характер и развиваются через определённое время после приёма алкоголя, нередко на следующее утро (см. наблюдение 2). При этом не исключается прямое токсическое влияние алкоголя на центральную нервную систему (ЦНС), что может способствовать развитию пароксизмальных нарушений сознания. Существенное значение А. М. Коровин придаёт также участию гипоталамических отделов нервной системы, влияющих на углеводный обмен, функция которых нарушается при отравлении алкоголем. Влияние алкоголя на углеводный обмен подтверждаются и другими исследователями.

П. П. Ширинский и В. В. Томилин [1] указывают, что в ряде случаев алкогольное опьянение сопровождается гипогликемией, и смерть может наступить в результате гипогликемической комы.

J. W. Jefferson, J. R. Marshall [20] среди эффектов алкоголя отмечают сдвиг жирового и углеводного обмена, иногда осложняющийся гипогликемией и молочнокислым ацидозом.

Д. Д. Орловская [9, с. 204] отмечает, что внешне гипогликемические состояния могут напоминать алкогольную интоксикацию. А поскольку гипогликемии иногда провоцируются приёмом алкоголя, то «возникло мнение, что отдельные случаи так называемого патологического опьянения — по существу гипогликемические сумеречные состояния сознания». К сожалению, Д. Д. Орловская не уточняет источник, и поэтому нет возможности полностью привести аргументацию этого мнения.

Ю. В. Буров и Н. Н. Ведёрникова [2] приводят результаты, полученные D. Gilliam и соавторами (1983). Согласно их данным, фармакокинетика этанола после однократного введения у мышей, собак и человека имеет нелинейный характер и подчиняется закону Михаэлиса–Ментен. При этом основные параметры, характеризующие элиминацию этанола у короткоспящих объектов исследования, значительно превышают аналогичные показатели у долгоспящих. Скорость элиминации связывается с неодинаковой активностью этанолокисляющих систем у коротко- и долгоспящих. Установлено также, что эмоциональный стресс активирует этанолметаболизирующие системы. Скорость метаболизма этанола возрастает, что сопровождается увеличением уровня алкогольной мотивации.

Согласно современным научным представлениям, при алкоголизме, который формирует алкогольную зависимость, задействованы те же самые нейрохимические механизмы, что и при стрессовых состояниях. Так, при хроническом употреблении алкоголя уменьшается обусловленное ГАМК-медиацией торможение нервных клеток [18]. Как и при стрессовых расстройствах, при алкогольной зависимости увеличивается чувствительность N-метил-D-аспартат-рецепторов к глютаминовой кислоте, что ведёт к чрезмерному притоку ионов кальция в нейроны. Значительная концентрация ионов кальция, которая возникает при этом, изменяет процессы фосфорилирования белков внутри клетки. Более того, под воздействием высвободившихся катехоламинов как в центре, так и на периферии увеличиваются энергозатраты клетки с последующей активацией гликогенеза, глюконеогенеза, усиленного расщепления белков, образования углеводов и аминокислот [7, 10]. Нередко это приводит к гибели клетки [19]. Вероятно, уменьшение нейронов в мозге, которое регистрируется при алкоголизме, может быть следствием указанных процессов.

Предполагают, что не последнюю роль в этих процессах играет энергетическая функция алкоголя. По данным Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна [1], эндогенный алкоголь в крови составляет 0,01–0,03 промилле и обеспечивает 10% энергетических потребностей организма. Доля алкоголя в энергетической ценности пищевого рациона свыше 20% (классификация J. Markoni, 1959) свидетельствует об алкогольной зависимости и является одним из 4 критериев алкоголизма. Энергетическая ценность алкоголя для организма предполагает наличие конкурентных отношений между алкоголем и углеводами.

Приведённые данные свидетельствуют о тесной взаимосвязи алкоголя и углеводов, их взаимном метаболизме и влиянии этого процесса на психику через гипогликемию, непосредственное токсическое воздействие алкоголя на центральную нервную систему. Воздействие алкоголя на психику и сознание осуществляется также путём прямого токсического влияния алкоголя на ЦНС и посредством нарушения функции гипоталамических отделов. К производным этого воздействия относят токсическое влияние алкоголя на обменные процессы, истощение гликогена в печени, сдвиг жирового и углеводного обмена, вмешательство в энергетический обмен.

К предрасполагающим факторам относят эмоциональный стресс, продолжительность сна, нерегулярное и неполноценное питание.

Поскольку основным следствием патологического влияния алкоголя является гипогликемия, рассмотрим детальнее этот вопрос.

Пароксизмальные нарушения сознания при гипогликемии. По данным J. W. Jefferson, J. R. Marshall [20], гипогликемия не была описана как клиническая единица до 1924 г. В 1924 г. в качестве лекарства при сахарном диабете начали использовать экзогенный инсулин. В этом же году S. Harris описал 5 недиабетических пациентов с гипогликемическими инсулиновыми реакциями. По другим источникам, нарушения функции ЦНС при гипогликемии впервые описал в 1922 г. Banting. Симптомы гипогликемии оказались независимы от основного заболевания. Накопление клинического материала позволило выделить две группы симптомов. Первая — связана с быстрым падением уровня глюкозы крови и освобождением продуктов надпочечников. Это адренергические симптомы: страх, тремор, слабость, тошнота, рвота, ощущение голода, сердцебиение, гипергидроз. Вторая группа симптомов обусловлена медленным падением уровня глюкозы и обусловлена снижением утилизации кислорода мозгом. При этом затрагивались все нервные клетки ЦНС, но в первую очередь страдали поля с высоким метаболизмом и энергетическими потребностями, особенно кора мозга. Это обстоятельство позже нашло дополнительное подтверждение при исследовании изменённых состояний сознания у больных, получающих курс лечения инсулином. По результатам эксперимента Д. Л. Спивак [12] сделал вывод о том, что сахарное голодание клеток мозга (гипогликемия) однозначно связано с филогенетическим возрастом этих клеток. Чем они моложе, тем интенсивнее в них процессы обмена, а значит, и чувствительность к гипогликемии.

Ранние симптомы гипогликемии могут быть минимальны: головная боль, вялость, усталость, сонливость. При голодной гипогликемии отмечаются затруднённое пробуждение, нарушения поведения. Следствием гипогликемии могут быть необъяснимые вспышки злобы, периоды отрешённости, причудливые фугиформные состояния, случаи автоматического поведения, эпизоды спутанности или амнестические эпизоды [20]. Пациенты сами зачастую не жалуются на такие эпизоды, пока они не станут частыми или серьёзными.

Bovil (1973) описал случай дорожно-транспортного происшествия, когда пациент не помнил случившегося. Последующее полицейское и медицинское расследование убедительно доказало, что в данном случае имело место гипогликемическое состояние и исключило его виновность. Отечественная судебно-психиатрическая литература небогата такими примерами не только по причине их редкости, но и в силу иной диагностики. В предыдущей статье мы привели данные судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) лиц, виновных в дорожно-транспортных происшествиях. Некоторые установленные диагнозы могут скрывать гипогликемические состояния. Известные науке порождаемые ими психопатологические феномены достаточно разнообразны.

А. М. Коровин [8] так же, как J. W. Jefferson и J. R. Marshall, отмечает, что многообразие клинических проявлений гипогликемии зависит от темпа и степени снижения уровня глюкозы в крови, её длительности. Он обращает внимание на комплексное неблагоприятное влияние гипогликемии на функции мозга, обусловленное наличием сопутствующих гипоксических проявлений, являющихся самостоятельным фактором, способствующим нарушению сознания, а также спазмом церебральных сосудов под влиянием инсулина. По мнению А. М. Коровина, ряд ранних симптомов, относимых к гипогликемии, в действительности связан не с понижением уровня сахара в крови, а с компенсаторной гиперадреналинемией. Это способствует мобилизации гликогена из печени и восстановлению нарушенного углеводного равновесия в крови. Поэтому чем быстрее снижается уровень глюкозы в крови, тем более выражены симптомы гиперадреналинемии. К ним относятся слабость, потливость, тахикардия, чувство страха, тремор, повышенная возбудимость, чувство голода.

Д. Д. Орловская [9] указывает, что гипогликемический синдром может входить в клиническую картину таких расстройств, как неврастения, циклотимия, травмы мозга, субарахноидальные кровоизлияния, энцефалиты, опухоли мозга, особенно стволовой локализации. С другой стороны гипогликемические состояния могут сопровождаться (или вызывать) состояниями спутанности, сумеречными и особыми состояниями сознания, ступороподобными картинами и психомоторным возбуждением, эйфорией, дисфорией, преходящими параноидными психозами, галлюцинаторными расстройствами и др. Их общим компонентом является выраженное в различной степени изменение сознания.

Приводя обширную классификацию спонтанных гипогликемий, содержащую 35 позиций, J. W. Jefferson, J. R. Marshall [20] выделяют среди прочих функциональную гипогликемию, обусловленную этанолом, бедной пищей, серьёзным истощением, дефицитом глюкагона.

Клиника Модсли [11, с. 240] сообщает о фактах судорожных припадков у лиц с алкогольной зависимостью, которые развиваются в период от 10 до 60 ч с момента прекращения употребления алкоголя и часто сопровождаются гипогликемией, гипокалиемией, гипомагниемией. Эти же факторы, в свою очередь, предрасполагают к развитию выраженного помрачения сознания, спутанности, галлюцинаций любой модальности, тремора, страха, параноидного бреда, двигательного беспокойства и ажитации.

Исследуя пароксизмальные нарушения сознания, А. М. Коровин [8] пришёл к заключению, что в значительной части случаев они обусловлены гипогликемическими состояниями. Причём встречаются они значительно чаще, чем распознаются клинически. В кратком обзоре литературы А. М. Коровин приводит 5 положений, имеющих значение для рассматриваемой нами темы.

1. Проявления гипогликемии и церебральной гипоксии сходны, а чувствительность мозга к недостатку кислорода значительно возрастает при гипогликемии.
2. Нет параллелизма между критическим уровнем глюкозы в крови и развитием гипогликемии. Имеются данные о развитии клиники гипогликемии при нормальном и даже повышенном содержании глюкозы в крови.
3. В 70% спонтанной гипогликемии наблюдается её функциональный вариант (при нарушении вегетативной иннервации, алиментарная, особенно под влиянием длительной мышечной работы и др.).
4. Возникновение гипогликемии объясняется не столько абсолютной величиной снижения глюкозы в крови, сколько скоростью снижения — чем быстрее это происходит, тем больше вероятность развития гипогликемического криза.
5. Большое разнообразие клинических проявлений гипогликемии затрудняет диагностику заболевания.

Изучая пароксизмальные нарушения сознания при гипогликемии, А. М. Коровин [8] указывает на следующие характеристики функционального гиперинсулинизма:

- уменьшение содержания глюкозы в крови только во время приступа или непосредственно перед ним;
- наличие факторов, предрасполагающих к гипогликемии: длительный перерыв между приёмами пищи, жара, физическое перенапряжение и др.
- при исследовании крови — «плоская» гипогликемическая кривая после нагрузки;
- значительное понижение содержания глюкозы в крови после нормального подъёма при сахарной нагрузке (явления «алиментарной гипогликемии»);
- периодичность в возникновении симптомов вследствие увеличивающегося или уменьшающегося *эмоционального напряжения*;
- приступы обычно не возникают ночью или перед завтраком, а чаще всего развиваются днём, через 2–4 ч после еды;
- в начальный период заболевания характерны абортивные, атипичные припадки, нередко с неглубокой потерей сознания, сонливостью, оглушённостью, растерянностью, дезориентировкой, вспышками *патологического аффекта*;
- многообразие клинических проявления зависит от темпа и степени падения уровня глюкозы в крови, длительности гипогликемии.

По мнению А. М. Коровина, участие гипогликемического фактора в развитии пароксизмальных расстройств сознания можно считать достоверным, если они возникают натощак и (либо) после физического напряжения при наличии низкого уровня сахара в крови (до 50 мг %).

В исследовании, проведённом А. М. Коровиным, нет наблюдений гипогликемических состояний, сопровождавшихся совершением противоправных действий. Это понятно, потому что такие случаи, уходя, в зависимости от решения о вменяемости, на лечение или в места лишения свободы, не попадают в поле зрения интернистов и неврологов. Однако даже те наблюдения, которые описывает А. М. Коровин, имеют важное значение для СПЭ. Церебральные нарушения — от лёгкой сонливости до судорожных проявлений, обмороков и коматозных состояний — при определённом стечении обстоятельств могут приводить к общественно опасным действиям. Так, А. М. Коровин наблюдал 2 больных с гипогликемией, у которых пароксизмальные расстройства сознания проявлялись в виде обмороков. Подобные наблюдения имеют важное значение для дифференциальной диагностики с засыпанием при экспертизе по делам о дорожно-транспортных происшествиях. Он же наблюдал у больных в состоянии гипогликемии пароксизмальные расстройства сознания с различными судорожными проявлениями — от отдельных

клонических подёргиваний до сходных с эпилептическими судорожных припадков с потерей сознания.

В. И. Ёлкин [8] представляет анализ целого ряда литературных источников, в которых судорожные припадки рассматриваются как одна из форм защитных реакций организма. В частности имеется ссылка на исследования Gowell (1947), который объяснял возникновение эпилептического припадка понижением способности мозга использовать глюкозу. Судорожные состояния, по мнению этого автора, повышают в крови концентрацию молочной кислоты, которая после ряда превращений из печени направляется в мозг в виде глюкозы.

В руководствах по внутренним болезням обычно описывается гипогликемическая кома [13]. Возникает она при недостаточном содержании углеводов в пище, в случае лечения больных сахарным диабетом инсулином или при его передозировке. Развивается быстро с предшествующим внезапным ощущением голода, слабостью, потоотделением, дрожью во всём теле, психическим и двигательным возбуждением. При собственно коматозном состоянии отмечаются бледность и влажность кожных покровов, повышение мышечного тонуса, сухожильных рефлексов, судороги, расширение зрачков.

В Оксфордском руководстве по психиатрии [3] в разделе «Психологические факторы и контроль диабета» указывается, что сахарный диабет иногда относят к числу так называемых психосоматических болезней, хотя гипотеза о том, что он вызывается психологическими причинами, не подтверждена убедительными доказательствами. Тем не менее, со ссылкой на Kemmer at al. (1986) указывается, что стресс нередко приводит непосредственно к эндокринным изменениям. В этом же источнике описываются типичные признаки острой гипогликемии: тревога и другие нарушения настроения, беспокойство, раздражительность, агрессивность и специфическое поведение, подобное наблюдаемому при опьянении. Характерны ощущение голода, учащённое сердцебиение, покраснение кожных покровов, потливость, тремор, тахикардия, атактическая походка. Тяжёлые приступы могут переходит в гипогликемическую кому. Авторы указывают на важное значение гипогликемии в диагностике психических расстройств и подчёркивают, что её легко просмотреть. Эпизод нарушенного поведения расценивается в этом случае как острый органический синдром, являющийся продромальным признаком и гипогликемической, и гипергликемической комы.

По данным ряда авторов, у больных сахарным диабетом почти в половине случаев отмечаются психические нарушения [5]. По другим данным, такие нарушения встречаются в 17–84% случаев и, тем не менее, они продолжают оставаться недостаточно изученными [16]. В небольшом обзоре литературы по этой проблеме А. К. Добржанская [9] приводит данные Ives (1963) и Plum (1960), которые отмечали большую роль гипогликемических состояний и диабетической комы в развитии психозов. Первый автор наблюдал 4 случая (из 370) психических расстройств, непосредственно связанных с гипогликемическими состояниями. У одного больного психические расстройства возникли после коматозного состояния.

По данным А. К. Добржанской, из 200 обследованных больных развитию сахарного диабета в 37 случаях предшествовала тяжёлая психическая травма, в 19 — острые и хронические инфекции, в 17 — черепно-мозговая травма. Она же подтверждает точку зрения многих авторов о том, что при повторных гипогликемиях наступают необратимые изменения в мозге, проявляющиеся нарушениями в эмоциональной сфере, эпилептиформным синдромом, личностными изменениями. Такие же расстройства отмечаются при органическом гиперинсулинизме, обусловленном инсуломой. У этих

больных описаны различные формы помрачения сознания, состояния психомоторного возбуждения, кататоноподобные и маниакальные состояния.

Е. А. Хаустова [16] в обзоре литературы по психическим расстройствам при сахарном диабете приводит данные о том, что наличие депрессивного расстройства ухудшает течение сахарного диабета. В связи с нарушением контроля за назначением инсулина у таких больных возможны как гипергликемии вследствие недостаточной терапии, так и гипогликемии — вследствие избыточной.

Интересные данные приводит В. И. Ёлкин [6] со ссылкой на К. Бобек с соавторами (1960). Учёные исследовали потомков больных диабетом и не обнаружили каких-либо данных о нарушении у них регуляции обмена веществ. Исследованные лица фенотипически были здоровыми. Эксперимент состоял в следующем. У этих лиц были определены гликемические кривые после двукратно введённой перорально глюкозы при стандартных биологических условиях. Затем по методу Бергера вводился адренокортикотропный гормон в качестве стрессора, чтобы выявить возможные различия в гликемической реакции у гетерозиготных носителей сахарного диабета и лиц, у которых генотипическая опасность нарушения регуляции обмена веществ отсутствует. Исследовано 244 человека, один из родителей которых страдал диабетом. В 29,1% случаев обнаружены отклонения от нормальной гликемической кривой. Таким образом, почти у трети обследованных здоровых лиц выявлена в состоянии стресса вследствие физиологической нагрузки несоответствующая реакция.

По данным Н. Д. Тронько [15], нарушение теста толерантности к глюкозе обнаруживается у 9,6% обследованных, а у 7,8% лиц с факторами риска применение этого теста выявило скрытый сахарный диабет.

Обобщая приведённые в этом разделе статьи данные, можно выделить наиболее важные из них для понимания рассматриваемой темы.

1. Прежде всего, становится очевидным факт, что гипогликемия может вызывать широкий спектр психических расстройств как непродуктивных, так и продуктивных. К первым относятся нарушения психики — от лёгкой сонливости до ступороподобных картин, судорожных проявлений, обмороков и коматозных состояний. Ко вторым — состояния спутанности, сумеречные и особые состояния сознания, психомоторное возбуждение, эйфория, дисфория, преходящие параноидные психозы, галлюцинаторные расстройства и др., общим компонентом которых является выраженное в различной степени изменение сознания.
2. В патогенезе гипогликемии определённую роль играют не только исходный низкий уровень сахара в крови и дефицит глюкагона, но и скорость снижения содержания сахара, темп и степень падения его уровня. Эти показатели в значительной степени влияют на клинику возникающих расстройств. Однако наиболее существенными для понимания патогенеза психических расстройств, по нашему мнению, являются данные о развитии клиники гипогликемии при нормальном и даже повышенном содержании сахара в крови. Они определённо указывают на значение для возникновения нарушений психики не собственно уровня глюкозы, а некоего её производного.
3. Исследования гипогликемии выявляют значение сопутствующих гипоксических проявлений, а также спазма церебральных сосудов под влиянием инсулина. Причём каждый из этих факторов может самостоятельно способствовать нарушению сознания. Отмечается клиническое сходство проявлений гипогликемии

и церебральной гипоксии, также значительное возрастание при гипогликемии чувствительности мозга к недостатку кислорода.

4. Наконец, исследования показывают, что сахарное голодание клеток мозга (а точнее, дефицит некоего производного сахара) однозначно связано с филогенетическим возрастом этих клеток. Чем они моложе, тем интенсивнее в них процессы обмена, а значит, и чувствительность к гипогликемии. Поэтому в первую очередь страдает кора мозга и именно поля с высокими метаболизмом и энергетическими потребностями.
5. К факторам, способствующим возникновению гипогликемии, авторы, изучавшие эту тему, относят недостаточное питание, вплоть до голодания и истощения, физическое и эмоциональное напряжение, интоксикацию этанолом. Нетрудно увидеть их совпадение с факторами, предрасполагающими к возникновению исключительных состояний. В этом плане интересны данные о том, что при голодной гипогликемии отмечаются затруднения с пробуждением и могут появляться нарушения поведения. Фактор сна отмечается как существенный при исследованиях взаимосвязи алкоголя и психических расстройств, а просоночное состояние выделяется как одна из форм исключительных состояний. Влияние недостаточного питания и физического напряжения опосредуется через недостаточное поступление в организм углеводов, в первом случае, и быстрое их расходование — во втором. Значение же эмоционального напряжения в рамках стресса мы рассмотрим в следующей статье.

Литература

1. Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. — М.: Медицина, 1983. — С. 55.
2. *Буров Ю. В., Ведёрникова Н. Н.* Нейрохимия и фармакология алкоголизма. — М.: Медицина, 1985. — 240 с.
3. *Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р.* Оксфордское руководство по психиатрии. — Киев: Сфера, 1997. — Т. 2. — 436 с.
4. *Гуськов В. С.* Терминологический словарь психиатра. — М.: Медицина, 1965. — 220 с.
5. *Добржанская А. К.* Психические и нейрофизиологические нарушения при эндокринных заболеваниях. — М.: Медицина, 1973. — 192 с.
6. *Ёлкин В. И.* Генетика эпилепсии (экспериментальные исследования). — Л.: Медицина, 1971. — 192 с.
7. *Ильин В. С., Усатенко М. С.* Синтез фосфоэнолпирувата, его регуляция и значение в глюконеогенезе // Успехи биологической химии. — 1986. — № 7. — С. 196–203.
8. *Коровин А. М.* Пароксизмальные расстройства сознания. — Л.: Медицина, 1973. — 176 с.
9. *Орловская Д. Д.* Психические расстройства при эндокринных заболеваниях // Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — С. 176–212.
10. *Панин Л. Е.* Энергетические аспекты адаптации. — М.: Медицина, 1984. — 190 с.
11. Пособие по практической психиатрии клиники Модсли / Под. ред. Д. Голдберга; Пер. с англ. Д. Полтавца. — Киев: Сфера, 2000. — 360 с.
12. *Спивак Д. Л.* Лингвистика изменённых состояний сознания. — Л.: Наука, 1986. — 92 с.
13. Пропедевтика внутренних болезней / Под. ред. В. Х. Василенко, А. Л. Гребнева. — М.: Медицина, 1982. — 640 с.
14. Психиатрический энциклопедический словарь / Й. А. Стоименов, М. Й. Стоименова, П. Й. Коева и др. — Киев: МАУП, 2003. — 1200 с.

15. *Тронько Н. Д.* Государственная комплексная программа «Сахарный диабет» // Doctor. — 2003. — № 5. — С. 9–12.
16. *Хаустова Е. А.* Психические расстройства при сахарном диабете (литературный обзор) // Архів психіатрії. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 42–46.
17. Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 3 т. / Гл. ред. Б. В. Петровский. — М.: Советская энциклопедия. — 1983. — Т. 2. — 448 с.
18. *Allan A. M., Harris R. A.* Involvement of neuronal chloride channels in ethanol intoxication, tolerance and dependence // Recent development in alcoholism / Ed. by Galanter. — New York: Plenum, 1987. — P. 313–322.
19. *Gardies E., Albery R. L., Archer L. D.* Alcohol and health / Spec. Rep. USA Congress: Rockville Govt. Print. — 1990 — P. 1–289.
20. *Jefferson J. W., Marshall J. R.* Neuropsychiatric features of medical disorders. — New York–London: Plenum Medical Book Company, 1981. — 383 p.

Примечания

1. Экспертиза проведена 27 декабря 1983 г. Акт № 1988.
2. Экспертиза проведена 30 августа 1988 г. Акт № 649.

К ПАТОГЕНЕЗУ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ (второе сообщение)

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко, В. Б. Литвинов

С момента опубликования Г. Селье [17] своей первой статьи о стрессе в английском журнале «Nature» 4 июля 1936 г. появилось необозримое количество публикаций по этой проблеме. Официальная психиатрия использовала понятие стрессового расстройства и в МКБ-9 (шифр 298 и 308), и в МКБ-10. Рубрика F43, включающая острую реакцию на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство и расстройства адаптации, фактически поглотила всю патологию, которую прежде относили к психогенным и реактивным психическим расстройствам. Это совершенно очевидно следует из представленной в МКБ-10 общей характеристики стрессового расстройства. В качестве причинного фактора избран исключительно психосоциальный стресс, более или менее тяжёлый объективно и субъективно (индивидуально), преимущественно «физический» или «психологический». Тем самым создатели МКБ-10 незаметно отошли от изначального смысла, заложенного в понятие «стресс» его первооткрывателем. Что, впрочем, для психиатрии не ново. Г. Селье [16] определил стресс как «общий адаптационный синдром»: *«Мы назвали этот синдром «общим», потому, что он вызывается лишь теми агентами, которые приводят к общему состоянию стресса (поскольку они воздействуют на большие участки тела), и в свою очередь вызывают генерализованное, т. е. системное защитное явление. Мы назвали его «адаптационным», потому, что он способствует приобретению состояния привычки и поддерживает это состояние. Мы назвали его «синдромом», потому что его отдельные проявления координированы и даже отчасти взаимозависимы»* (с. 60).

Элементарная логика требует ответа на вопрос: подпадают ли описываемые МКБ-10 стрессовые расстройства под определение «общий адаптационный синдром»? Если нет, то почему их называют стрессовыми? Если да, то следует предположить, что аналогичные психические расстройства могут возникать в ответ и на воздействие иных стрессоров, количество которых достаточно велико. Иначе стресс не может быть «общим адаптационным синдромом». Н. Е. Бачериков и соавторы [21] выделили 7 групп стрессоров: природные климатические, природные биологические, социально-экономические, социально-гигиенические, социально-производственные и профессиональные, бытовые, интимно-личностные и внутриличностные. Упростив эту схему, можно утверждать, что стрессором может быть любой фактор внешней среды, локализующийся в природной сфере, социальной, микросоциальной и личностной, т. е. в психике, как отражение своего материального прототипа.

Исследуя ранее проблему идеального следа в судебной экспертизе психических состояний [14], мы обратили внимание читателя на мысль, высказанную В. А. Энгельгардтом [8] о том, что в основе жизни лежат три потока — материи, энергии и информации. Из этого естественно следует, что они же должны обеспечивать взаимодействие человека с окружающей средой. Это взаимодействие, как универсальная форма изменения состояния тел, характеризуется стремлением к достижению через механизм адаптации определённого равновесия в системе «человек–среда», с одной стороны, и сохранение внутреннего гомеостаза в организме — с другой. В этом смысле адаптация, или приспособление, может быть представлена как взаимное изменение материальных, энергетических и информационных свойств и характеристик взаимодействующих объектов, обеспечивающих разрешение возникающих между ними в процессе взаимодействия противоречий. Согласованная динамика их взаимодействия составляет содержание понятия «адаптация» [19].

Применительно к нашей теме под стрессором необходимо понимать любой объект как совокупность определённых материальных, энергетических и информационных свойств природы и общества, доступных восприятию человека. В тех случаях, когда воздействие стрессора на организм происходит в бодрствующем состоянии, оно получает определённую эмоциональную окраску, составляющую содержание понятия «эмоциональный стресс». Такое психическое переживание, эмоциональное напряжение имеет материальные последствия для организма. Так, давно известно их влияние на метаболизм углеводов. Можно привести такой пример. Е. А. Шевалёв в свое время писал, что хирурги подчёркивают значение так называемого «малого хирургического диабета». При этом для некоторых лиц момента объявления операции достаточно, чтобы в тот же день у них появился «хирургический» диабет (сахар в моче, ацетон). Он же цитирует Оппеля о том, что всякая эмоция у человека есть, в конце концов, вызванная гиперадреналинемия [20].

Н. Е. Бачериков и соавторы [4] приводят данные В. А. Манассеина (относящиеся к концу XVIII в.) о воздействии сильных чувств на психическую сферу и функции различных органов человека, а также целый ряд ссылок на исследования физиологических реакций психически здоровых людей, находящихся в стрессовом состоянии. В этих исследованиях обнаружены изменения содержания адреналина и норадреналина, усиление гликогенолиза, гипергликемия, увеличение содержания в крови липопротеидов низкой плотности, изменения уровня сахара в крови, потоотделения, насыщенности крови кислородом, температуры тела, кожных реакций и т. д. Такие эмпирические наблюдения и данные экспериментальных исследований имеют под собой материальную патогенетическую основу.

Л. Е. Панин [12] указывает, что реакция поджелудочной железы на стресс столь же необходима, как и реакция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. В зависимости от фазы стресса по Г. Селье складываются различные взаимоотношения между катехоламинами, глюкокортикоидами и инсулином в крови. Так, установлено, что в период реакции тревоги может происходить увеличение содержания инсулина в крови. После этого в условиях длительного стресса уровень инсулина в крови снижается и развивается диабет напряжения транзиторного характера. Изменение уровня инсулина обнаружено и в фазе резистентности. В фазе истощения, когда происходит срыв регуляторных механизмов, может резко возрастать продукция инсулина. В условиях истощения углеводных резервов развивается резкая гипогликемия, приводящая к гибели организма. Предполагается, что в основе общности изменений в организме в фазу тревоги и истощения лежит одновременное повышение в крови содержания катехоламинов, глюкокортикоидов и инсулина, во многих отношениях действующих как контргормоны. В фазу тревоги они создают одновременно предпосылки для мобилизации и утилизации углеводных резервов. В фазу же истощения один из компонентов этой системной реакции мобилизации отсутствует в связи с истощением углеводных резервов.

По Л. Е. Панину в фазу резистентности происходит сокращение количества катехоламинов и глюкокортикоидов в крови при одновременном более выраженном снижении инсулина, что расширяет границы адаптационных возможностей организма. В условиях хронического напряжения при действии дополнительного раздражителя на организм последний отвечает увеличением активности симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем с повышением в крови соответствующих гормонов, как любое острое стрессовое расстройство.

Исследование биохимических механизмов стресса позволило группе авторов описать новый феномен, получивший название **синдрома психоэмоционального напряжения** [11, 12]. Этот синдром включает пять групп признаков:

1. Клинические — личностная и реактивная тревожность, снижение эмоциональной стабильности.
2. Психологические — снижение степени самооценки, уровня социальной адаптированности и фрустрационной толерантности.
3. Физиологические — преобладание тонуса симпатической нервной системы над парасимпатической, изменение гемодинамики.
4. Эндокринные — повышение активности симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.
5. Метаболические — повышение в крови содержания транспортных форм жира, сдвиг липопротеидного спектра в сторону атерогенных фракций: липопротеидов низкой и очень низкой плотности.

Л. Е. Панин рассматривает психоэмоциональное напряжение как наиболее адекватную для человека форму стресса, занимающую место на грани нормы и патологии. Ключевым признаком и показателем эмоционального напряжения является тревожность. А понятие синдрома психоэмоционального напряжения сближается с первой фазой «общего адаптационного синдрома» по Г. Селье.

Известны и другие исследования, свидетельствующие о том, что при стрессе активация симпатической нервной системы ведёт к повышению уровня моноаминов и гиперфункции гипофизарно-адреналовой системы, как составной части эндокринного механизма обратной связи [24, 25]. В этих условиях при продолжительном действии сильный дополнительный раздражитель приближает организм к пределу адаптационных возможностей. Если его действие не очень выражено, формируется состояние хронического напряжения, приводящее к развитию функционального диабета. При длительном воздействии на организм стрессовых факторов тревожность расценивается как донозологический синдром, приводящий к развитию психической или психосоматической патологии: неврозов, язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии [11].

Интересно, что же происходит, если дополнительный раздражитель очень сильный? Л. Е. Панин указывает, что если дополнительный раздражитель сильный и действие его продолжительно, то организм приближается к пределу своих адаптационных (компенсаторных) возможностей. По нашему мнению, можно предполагать, что перспектива разрушения адаптационных ресурсов заставляет организм нейтрализовать раздражитель с помощью эволюционно сложившихся адаптивно-защитных реакций нервной системы. Это обстоятельство мы рассматривали ранее, анализируя природу физиологического аффекта [13]. В. Г. Колпаков [4] приводит данные А. В. Войно-Ясенецкого и Л. В. Крушинского. При исследовании на животных установлено, что при действии экзогенных вредностей «распад» функций высшей нервной деятельности может идти по двум путям — судорожному и гипнотическому. К адаптивно-защитным реакциям нервной системы относятся так называемые унитарные реакции, включающие реакции бегства и борьбы. Их безусловнорефлекторным компонентом является двигательное возбуждение, главным образом непроизвольное. Л. Е. Панин [12] объясняет природу указанных реакций следующим образом. В ситуации стресса эмоциональная окраска доминирующей мотивации зависит от обстановочной афферентации и того, какие структуры лимбической системы мозга одновременно включались в ответ (гиппокамп, амигдала и т. д.). Отсюда различия в характере эмоций (тревожность, страх, гнев, радость

и т. д.) и вегетосоматических реакциях организма. Соматический компонент включает бегство, нападение, защиту и более сложные поведенческие акты у человека. А вегетативный компонент — активацию симпатико-адреналовой, гипофизарно-надпочечниковой, сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной и других систем.

Если экстраполировать эти данные на человека, то естественно возникает вопрос о том, что, собственно, в это время происходит с сознанием. Продуктивные расстройства сознания на животных достоверно смоделировать невозможно. Поэтому у естествоиспытателей этих данных нет. Нет их и у специалистов, изучающих патологию человека на уровне сомы и глубже.

Основной массой таких случаев расстроенного сознания занимаются психиатры. А исключительные состояния, длящиеся от десятков минут до часов, как правило, сопровождающиеся общественно опасными деяниями, видят только свидетели и потерпевшие, если остаются живы. Эти случаи анализируют только судебные психиатры-эксперты.

Можно предположить, что ключом к пониманию процессов, происходящих в это время в психике и сознании, может быть выявление ведущего адаптогенного фактора. Л. Е. Панин [12] полагает, что таким фактором является **дизрегуляция энергетического обмена**. Указывая, что все адаптивные гормоны являются важнейшими факторами физиологической регуляции энергетического обмена, он полагает, что гормональная перестройка организма в условиях стресса направлена, в первую очередь, на активацию энергетического обмена. Энергетические аспекты стрессового воздействия достаточно хорошо изучены, освещены в литературе и берут своё начало от первооткрывателя стресса. Процитируем принадлежащие Г. Селье [18] слова: *«Действительно, биологический стресс тесно связан, хотя и не полностью идентичен, с потреблением энергии. Этим объясняется очевидная парадоксальность того, что общий эффект неотделим от специфического эффекта, вызываемого действием любого агента, требующего адаптации. Любое требование, предъявляемое организму, направлено на определённую специфическую активность и одновременно не отделимо от неспецифических явлений (а именно: потребления энергии),* — и далее следует очевидная в своей простоте аналогия — *так же как в неодушевлённом мире специфические требования, предъявляемые машинам для повышения или снижения температуры помещения, создания звука или света, ускорения или замедления движения, неизменно связаны с потреблением энергии».* Эту цитату в качестве ключевой мысли приводит Л. Е. Панин [12], подробно рассмотревший энергетические аспекты резистентности во второй главе своей монографии. Приведём из неё, сохраняя ход мысли автора, лишь те данные, которые необходимы для развития нашей темы.

Действие чрезвычайного раздражителя на организм всегда сопряжено с увеличением энергетических затрат. Поддержание энергетического постоянства биосистемы необходимо для обеспечения адаптивного поведения организма в виде реакции бегства или нападения, усиления поисковой активности при недостатке пищи. Энергообеспечение организма осуществляется за счёт окисления углеводов (50%) и жиров (50%). Однако мозг окисляет преимущественно углеводы и по потреблению глюкозы стоит на первом месте среди всех прочих органов.

В условиях хронического стресса в фазу тревоги в крови повышается концентрация катехоламинов, глюкокортикоидов и инсулина, активируется углеводный обмен за счёт усиления гликогенолиза. Происходит возрастание концентрации глюкозы в крови, которая под влиянием инсулина направляется преимущественно в мышцы. Таким

образом, формирование резистентности, в энергетическом смысле, в фазу тревоги происходит за счёт углеводов. Далее, в фазу резистентности, происходит переключение энергетического обмена с углеводного типа на липидный. Ограниченные углеводные ресурсы в этот период используются практически полностью, перераспределяясь в углеводзависимые ткани — нервную ткань, кровь и, по-видимому, сердце. Содержание сахара в крови снижается. В фазу истощения дефицит углеводов начинает сказываться. Как и в фазу тревоги, активизируется симпатико-адреналовая система. В кровь выбрасывается инсулин, хотя углеводные резервы полностью исчерпаны. Развивается более глубокая, чем в фазу резистентности, гипогликемия и наступает смерть.

Что представляется интересным? По данным Л. Е. Панина, в Антарктиде у отдельных индивидов в фазу резистентности содержание сахара в крови не превышало 2,2–2,7 ммоль, без признаков гипогликемии и нарушения функций мозговой деятельности. К сожалению, неизвестно, что было с остальными. Из этого факта автор делает вывод о том, что при стрессе чувствительность нервной ткани к дефициту углеводов ослабевает и в энергетике возрастает роль кетоновых тел, но в определённых пределах. Учитывая многофакторность «антарктического» стресса, включая такие глобальные факторы, как атмосферное давление и температура окружающей среды, вряд ли эти данные можно экстраполировать на все виды стресса.

Таким образом, имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о том, что гипогликемия, независимо от механизма происхождения, приводит организм, и в первую очередь головной мозг, к энергетическому дефициту. Следствием этого является, помимо биохимических, соматических, неврологических сдвигов широкий спектр нарушений психики и сознания непродуктивного и продуктивного характера, а именно — различные формы помрачения сознания. Филогенетический смысл этих нарушений, очевидно, защитный, направленный на восстановление нарушенного равновесия чрезвычайным способом. Известны и достаточно хорошо описаны в литературе три их варианта: нападение, бегство и застывание (обездвиживание). Это мы попытались показать в статье, посвящённой клинике исключительных состояний.

Рассматривая влияние стресса на расстройства сознания, следует учитывать и ещё один важный компонент. Его роль тщательно анализирует А. М. Коровин [7]. Речь идёт о гипервентиляции, которая может быть произвольной или рефлекторной. В данном случае нас интересует рефлекторная гипервентиляция, возникающая в состояниях эмоционального напряжения, страха, беспокойства, волнения, при психических травмах и физических нагрузках. По данным литературы, которые приводит А. М. Коровин, даже лёгкая гипервентиляция вызывает уменьшение церебрального кровотока на 35%. Количество крови, протекающей через мозг, может при этом уменьшаться почти вдвое. Гипокапния смещает влево кривую диссоциации оксигемоглобина. Из-за повышенного сродства гемоглобина к кислороду затрудняется переход кислорода в ткани, что уменьшает оксигенацию мозга. Гипокапния влияет также на тонус сосудистой стенки. Полагают, что совокупность этих факторов приводит к развитию гипоксии мозга. Предполагается, что вследствие этого гипервентиляция должна оказывать патологическое влияние на лиц с вазомоторной неустойчивостью. Психиатрии известно, что такой неустойчивостью характеризуются лица с органическим поражением головного мозга, например, травматического генеза. В отдалённый период черепно-мозговой травмы у них могут возникать сумеречные расстройства сознания с психомоторным возбуждением и автоматизмами.

Т. Н. Гордова [5] в обзоре литературы на эту тему обращает внимание на 16 наблюдений, где в сумеречном расстройстве сознания совершение общественно опасных деяний

происходило по типу привычных, иногда профессиональных действий с последующей полной амнезией.

Н. Е. Бачериков и соавторы [1] указывают на характерные черты клинической картины при экзогенных психических заболеваниях. Это астенический фон всего заболевания и нарушения сознания в виде оглушённости, сопора и комы, а так же продуктивные нарушения в виде делириозного, онирического, аментивного, сумеречного синдромов с последующими нарушениями психоорганического типа.

Известно, что моделью изменённого сосудистого фактора может служить и церебральный атеросклероз. Назовём лишь психические нарушения, которые встречаются при этой патологии, в описании Н. Е. Бачерикова и соавторов [1]: острые параноидные психозы с острым началом, нередко спровоцированным психогенными или физиогенными факторами. В клинике отмечаются страх, тревога, острый нестойкий чувственный бред, слуховые галлюцинации, нарушение сознания в начале или на высоте психотического состояния в виде сомноленции или оглушённости вплоть до аментивных состояний, иногда с частичной амнезией. Бредовые идеи фрагментарны, не развёрнуты. При псевдотуморозном синдроме, который более характерен для гипертонической болезни, но встречается и при церебральном атеросклерозе, могут наблюдаться нарушения сознания от оглушённости до комы. Отмечаются делириозные состояния, которые легко переходят в аментивное или сумеречное состояние сознания и обратно. Реже встречаются онейроидные состояния, а на более поздних стадиях — эпилептиформный синдром и атеросклеротическое слабоумие.

Клинические примеры можно было бы продолжать, но вернёмся к гипервентиляции. Обследуя группу больных, склонных к постуральным обморокам, А. М. Коровин [7] обнаружил у них тенденцию к гипогликемии (сахар крови 70–80 мг %). Дальнейшее наблюдение показало, что после еды, когда данный показатель высок, нарушения сознания наступают редко. Гипервентиляция может проявляться лишь дрожанием, онемением конечностей, иногда лёгкими признаками тетании. При уровне сахара ниже нормальных цифр симптомы гипервентиляции более выражены: головокружение, затуманивание зрения, нарушения сознания в форме обморочных состояний.

О чём свидетельствуют эти данные? Прежде всего о том, что лица с низким уровнем сахара (нижняя граница нормы) оказываются достаточно уязвимы в отношении определённых внешних воздействий, которые, опять же, при определённых условиях приводят к гипогликемии. Нам не удалось найти данных о характере распределения в популяции лиц с различным уровнем сахара крови в норме. Но если даже предположить, что это кривая нормального распределения, то такая группа риска должна быть значительна. Различного генеза вазомоторная неустойчивость у этих лиц, бесспорно, может облегчать наступление гипогликемии. Вместе с тем, приведённые выше данные показывают, что гипогликемия в «чистом виде» маловероятна. Видимо, значительно чаще она сочетается с фактором гипоксии мозга и нарушениями мозгового кровотока вследствие сосудистой реакции.

По данным И. Т. Демченко [6], со ссылкой на ряд классических работ установлено, что возникновение потенциала действия нейрона сопровождается выходом K^+ из клетки в межклеточное пространство. Соответственно, во время активации той или иной структуры его концентрация во внеклеточной среде возрастает. От концентрации K^+ зависит направленность реакций гладкой мускулатуры мозговых сосудов. Расслабление сосуда имеет место только при концентрации от 3 до 10 ммоль/л. Более низкие и более высокие концентрации K^+ вызывают сокращение гладкомышечных клеток и сужение сосудов.

Наконец, методами световой, электронной и флуоресцентной гистохимической микроскопии достоверно установлено наличие адренергической симпатической иннервации мозговых сосудов. И в этом смысле сосудистая недостаточность является, безусловно, предиспонирующим фактором.

В последнее время выдвинута «оригинальная», по мнению её авторов [9], концепция о развитии невроза из-за дефицита кислорода в мозге, вследствие нарушения мозгового кровотока. По их данным, при неврозе развивается циркулярная церебральная гипоксия, приводящая к ряду структурных и функциональных нарушений в мозге, при экспериментальном неврозе — в виде:

- микроструктурных нарушений мозга гипоксической природы;
- сосудистых нарушений в различных отделах мозга по типу концентрации или дилятации;
- снижения скорости локального мозгового кровотока преимущественно в структурах лимбического круга, что проявлялось вегетативными нарушениями;
- развития процессов перекисного окисления липидов.

Очевидно, что эта концепция повторяет данные, полученные экспериментальным путём 20 лет назад, но от этого она не становится хуже, а лишь подтверждает существование данного факта. Однако посмотрим, какое значение для понимания нашей темы имеют факторы гипоксии и нарушения мозгового кровотока.

По данным Ф. Плама и Дж. Познера [15], острая диффузная гипоксия возникает при воздействиях, быстро уменьшающих содержание кислорода в крови или вызывающих внезапное снижение общего мозгового кровотока. Одной из причин может быть вазодепрессорный обморок. Имеются сообщения о лёгких гипоксических эпизодах, при которых наступает лишь **сумеречное состояние**, а не полная потеря сознания. Далее сознание восстанавливается и сохраняется ясным от 2 до 10 дней. Затем внезапно появляется раздражительность, апатия и спутанность сознания. У некоторых возникает возбуждение или развивается маниакальное состояние. Исходы — кома, летальный исход либо полное выздоровление. В части случаев первоначальное поражение мозга было обусловлено гипогликемией.

Общую картину взаимосвязи рассмотренных выше факторов дополняют исследования кровоснабжения бодрствующего мозга. И. Т. Демченко [6], анализируя обширную литературу и собственные экспериментальные данные, показал, что энергетическое обеспечение электрогенеза в мозговой ткани происходит за счёт окисления *глюкозы кислородом.* В результате вырабатывается АТФ, обеспечивающая энергозатраты нервной клетки.

Усиление электрогенеза, имеющее место при активации коры мозга, сопровождается повышением потребления энергетического материала. Увеличение уровня потребления кислорода выявлялось при максимальной активации мозга (судорожных припадках) или при глубоких его депрессивных состояниях. При генерализованных судорогах, вызванных как введением различных веществ, так и прямым электрическим раздражением, общее потребление глюкозы возрастало в 5–10 раз, кислорода — в 0,5–4 раза. При различных цереброваскулярных расстройствах, сопровождающихся медленными волнами на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), обнаруживалось снижение потребления кислорода мозгом. Показана взаимосвязь между кровотоком в мозге и уровнем потребления кислорода и глюкозы, между кровотоком, функциональным состоянием

соответствующего участка мозга и психическими проявлениями. Так, определение кровоснабжения коры мозга кошек при разных уровнях бодрствования показало, что:

50% кровоток коррелирует с потерей сознания, каталепсией, комой;
100% — с состоянием покоя, сном;
150% — с настораживанием;
200% — с возбуждением;
250% — с яростью, тревогой;
300% — с потерей сознания, судорожным синдромом.

Можно полагать, что в данном случае речь идёт не просто об увеличении кровотока, а об определённом изменении уровня потребления кислорода и глюкозы при этих состояниях. По данным И. Т. Демченко [6], показатели электрогенеза нейроглиального комплекса при многих состояниях центральной нервной системы (ЦНС) коррелируют с потреблением кислорода мозгом. По его мнению, потребление кислорода и глюкозы связано с расходом энергетического материала, который может восполняться только за счёт доставки кровотоком, поскольку нервная ткань не располагает его запасами. Именно поэтому и следует полагать, что кровоток в мозге должен быть связан с уровнем потребления кислорода и глюкозы. Как указывает И. Т. Демченко, в клинике накоплен обширный материал о связи между медленными волнами ЭЭГ и снижением кровотока. По данным многих авторов, при хронических деструктивных поражениях ствола мозга, при апатическом синдроме наблюдалось снижение кровотока в коре и потребления кислорода. При выраженных функциональных заболеваниях мозга медленная ЭЭГ хорошо коррелировала с кровотоком.

Приведём ниже некоторые данные, иллюстрирующие значение адекватного кровоснабжения мозга для его нормального функционирования [2]. Так, известно, что количество крови, протекающей через мозг, пропорционально кровяному давлению и цереброваскулярному сопротивлению, которое зависит от внутричерепного давления, тонуса мозговых сосудов и вязкости крови. Изменение количества крови, распределяющейся по различным отделам мозга, зависит от изменения тонуса и просвета внемозговых артерий. Клинические симптомы поражения ЦНС наступают при уменьшении количества крови, протекающей через мозг, более, чем на 40%. Запас кислорода в коре головного мозга позволяет сохранять деятельность без его пополнения только в течение 10 секунд. При этом следует учитывать, что мозг человека, масса которого составляет около 2% от массы тела, поглощает до 18% кислорода, потребляемого всем телом, а серое его вещество потребляет в 5 раз больше кислорода, чем белое. С возрастом кровоснабжение мозга меняется. После 36 лет происходит уменьшение скорости кровотока и увеличение цереброваскулярного сопротивления. После 55 лет понижается потребление мозгом кислорода.

По мнению Ф. Плама и Дж. Познера [15], удовлетворение потребности головного мозга в энергии полностью зависит от процессов гликолиза и тканевого дыхания. В этом смысле тканевое дыхание в 18 раз эффективнее гликолиза. Оба процесса требуют кислорода, который доставляется кровотоком. Мозг почти не обладает резервами необходимых для него питательных веществ, и поэтому весьма уязвим. Даже кратковременное прекращение кровотока и снабжения кислородам создаёт угрозу жизнеспособности мозговой ткани. В сером веществе в норме общий кровоток в 3–4 раза выше, чем в белом. Он хорошо приспособлен для удовлетворения метаболических потребностей соответственно локальным физиологическим изменениям в головном мозге. Например, возрастает в активных областях мозга при движении рук, речи, при процессе стереоперцепции. Даже

мысленное представление о движении руки вызывает очаговое усиление кровотока в лобной доле.

Логическое осмысление представленных данных позволяет связать в триединую систему сосудистый фактор, обмен глюкозы в организме и функцию кислорода. От состояния и взаимодействия элементов этой системы зависит обеспечение энергетических потребностей мозга, а значит, и функции ЦНС.

Ф. Плам и Дж. Познер [15], опираясь на исключительно богатый экспериментальный материал, по этому поводу прямо пишут: *«Кислород, глюкоза и мозговой кровоток действуют взаимозависимо для обеспечения головного мозга субстратом и кофакторами, необходимыми для осуществления химических реакций, которые вырабатывают нужную мозгу энергию и синтезируют его структурные компоненты»* (с. 287). По их мнению, глюкоза является основным субстратом метаболизма из всех веществ, поступающих с кровью в мозг. Это обусловлено её способностью проникать через гематоэнцефалический барьер. Во время голодания выработка глюкозы печенью может уменьшиться ниже уровня, необходимого для удовлетворения потребностей мозга в субстрате. За счёт утилизации кетонов может компенсироваться до 30% энергетической потребности, но полагают, что кетоны участвуют в токсическом воздействии на нервную систему диабетического кетоацидоза. На энергетический баланс головного мозга влияет поступление источников энергии и использование этой энергии (работа органа). По нашему мнению, к этому утверждению следует добавить: *извлечение энергии из вещества, обеспечиваемое с помощью кислорода*.

Приведём ещё одну цитату из Ф. Плама и Дж. Познера [15]: *«Гипогликемия нарушает мозговой кровоток, потребление глюкозы и кислорода различными путями… Во время гипогликемии головной мозг использует для окислительного метаболизма, кроме глюкозы, и другие субстраты, предположительно эндогенный гликоген и даже компоненты структуры. При этом, несмотря на нормальное потребление кислорода, количественные изменения субстрата приводят к развитию глубоких функциональных изменений в структурах нервной системы, в нормальных условиях обеспечивающих процессы сознания»* (с. 293). Гипогликемия вызывает острую метаболическую энцефалопатию, проявляющуюся *«делирием с преимущественно психическими расстройствами в виде спокойной и сноподобной спутанности или манией буйного поведения»* (с. 325). По данным этих авторов, известны и иные проявления: кома, инсультоподобное заболевание с очаговыми неврологическими симптомами, эпилептический припадок с одиночными или множественными генерализованными судорогами и послесудорожной комой. Причём судороги при снижении сахара в крови возникают у многих больных, а у некоторых являются единственным проявлением гипогликемии.

Подведём некоторые итоги. Анализируя данные литературы, можно прийти к заключению, что одним из ключевых элементов патогенеза, находящимся в прямой причинно-следственной связи с психическими нарушениями, относящимися к исключительным состояниям, является нарушение энергообеспечения мозга. Поскольку основным источником энергии для мозга является глюкоза, то эта первая составляющая патогенеза наиболее понятна. Снижение уровня глюкозы ниже критического, при нормальной сосудистой составляющей и сохранной оксигенации мозга, вызывает симптомы гипогликемии. Происходящие при этом изменения сосудистой системы, кровотока, дыхания и пр. могут рассматриваться как попытка организма компенсировать недостаток энергоносителя.

Однако описанные в литературе случаи клинических проявлений гипогликемии при фактическом избытке сахара в крови свидетельствуют о возможности и иного механизма возникновения энергетического дефицита. Недостаток кислорода в мозгу препятствует утилизации глюкозы, она накапливается в организме (крови), вызывая функциональный диабет, а в мозге — недостаток энергии и возникающие в силу этого нарушения функционирования. Таким образом, оксигенация мозга — вторая составляющая патогенеза.

Третья составляющая — несостоятельность сосудистой системы, теряющей способность обеспечивать кровоснабжение мозга в объёме, необходимом для его нормального функционирования. Уменьшение кровоснабжения неизбежно ведёт к уменьшению поступления в мозг и сахара и кислорода, что в конечном итоге влечёт всё тот же дефицит энергии.

При этом все факторы, тем или иным образом имеющие отношение к указанным трём составляющим патогенеза, оказывают предиспонирующее влияние на возникновение помрачения сознания. Эти факторы хорошо изучены и описаны в литературе: голодание, физическое утомление, последствия органического поражения мозга либо текущий органический процесс, алкоголизация, психическая травма, целый ряд соматических заболеваний, непосредственно влияющих на метаболизм глюкозы, низкий уровень сахара в крови, интоксикация веществами, блокирующими перенос кислорода кровью, нарушающими тканевое дыхание, радиоактивное облучение и т. д.

Разумеется, принимая гипотезу энергетического дефицита, необходимо отдавать себе отчёт в том, что каждая из перечисленных составляющих имеет количественные характеристики, отражающие динамику и объём соответствующих изменений. Мы старались показать это в предыдущей статье на примере собственно гипогликемии. Отсюда следует, что вероятность возникновения исключительного состояния определяется индивидуальной констелляцией очень большого количества факторов. Вполне возможно, что именно это обстоятельство и делает практически невозможным повторение тех форм исключительных состояний, в возникновении которых органический фактор принимает минимальное участие. Так же как практически невозможна или исчезающе мала вероятность повторения точно такого же сочетания детерминирующих факторов за период жизни человека.

Теперь самое время обратиться к К. Бонгёфферу [22]. Исследуя экзогенные психические расстройства, К. Бонгёффер пришёл к выводу, что разнообразию основных заболеваний, вслед за которыми возникают психические расстройства, противостоит большая однородность клинических картин. То есть речь идёт о типовых психических формах реакции, сравнительно независимых от специальной формы вредоносного фактора. Автор обозначил 5 типов экзогенных реакций: делирий, сумеречное помрачение сознания (или эпилептиформный тип), острый галлюциноз, аменция, оглушение. Помрачению сознания предшествует период эмоционально-гиперэстезической слабости. К. Бонгёффер включал сюда головные боли, раздражительность, беспокойные сновидения, повышенную речевую и двигательную активность, эйфорию, затруднённость мышления, неустойчивость внимания и др. Мы пытались показать, что эти же симптомы можно найти в начальной стадии гипогликемии, гипоксии мозга, сосудистых расстройствах.

В. С. Битенский и соавторы [3] убедительно провели параллели между концепцией К. Бонгёффера об экзогенном типе реакций и учением Г. Селье о стрессе. Они показали, что в обеих схемах, и К. Бонгёффера и Г. Селье, ключевая мысль состоит в том, что многочисленность и многообразие патогенных факторов опосредуется ограниченным

числом способов реагирования организма на них. В обеих схемах между внешним этиологическим фактором и вызываемой им реакцией стоит промежуточный фактор — межуточное звено по К. Бонгёфферу, первый медиатор по Г. Селье. Бонгёфферовские реакции с помрачением сознания соответствуют адаптационному синдрому по Г. Селье. Варианты развития процесса, начавшегося с помрачения сознания, могут трансформироваться в переходные синдромы или протрагированные психозы с дальнейшим исходом в психоорганический синдром, который на любом этапе может завершиться либо выздоровлением, либо смертью.

Идея Бонгёффера была подхвачена Э. Крепелином, предложившим концепцию регистров психических заболеваний. Анализируя понятие регистров в психиатрии, Ю. Л. Нуллер [10] выделяет комплекс реакций, которые обозначает как состояние «неспецифического аффективного возбуждения» и считает их проявлением реакции стресса. К ним относятся такие проявления психозов, как возбуждение, тревога, спутанность, дезориентировка и некоторые формы нарушенного сознания, нейровегетативные расстройства, преимущественно симпатотонические. Таким образом, идея экзогенно обусловленных неспецифических реакций продолжает сохранять свою актуальность.

Нам представляется, что гипотеза энергетического дефицита, как основного неспецифического патогенетического фактора исключительных состояний, заполняет место межуточного звена между Noxae и этой формой психического расстройства. Однако сколь бы ни была эта гипотеза вероятна, применительно к нашей теме она есть результат осмысления и сопоставления в большинстве своём косвенных данных. Прямые её доказательства могут быть получены только при непосредственном исследовании по специально разработанной программе больных в момент пребывания их в исключительном состоянии и в ближайший к нему период.

Выводы

Думается, что изложенного материала достаточно для того, чтобы попытаться обобщить его в пределах поставленной задачи. Решив проверить гипотезу о патогенетической роли гипогликемии в генезе исключительных состояний, мы вторглись в огромный пласт нейробиохимических процессов, о которых психиатрия знает весьма недостаточно. И в этом контексте прав E. R. Kandel [23], который полагает, что новая концептуальная база психиатрии берёт начало из современных биологических представлений об отношениях психической деятельности и головного мозга. Отсюда необходимость и всё большее значение приобретает анализ взаимодействия между социальными и биологическими детерминантами поведения. Поэтому психиатрии нужен значительно больший объём знаний о структуре и деятельности головного мозга.

Сегодня очевидно, что, оставаясь в пределах самое себя, психиатрия никогда не сможет приблизиться к пониманию процессов патогенеза психических расстройств, а значит, и к созданию естественной, научно обоснованной классификации, отвечающей всем требованиям логики. Чтобы попытаться осмыслить (для начала) эти проблемы, нужно, руководствуясь системным методом, выйти за пределы психиатрии и отследить всю причинно-следственную цепочку в сверхсложной биосоциальной системе, какой является человек в естественной среде обитания. Это, в свою очередь, требует переосмысления проблемы детерминизма в психиатрии в методологическом плане. Даже приведённые выше данные показывают условность и известную упрощённость нозологической концепции в психиатрии.

Практически все представленные в предыдущей и настоящей статье данные получены не психиатрами. В действительности их накоплено значительно больше. Однако мы ограничились лишь теми, которые, будучи выстроены в определённую систему, в сопоставлении с данными судебно-психиатрической экспертизы позволяют составить представление об объёме и содержании понятия «исключительные состояния» и их наиболее вероятном патогенезе. Вероятнее всего, возникновение исключительных состояний имеет чисто энергетическую природу. Об этом свидетельствует внезапность их возникновения, быстротечность, быстрый выход, отсутствие последствий. Клинические проявления энергетического дефицита в мозговых клетках включают в себя широкий спектр психических расстройств — от обморока через продуктивную стадию — различные формы помрачения сознания (как защитная реакция, направленная на устранение фактора, вызвавшего энергетический дефицит) — до сопора, комы и смерти. Энергетическая концепция патогенеза исключительных состояний объясняет целый ряд установленных фактов и позволяет сформулировать ряд концептуальных положений.

1. Любые факторы окружающей среды могут стать стрессовым в зависимости от их количества, сочетания, степени выраженности, времени воздействия и состояния воспринимающего субстрата.
2. Точно так же, как любая рецепция в конечном итоге заканчивается в мозге, все виды воздействий в конечном итоге превращаются в энергию — универсального посредника между средой и организмом.
3. Действие стрессового фактора на организм имеет двойственный характер. Реакция мозга на него сопровождается усилением кровотока и, следовательно, повышением потребления энергии. Одновременно включается механизм неспецифической адаптивной реакции, который влечёт за собой изменение метаболизма глюкозы и все сопутствующие процессы, приводящие в конечном итоге к снижению обеспечения мозга энергией. Возможно, что пересечение этих двух процессов и есть критическая точка, за которой следуют психические нарушения.
4. Помрачение сознания есть общая неспецифическая реакция на действие различных стрессовых факторов, имеющих в патогенетической цепочке элементы, прямо или косвенно влияющие на деятельность центральной нервной системы.
5. Клинические варианты помрачения сознания определяются групповой принадлежностью стрессового фактора, содержанием сознания на момент возникновения его расстройства, конкретными условиями, ведущим патогенетическим звеном, скоростью его изменения.

Литература

1. *Бачериков Н. Е., Линский В. П., Самардакова Г. А.* Психопатология и терапия раннего церебрального атеросклероза. — Киев: Здоров’я, 1984. — 136 с.
2. *Блинков С. М., Глезер И. И.* Мозг человека в цифрах и таблицах. — Л.: Медицина, 1964. — 472 с.
3. Вопрос о неспецифических реакциях в работах К. Бонгёффера, Э. Крепелина и Г. Селье / В. С. Битенский, Л. Н. Аряев, Э. В. Мельник, В. А. Пахмурный // Вісник психічного здоров’я. — 2001. — № 1–2. — С. 14–23.
4. Генетические и эволюционные проблемы психиатрии / В. Г. Колпаков, М. С. Рицнер, Н. А. Корнетов и др. — Новосибирск: Наука, 1985. — 256 с.
5. *Гордова Т. Н.* Отдалённый период черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте. — М.: Медицина, 1973. — 176 с.
6. *Демченко И. Т.* Кровоснабжение бодрствующего мозга. — Л.: Наука, 1983. — 173 с.
7. *Коровин А. М.* Пароксизмальные расстройства сознания. — Л.: Медицина, 1973. — 176 с.

8. Материалистическая диалектика как общая теория развития. Диалектика развития научного знания / Под. ред. Л. Ф. Ильичёва. — М.: Наука, 1982. — С. 443.
9. Механизмы патогенеза неврозов, их патогенетическая профилактика и терапия / М. Г. Айрапетянц, Н. В. Гуляева, Л. М. Ливанова, Н. Б. Хаспекова // Стресс и экстремальные состояния: Материалы 1-го Международного симпозиума (Кара-Даг. Феодосия (Крым), Украина, 5–14 июня 2002 г.). — Феодосия, 2002. — С. 19–20.
10. *Нуллер Ю. Л.* Парадигмы в психиатрии. — Киев: АПУ, 1993. — 32 с.
11. *Панин Л. Е., Соколов В. П.* Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. — Новосибирск: Наука, 1981. — 177 с.
12. *Панин Л. Е.* Биохимические механизмы стресса. — Новосибирск: Наука, 1983. — 232 с.
13. *Первомайский В. Б.* Судебно-психиатрическая экспертиза: статьи (1989–1999). — Киев: Сфера, 2001. — С. 118–125.
14. *Первомайский В. Б.* К теории судебной психономики // Архів психіатрії. — 2002. — № 4. — С. 44–50.
15. *Плам Ф., Позер Дж. Б.* Диагностика ступора и комы. — М.: Медицина, 1986. — 544 с.
16. *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. — М.: Медгиз, 1960. — 254 с.
17. *Селье Г.* На уровне целого организма. — М.: Наука, 1972. — 122 с.
18. *Селье Г.* Концепция стресса как мы её представляем в 1976 г. // Новое о гормонах и механизме их действия. — Киев: Наукова думка, 1977. — С. 27–51.
19. *Тарасов К. Е., Черненко Е. К.* Социальная детерминированность биологии человека. — М.: Мысль, 1979. — С. 212–242.
20. *Шевалёв Е. А.* О психогениях // Вісник психічного здоров'я. — 2002. — № 1–2. — С. 88–99.
21. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний / Н. Е. Бачериков, М. П. Воронцов, П. Т. Петрюк, А. Я. Цыганенко. — Харьков: Основа, 1995. — 276 с.
22. *Conrad K.* Симптоматические психозы // Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. — М.: Медицина, 1967. — С. 256.
23. *Kandel E. R.* Новая концептуальная база для психиатрии // Обзор современной психиатрии. — 1999. — Вып. 3. — С. 15–27.
24. Sustained urinary norepinephrine and epinephrine levels in posttraumatic stress disorder / T. R. Kosten, J. W. Mason, E. L. Giller et al. // Psychoneuroendocrinology. — 1987. — Vol. 12. — P. 13–20.
25. Urinary catecholamine excretion and severity of symptoms in PTSD / R. Yehuda, S. M. Southwick, X. Ma et al. // Journal of Nervous and Mental Diseases. — 1992. — Vol. 180. — P. 321–325.

СУБЪЕКТ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРОБЛЕМА РАСХОЖДЕНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ ВЫВОДОВ

В. Б. Первомайский

Учение о субъекте судебной экспертизы является одной из составных частей судебной экспертологии наряду с морфологическим учением о симптомах, свойствах и признаках исследуемых объектов, судебной субстанциологией (изучает структуру и состав материалов и веществ — объектов экспертизы), учениями о методах в судебной экспертизе, о логике в судебной экспертизе, о структуре связей и отношений, об экспертных задачах (алгоритмических и эвристических), об экспертной этике, об экспертной профилактике, об объектах судебных экспертиз, об организационных и правовых формах экспертной деятельности и др. [3].

Считается, что идеальный эксперт должен обладать такими качествами, как компетентность, реактивность (способность решать творческие задачи), эвристичность, интуиция, предикатность (способность предсказать будущее состояние объекта), всесторонность, объективность, автономность (неподверженность влиянию), оптимальность (по достаточным результатам), надёжность (обоснование выбора методов), знание документации, требований процессуального закона, внутреннее убеждение как субъективная основа для принятия решения [5].

Условно перечисленные качества можно разделить на три группы:

- личностные (характерологические, психологические) качества;
- уровень компетентности (знания, способность ими пользоваться и приобретённый опыт);
- способность формировать внутреннее убеждение.

Естественно, что все три группы качеств непосредственно связаны между собой, ибо носителем их является одно лицо. Судебная психиатрия не располагает научными данными по первой группе качеств судебного эксперта и законодатель не предъявляет на этот счёт никаких требований. Отбор экспертов происходит эмпирически в процессе выполнения ими своих обязанностей, хотя это не означает, что нет необходимости профессионального отбора в этой области научно-практической деятельности. Отсутствие социального заказа пока препятствует обсуждению этого вопроса.

Уровень компетентности является одной из основных предпосылок возможности получения объективного, научно обоснованного экспертного заключения. Этой характеристике эксперта уделяется основное внимание в законодательных и нормативных актах, к чему мы дальше вернёмся.

Способность формировать внутреннее убеждение является интегральным показателем, производным сочетания качеств первых двух групп. Остановимся на нём более детально. Под внутренним убеждением психиатра-эксперта понимается его категорическое мнение по определённым вопросам, которые составляют предмет судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), убеждённость в соответствии или несоответствии действительности фактических данных, добытых в процессе экспертизы.

Специфика СПЭ состоит в большинстве случаев в определении психического состояния лица ретроспективно на определённое время в прошлом. Это определяет необходимость дифференцировать внутреннее убеждение относительно судебно-психиатрического

диагноза (включающего определение медицинского и психологического критерия) и относительно психического состояния. На первый взгляд представляется, что эти понятия тождественны. На практике это не так. Непосредственно экспертом могут быть добыты факты относительно психического состояния подэкспертного только на момент проведения экспертизы. Все остальные данные о его психическом состоянии в другие отрезки времени опосредуются показаниями свидетелей, потерпевших, другими материалами дела и медицинской документацией, которые отражают субъективное восприятие обследуемого третьими лицами.

Таким образом, принцип непосредственности исследования в этом случае касается не психического состояния лица, а информации, содержащейся в письменных объектах экспертизы. Фактически эксперт оценивает содержание исследуемых источников информации на предмет его соответствия существующим в психиатрии представлениям относительно определённой психической патологии и применительно к действующим диагностическим стандартам. Именно это и составляет содержание его внутреннего убеждения, которое в значительной мере зависит от полноты и информативности исследованных материалов.

Внутреннее убеждение относительно психического состояния подэкспертного на определённое время в прошлом зависит от соответствия письменных объектов экспертизы требованиям допустимости документа как доказательства, степени соответствия их содержания истине, согласуемости данных, содержащихся в различных исследованных объектах, уровня квалификации эксперта и других составляющих, о которых речь пойдёт дальше. Однако в любом случае внутреннее убеждение эксперта должно определяться фактическими данными и не может быть следствием интуитивного озарения.

Вместе с тем, сколь бы ни было определённым внутреннее убеждение, оно не может гарантировать от экспертной ошибки. Теоретически идеальный эксперт должен принимать только правильные экспертные решения. В действительности этому препятствует в той или иной степени целый ряд обстоятельств. Поэтому понятие экспертной ошибки официально признаётся судебной экспертологией [2] и, косвенно, действующим законодательством. Так, известно, что каждый эксперт имеет право на своё особое мнение, которое он, в случае проведения комиссионной экспертизы, имеет право изложить в отдельном заключении. Тем самым закон допускает по одному случаю несколько мнений. Понятно, что все они одновременно не могут быть верными.

Р. С. Белкин [2], анализируя проблему экспертных ошибок, различает объективные и субъективные их причины. К первым он относит отсутствие разработанной экспертной методики, её несовершенство либо применение ошибочных методов, отсутствие полных данных и применение неадекватных (непригодных) приборов. Ко вторым относятся некомпетентность и профессиональные упущения эксперта, группа признаков, отражающих психологическое состояние эксперта, особенности характера, дефекты органов чувств, логические дефекты умозаключений и дефекты организации и планирования экспертного исследования. Этот перечень не охватывает всех причин экспертных ошибок и не претендует на исчерпывающую классификацию. В таком плане проблема экспертной ошибки в отечественной судебной психиатрии не анализировалась.

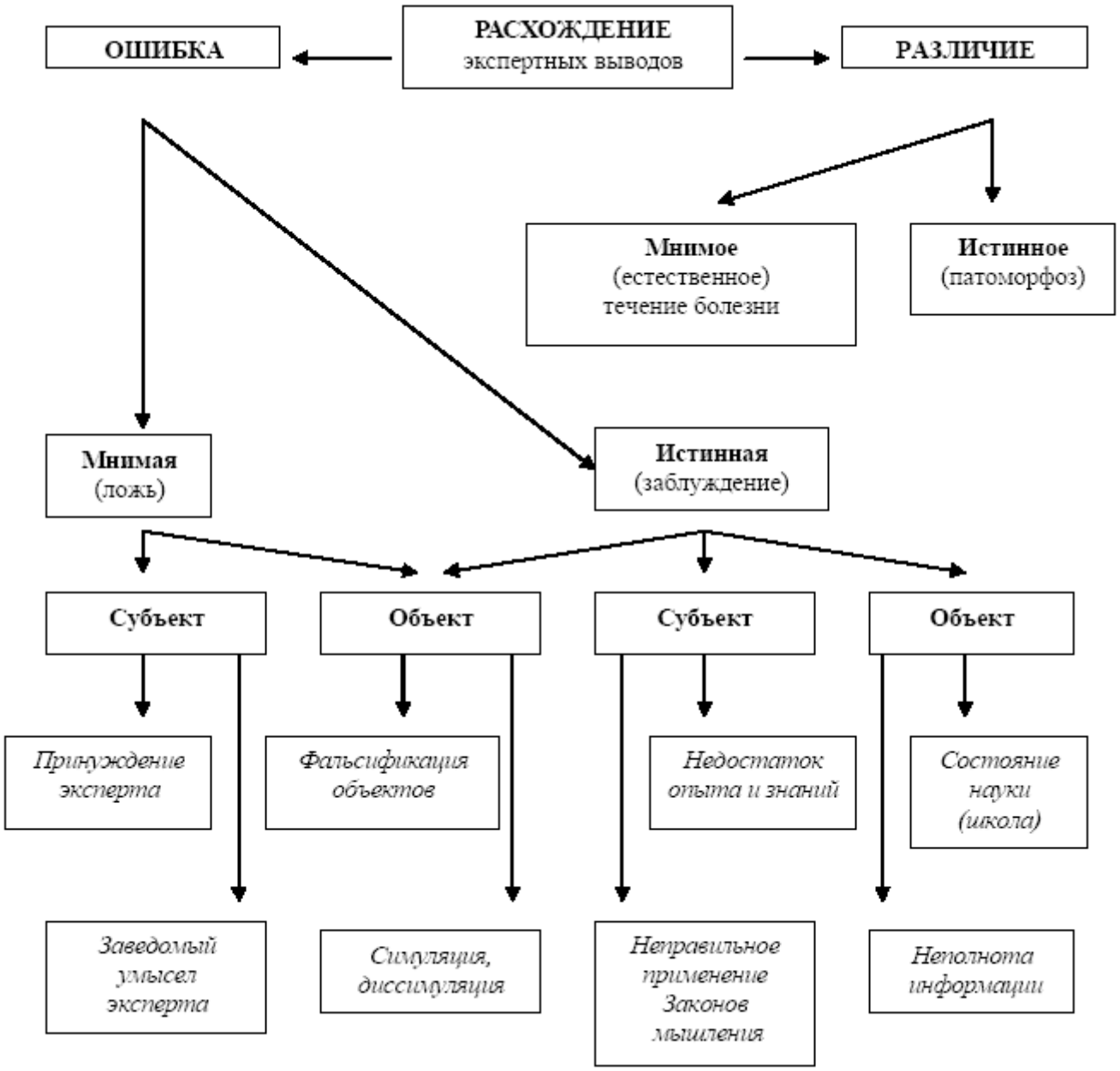
На сегодня тема психиатрического диагноза и диагностических ошибок в специальной литературе не является приоритетной и представлена единичными публикациями и в общей и в судебной психиатрии [4, 7, 10, 15, 16]. Между тем эта проблема в последние годы перестала быть узкопрофессиональной медицинской проблемой, превратившись в юридическую и даже политическую. На этом фоне как никогда остро ощущается

серьёзное отставание в системном, методологическом осмыслении и общей и судебной психиатрией всего комплекса вопросов, связанных с диагностикой, включая принятие экспертных решений.

Данные, накопленные в отделе судебно-психиатрической экспертизы Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии, позволяют говорить о следующем. В судебно-психиатрической экспертизе экспертная ошибка — это не соответствующая действительности оценка психического состояния подэкспертного и иных объектов экспертизы, которая объективно выявляется вследствие существенного расхождения между экспертными выводами двух и более экспертов [11]. Причём это расхождение не есть результат естественных изменений в объекте исследования при идентичности всех остальных условий. В судебной психиатрии за основу классификации экспертных ошибок приняты такие признаки, как объект–субъект и истинность–ложность (схема 1). В зависимости от их сочетания расхождение экспертных выводов считается или ошибкой, или различием. Истинное различие выводов обусловлено патоморфозом болезни подэкспертного, т. е. непредвиденным изменением её проявлений с течением времени. Ложное различие выводов обусловлено известным науке, естественным течением болезни. Истинная ошибка (ошибочное видение эксперта или заблуждение) может быть обусловлена как объективными, так и субъективными факторами. К первым относятся неполнота исследованной информации, состояние науки, степень разработки вопросов, имеющих экспертное значение. Ко вторым — неправильное применение экспертного метода и отдельных методик, нарушение законов мышления при обосновании выводов и др. Неистинная ошибка (ложный, неправдивый вывод) так же может быть обусловлена и объективными, и субъективными факторами. Объективными следует считать доэкспертную фальсификацию объектов исследования и симуляцию подэкспертным психического расстройства. К субъективным факторам относятся сознательное намерение эксперта или принуждение его к даче заведомо ложного заключения. Остановимся на этих понятиях более детально.

Схема 1

Соотношение факторов, определяющих расхождение экспертных выводов



Известно, что обязательным условием любого исследования является чёткое определение содержания используемых в нём базисных основополагающих понятий. Применительно к обсуждаемой теме такими понятиями являются диагноз, расхождение и ошибка. Попытку проанализировать их в своё время предприняли И. Н. Боброва и С. Н. Осколкова [4]. Однако возможности их анализа не исчерпаны ими полностью, вероятно в силу известного противоречия между объёмом исследования и ограниченными возможностями изложения результатов. Именно поэтому у читателя может возникнуть представление о рядоположности понятий «расхождение» и «ошибка», хотя авторы и указывают совершенно верно на первое понятие как более широкое. Между тем уже из приведённых в цитируемой работе определений следует, что расхождение не просто более широкое понятие. Оно является родовым по отношению к понятиям «ошибка» и «различие».

Не вызывает сомнений, что и различие, и ошибка могут быть определены как несовпадение, несогласие, противоречие [9]. Но различие — это категория, выражающая одну из сторон развития, противоречия, как необходимый момент развития, самодвижения материи, не существующего без тождества [12]. Различие является

признаком, характеризующим объект познания. Ошибка же, как неправильность в мыслях и действиях, есть признак, характеризующий субъект познания. Таким образом, различие можно рассматривать как расхождение, обусловленное причинами объективного порядка, определяющими развитие, самодвижение объекта познания. Соответственно ошибка — есть расхождение, обусловленное причинами субъективного порядка, определяющими дефекты процесса познания. А если субъект в процессе познания действует правильно, но расхождение в оценках объекта, разделённых определённым промежутком времени, налицо? В этом случае возникает новое понятие — заблуждение, как иллюзорное осознание действительности, обусловленное в каждый данный момент ограниченностью общественно-исторической практики [12].

Наконец, если расхождение возникает вследствие умышленного искажения познающим субъектом действительности, истины — то это уже ложь, распознавание которой, применительно к диагностической деятельности врача, входит в компетенцию совершенно других органов. Понятия «заблуждение» и «ложь» входят в объём видового понятия — «ошибка», составляя подвид, ибо и то, и другое характеризует субъект познания. Таким образом, субъективная сторона расхождения, обусловленного ограниченностью знаний в данной предметной области и есть заблуждение. То же, но обусловленное сознательным искажением действительности — есть ложь. Приведённые определения четырёх обсуждаемых понятий соответствует наиболее распространённому способу определения понятия через ближайший род и видовое отличие. Поэтому, следуя логике, например, книгу Н. Г. Шумского [16] правильнее было бы назвать «Диагностические расхождения в судебно-психиатрической практике», если, конечно, её автор не претендует на истину в последней инстанции.

Из изложенного с неизбежностью следует ряд важных выводов.

1. Становится ясным, что проблема диагностических несовпадений не исчерпывается понятиями «расхождение» и «ошибка», а предполагает более широкую систему понятий не просто рядоположных, а находящихся в определённых отношениях между собой. Эти отношения определяются правилами деления объёма понятия, согласно которым: при одном и том же делении должно применяться одно и то же основание; объём членов деления, вместе взятых, должен равняться объёму делимого понятия; члены деления должны взаимно исключать друг друга и деление должно быть непрерывным [8].
2. Анализируемая система понятий классифицируется по схеме: род–вид–подвид и включает несколько этапов деления первоначального объёма понятия. На каждом этапе деления используется естественное основание — наиболее существенный признак, характеризующий вышестоящее понятие. На первом этапе деления — это объект и субъект диагностики как ближайший причинный фактор диагностического расхождения, определяющий понятия «различие» и «ошибка». На втором этапе в качестве основания деления должны быть использованы существенные признаки, характеризующие уже понятия «различие» и «ошибка». Поскольку в данном случае первое понятие отражает движение, динамику болезни, то, очевидно, что в этом смысле различие может быть мнимым.
   Это означает, что несовпадение диагнозов у данного больного, разделённых определённым промежутком времени, может отражать этапы одной болезни, её естественное течение. В то же время различие может быть и истинным, отражающим искажение естественного течения болезни в связи с дополнительными производящими факторами (возраст, инволюция, травма, инфекция, интоксикация и т. д.), изменяющими клиническую картину. Аналогично ошибка может быть истинной, или заблуждением, и мнимой, или ложью, в

зависимости от добросовестного, непредвзятого отношения субъекта к диагностике или искусственного искажения фактов.

3. Деление первоначального объёма понятия «расхождение» на этом не заканчивается. Истинное различие может дифференцироваться далее в рамках патоморфоза заболевания. Заблуждение может быть обусловлено как объективными факторами, так и субъективными. К первым относится уровень развития соответствующей науки либо недостаточный объём информации, подвергнутый исследованию. Ко вторым — уровень компетентности субъекта исследования, определяемый не только объёмом усвоенных специальных знаний, но и умением правильно применять законы мышления в диагностическом процессе.
4. Субъективная сторона экспертной ошибки определяется понятиями «ложь» и «заблуждение», находящимися в контрадикторных отношениях. Это означает, что при её выявлении отсутствие доказательств заведомо ложного заключения свидетельствует о недостаточном уровне компетентности субъекта экспертизы и наоборот.
5. Объективная сторона экспертной ошибки может определять и ложь, и заблуждение в зависимости от того, известно ли эксперту о фальсификации объектов экспертизы и удалось ли распознать симуляцию.

Схема даёт представление о причинных факторах, которые могут определять несовпадение диагнозов как каждый самостоятельно, так и в совокупности. Она же указывает на методические подходы, которые должны использоваться при выявлении причинных факторов и последовательность их применения. Так, очевидно, что на первом этапе подобного исследования, установив несовпадение диагнозов, необходимо определить, является ли оно следствием ошибки, т. е. обусловлено факторами субъективного порядка, либо представляет собой различие, обусловленное объективными факторами. С точки зрения теории аргументации в данном случае наиболее адекватным является использование разделительного доказательства (методом исключения) [6]. Для этого строится следующий силлогизм:

Расхождение диагнозов может быть либо ошибкой, либо различием или сочетает и то и другое. **Доказано, что расхождение не есть ошибка**
Расхождение диагнозов есть различие

В этом случае доказательство истинности тезиса осуществляется через исследование субъекта диагностики. Иными словами, чтобы доказать, что установленное расхождение диагнозов есть простое их различие, а не следствие ошибки, необходимо доказать отсутствие умысла на искажение диагноза, исключить сомнения в уровне компетентности субъекта диагностики и доказать, что имело место использование всех материалов, необходимых для диагностики. Но возможно и иное решение, когда значение тезиса и антитезиса презюмируется путём соответствующей группировки материала или организации исследования в заданных условиях. Это означает, что при доказывании наличия ошибки, как причины расхождения диагнозов, отбирается группа случаев, заведомо исключающих какую-либо значительную естественную динамику болезни между моментами установления различающихся диагнозов, как исключающих и влияние объективных факторов, могущих вызвать искажение картины болезни (патоморфоз).

Таким способом производится стандартизация объекта диагностики по фактору времени. Этот способ применяется в диагностических семинарах, когда группе специалистов предъявляются для диагностики одни и те же истории болезни, или на консилиумах, где специалистами обследуется конкретный больной в определённое время. Соответственно исследование, проведённое с предварительной стандартизацией требований к субъекту диагностики по уровню квалификации, полноте представляемой ему информации и обстоятельствам, исключающим заведомо ложный диагноз, будет доказывать, что несовпадение диагнозов есть не ошибка, а различие, обусловленное либо естественной динамикой болезни, либо её патоморфозом. Эти же методические приёмы используются и на втором этапе исследования, когда необходимо определить, является ли различие диагнозов мнимым или истинным, так же как и ошибка — заблуждением или ложью и т. д.

Вместе с тем решение указанных вопросов лишается практического смысла, да и просто невозможно без определения главного: какой из несовпадающих диагнозов соответствует истинному состоянию больного. Это неизбежно следует из представленной схемы и означает, что прежде чем говорить о несовпадении диагнозов и исследовать причины этого, необходимо доказать, что один из диагнозов является верным. Если, например, психиатр-эксперт проводит повторную экспертизу, располагая по данному случаю двумя несовпадающими диагнозами, то он не может принять априори за достоверный ни один из них. Ни тот, который установлен позже, хотя для этого, казалось бы, есть такое веское основание как катамнез, ни тот, который был установлен более квалифицированным специалистом или их группой, так как этим не исключается несовпадение научных взглядов и влияние иных факторов. Эксперт обязан исследовать основания, по которым диагнозы установлены ранее, и сделать своё, обоснованное фактическими данными, диагностическое заключение.

Все эксперты в той или иной мере, сознательно или неосознанно следуют приведённой схеме при проведении повторных экспертиз и экспертиз лицам, имеющим психиатрический анамнез. Именно эксперт является ключевой фигурой в экспертном процессе и все причинные факторы, влияющие на качество экспертного заключения, преломляются через него. Поэтому законодатель предусмотрел определённые нормы закона, соблюдение которых должно гарантировать получение объективного заключения. Выполнение части из них относится к компетенции юристов. Выполнение других должно обеспечиваться органами здравоохранения, в ведении которых находится судебно-психиатрическая экспертиза. Остановлюсь лишь на части из них.

В соответствии с Основами законодательства Украины о здравоохранении от 19 ноября 1992 г. № 2801-XII (ст. 75), «подготовка, переподготовка и повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников осуществляется соответствующими средними специальными и высшими учебными и научными заведениями, заведениями повышения квалификации и переподготовки кадров…».

В соответствии со статьёй 21 Закона Украины «О судебной экспертизе» от 25 февраля 1994 г. № 4038-XII, «специалистов для специализированных учреждений и ведомственных служб, которые проводят судебные экспертизы, готовят высшие учебные заведения, после чего они специализируются и повышают квалификацию на курсах и в институтах усовершенствования соответствующих министерств и ведомств».

В приведённой статье 21 Закона Украины «О судебной экспертизе» необходимость судебным экспертам повышать квалификацию на курсах указана без оговорок. Это даёт основания считать, что обучение на таких курсах должно обязательно учитываться при

определении квалификационного класса судебного психиатра-эксперта. Пока что этого нет и значительная часть современных судебно-психиатрических подходов остаётся неизвестной для экспертов.

Так сложилось, что на сегодня вопросы профессиональной подготовки и аттестации судебных психиатров-экспертов в Украине решены неудовлетворительно. Констатируется недостаточный уровень профессиональной подготовки психиатров-экспертов (около половины из них не имеют аттестации как врачи — судебно-психиатрические эксперты) [1]. Аттестация осуществляется по двойному стандарту и регулируется двумя документами, которые не согласованы между собой.

Так, в соответствии с Законом Украины «О судебной экспертизе», установившим единые квалификационные требования ко всем судебным экспертам, Министерство здравоохранения Украины издаёт приказ № 199 от 31.10.1995 г. «Об утверждении Положения о квалификационных классах судебных экспертов бюро судебно-медицинской экспертизы и Положения о квалификационных классах врачей — судебно-психиатрических экспертов», зарегистрированный в Министерстве юстиции Украины 21 декабря 1995 г. за № 463/999. А через два года издаётся приказ № 359 от 19 декабря 1997 г. «О дальнейшем усовершенствовании аттестации врачей», зарегистрированный в Министерстве юстиции 14 января 1998 г. за № 14/2454, в котором даже не упоминается о приказе, регулирующем аттестацию судебных психиатров-экспертов. Понятно, что оба приказа касаются порядка определения квалификации экспертов и именно в этой существенной части они не согласуются между собой.

Приведу пример. Согласно приказу № 359 от 19.12.97 г. вычисление стажа для определения врачебной категории по специальности «судебно-психиатрическая экспертиза» проводится следующим образом: «врачам, которые работают по специальности «психиатрия», в стаж работы для прохождения аттестации засчитывается период работы по специальностям «наркология», «психотерапия», «судебно-психиатрическая экспертиза» и наоборот». В то же время, согласно приказу № 199 от 31.10.1995 г., «квалификационные классы судебных экспертов и соответствующие им ранги присваиваются в зависимости от должности и стажа судебно-психиатрического эксперта». Это означает, что согласно приказу № 359, психиатр, нарколог или психотерапевт, проработав по своей специальности 10 лет, через год работы судебным психиатром-экспертом может получить высшую врачебную категорию по специальности «судебно-психиатрическая экспертиза». В то же время, согласно приказу № 199, он не имеет права аттестоваться даже на начальный 5-й квалификационный класс. Между тем в статье 16 Закона Украины «О судебной экспертизе» в отношении аттестации судебных экспертов чётко указано, что «в зависимости от специализации и уровня подготовки им присваивается квалификация судебного эксперта с разрешением проведения определённого вида экспертиз и квалификационный класс». Известно, что закон имеет преимущество перед ведомственным актом. Следовательно, уровень квалификации судебного психиатра-эксперта на сегодня определяется его квалификационным классом, а не врачебной категорией, которая в отношении данных специалистов должна быть упразднена.

Существующий порядок вводит в заблуждение следственные и судебные органы при решении вопроса как о назначении судебно-психиатрической экспертизы, так и при оценке акта СПЭ. Например, в соответствии с п. 17 постановления Пленума Верховного Суда Украины от 30 мая 1997 г. № 8, суд при проверке и оценке экспертных выводов обязан выяснить, кроме прочего, «компетентность эксперта, и не вышел ли он за пределы своих полномочий, не было ли обстоятельств, которые исключают участие эксперта в

деле, были ли соблюдены требования законодательства при назначении и проведении экспертизы». И в этом плане требования закона ужесточаются. Так, в соответствии с новым Гражданским процессуальным кодексом [14], в качестве эксперта может привлекаться лицо, которое отвечает требованиям, установленным Законом Украины «О судебной экспертизе», и внесено в государственный Реестр аттестованных судебных экспертов (ч. 2 ст. 53). Согласно прежней формулировке, это мог быть любой специалист, обладающий необходимыми знаниями.

Существующие противоречия в части определения уровня квалификации судебного психиатра-эксперта вызывают недоразумения при назначении повторной судебно-психиатрической экспертизы, которая, согласно «Порядку проведения судебно-психиатрической экспертизы», поручается иному, более квалифицированному составу экспертов (пункт 7). Этот документ утверждён приказом МЗ Украины от 08.10.2001 г. за № 397 и зарегистрирован в Министерстве юстиции Украины 01.03.2002 г. за № 219/6507.

Вопросы вызывает и порядок аттестации судебных психиатров-экспертов. На врачебную категорию они аттестуются очно, а на квалификационный класс (именно то, что по закону определяет уровень квалификации) — заочно. Тогда как, например, при аттестации судебных экспертов подведомственных Министерству юстиции обязательным является предоставление аттестуемым рефератов и проектов экспертных выводов, которые предварительно рецензируются и лишь затем принимается квалификационный экзамен.

Такой подход даёт возможность правильно оценить уровень знаний эксперта. В зависимости от этого, а так же экспертного стажа и опыта эксперта, принимается одно из возможных решений: о присвоении соответствующего квалификационного класса и квалификации судебного эксперта, о подтверждении ранее присвоенного квалификационного класса и квалификации, о снижении квалификационного класса, о лишении квалификационного класса и квалификации, об отказе в присвоении квалификации [13]. Очевидно, что подходы к аттестации судебных экспертов должны быть унифицированы вне зависимости от того, какому ведомству они подчинены.

Представленные материалы подтверждают точку зрения Р. С. Белкина [2, с. 86], который писал: «Проблема экспертных ошибок, их предупреждения, обнаружения и путей исправления заслуживает серьёзного, глубокого исследования… и хочется надеяться, что оно окажется плодотворным и полезным для экспертной практики».

Литература

1. *Арсенюк Т. М.* Анализ деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Украины // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 2. — С. 183–192.
2. *Белкин Р. С.* Криминалистика: проблемы, тенденции, перспективы. От теории — к практике. — М.: Юридическая литература, 1988. — 304 с.
3. *Біленчук П. Д., Старушкевіч А. В.* Експертологія судова // Юридична енциклопедія: У 6 т. — Київ: Українська енциклопедія, 1999. — Т. 2. — 744 с.
4. *Боброва И. Н, Осколкова С. Н.* Некоторые аспекты теории диагноза в психиатрии (обсуждение) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — Т. 90, вып. 3. — С. 143–147.
5. *Винберг А. И., Малаховская Н. Т.* Судебная экспертология (общетеоретические и методологические проблемы судебных экспертиз): Учебное пособие / Отв. ред. Б. А. Викторов. — Волгоград, 1979. — 184 с.
6. *Гетманова А. Д.* Логика. — М.: Высшая школа, 1986. — С. 205.

7. *Завилянский И. Я., Блейхер В. М.* Психиатрический диагноз. — Киев: Вища школа, 1979. — 200 с.
8. *Кондаков Н. И.* Логический словарь. — М.: Наука, 1971. — С. 403.
9. *Ожегов С. И.* Словарь русского языка. — 20-е изд. — М., 1988. — 545 с.
10. *Первомайський В. Б.* Психіатричний діагноз: проблема доведення // VIII з'їзд невропатологів, психіатрів та наркологів УРСР: Тези доповідей. — Харків, 1990. — Ч. 2. — С. 47–48.
11. *Первомайський В. Б.* Експертна помилка // Юридична енциклопедія: У 6 т. — Київ: Українська енциклопедія, 1999. — Т. 2. — 744 с.
12. Философский словарь / Под ред. И. Т. Фролова. — 5-е изд. — М.: Политическая литература, 1987. — 402 с.
13. *Хуторян Н. М.* Експертно-кваліфікаційна комісія (ЕКК) // Юридична енциклопедія: У 6 т. — Київ: Українська енциклопедія, 1999. — Т. 2. — 744 с.
14. Цивільний процесуальний кодекс України. Офіційний текст від 18 березня 2004 року. — Київ: Атика, 2004. — 160 с.
15. *Шостакович Б. В.* Судебно-психиатрический диагноз. Вопросы теории // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов. — М., 1988. — Т. 3. — С. 373–376.
16. *Шумский Н. Г.* Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. — СПб: Академический проект, 1997. — 392 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ

В. Б. Первомайский, И. И. Семенкова

Введение в уголовное законодательство института ограниченной вменяемости поставило перед судебной психиатрией целый ряд сложных проблем. Ведущей из них является проблема перехода от разграничения качественно определённых категорий, какими являются вменяемость и невменяемость, к поиску критериев количественной оценки способности субъекта противоправного деяния осознавать свои действия и (или) руководить ими. Не будет преувеличением сказать, что решение этой задачи требует формулирования новой парадигмы судебно-психиатрической экспертизы. Исследования в этом разделе судебной психиатрии, проведённые в нашем институте в последнее десятилетие, позволили впервые сформулировать ряд принципиальных положений, следование которым, на наш взгляд, представляется необходимым для адекватного понимания и решения проблемы ограниченной вменяемости.

Первая проблема, с которой мы сразу же столкнулись — какой методологии следовать. Общий субъект противоправного деяния, одновременно являющийся субъектом психической деятельности и сознания, комплексная природа содержательных характеристик ограниченной вменяемости и междисциплинарный характер проблемы предполагали использование системного метода исследования. Это, в свою очередь, требовало одновременного исследования взаимосвязанных категорий: вменяемость, невменяемость, психика, сознание, вина, ответственность. Первые же исследования в этом направлении показали ограниченность существовавшей в судебной психиатрии парадигмы и необходимость её критической переоценки. Фактически проблема ограниченной вменяемости открыла новую главу судебной психиатрии, что потребовало решения целого ряда производных вопросов, совокупность которых составила необходимую предпосылку дальнейшего исследования. Это следующие вопросы:

- согласование позиций и взглядов на проблему ограниченной вменяемости психиатров-экспертов и юристов;
- определение пределов компетенции психиатра-эксперта;
- освоение теории доказательства судебно-психиатрической экспертизой;
- введение в экспертную практику принципа презумпции психического здоровья и в этом смысле признание априори сохранной способности осознавать свои действия и руководить ими за каждым лицом, достигшим возраста уголовной ответственности, пока не будет доказано обратное;
- осмысление понятия психического здоровья применительно к судебно-психиатрической экспертизе;
- понимание относительности разделения медицинского и психологического критерия;
- поиск критериев разграничения психотических и непсихотических психических расстройств;
- исследование содержательных характеристик сознания, самосознания, критерия критичности в судебно-психиатрической экспертизе;
- исследование содержательных характеристик критериев вменяемости–невменяемости с обоснованием необходимости выделения наряду с медицинским и психологическим критерием критерия юридического, каким является факт совершения подэкспертным определённого противоправного деяния.

И хотя не все из этих вопросов на сегодняшний день решены в полном объёме, то, что удалось сделать, позволило прояснить два принципиальных положения. Первое — ограниченная вменяемость является юридической категорией, имеющей психиатрический аспект, т. е. присутствие болезненных расстройств психики, существенно ограничивающих у субъекта противоправного деяния способность осознавать свои действия и (или) руководить ими во время его совершения. Для такого утверждения имеются следующие основания:

- применение категории ограниченной вменяемости только в юриспруденции;
- признание лица ограниченно вменяемым только судом;
- наступление определённых правовых последствий;
- несовпадение объёмов понятий «ограниченная вменяемость» и «ограниченная способность осознавать свои действия и (или) руководить ими».

Второе — любые болезненные расстройства психической деятельности — это отображение в соответствующих данному виду патологии понятиях количественного или качественного расстройства сознания, т. е. ограничение или утрата способности осознавать свои действия и осознанно руководить ими. Такой вывод естественно следует из анализа объёма и содержания понятий «болезнь» и «сознание» [7].

Этот тезис для судебной психиатрии имеет принципиальный характер, поскольку позволяет отойти от стереотипа неопределённости в формулировании основополагающих понятий. Он адекватно вписывается в концепцию презумпции психического здоровья и в наиболее общем виде наполняет содержанием понятие диагностического стандарта. Современные научные данные дают достаточно оснований считать, что расстройства поведения, характерные для психических заболеваний, представляют собой нарушение мозговых функций даже в тех случаях, когда причины нарушений имеют совершенно чёткое экзогенное происхождение [4]. Сознание представляется как «состояние, при котором субъект отдаёт себе отчёт в том, что происходит с ним самим и в окружающей его среде, а кома — это противоположное состояние, когда осведомлённость о себе и окружающем мире полностью отсутствует даже в условиях действия внешних раздражений» [9, с. 16].

В настоящее время болезнь определяется как «жизнь, нарушенная в своём течении повреждением структуры и функций организма под влиянием внешних и внутренних факторов…» и характеризуется «общим или частичным снижением приспособляемости к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного» [15]. Применительно к психиатрии понятие «структура» соотносится с мозгом, а понятие «функция» — соответственно с психикой и сознанием. Наиболее существенным признаком сознания признаётся способность осознавать себя, окружающее и соответствующим образом действовать. Отсюда любое психическое нарушение есть изменение указанной способности и представляет собой нарушения сознания, которые в силу известного закона диалектики могут быть как количественные, так и качественные. С точки зрения функционально-динамических характеристик сознания его сущность может быть определена как единство отражения и отношения индивида к окружающему и себе как субъекту познающему и действующему. Их качественное нарушение проявляется извращением отражения и отношения с утратой критики, что характеризует психотический уровень расстройства. Непсихотический же уровень характеризует количественное изменение отражения и соответственно отношения с сохранением, хотя и определённым образом изменённой, критической функции. Это концептуальное положение детально аргументировано в нашей работе, посвящённой проблеме невменяемости [7].

Поэтому медицинским критерием ограниченной вменяемости являются психические расстройства непсихотического уровня, существенным признаком которых является ограничение способности осознавать свои действия и (или) руководить ими при качественном сохранении критической функции сознания. Как и при решении вопроса о невменяемости одного медицинского критерия для решения вопроса об ограниченной вменяемости недостаточно. Хотя в нём уже содержится и психологический критерий. Однако если не выделить его отдельно, то ограниченно вменяемым можно будет признать каждого, кто совершил правонарушение, обнаруживая признаки психического расстройства непсихотического уровня. В силу этого психологическим критерием ограниченной вменяемости является существенное ограничение способности осознавать свои действия и (или) руководить ими при наличии медицинского критерия.

Естественно возникает вопрос, каким образом это существенное ограничение обсуждаемой способности может быть установлено. Сделаем небольшой экскурс в область судебной экспертологии.

Согласно разрабатываемой в отечественной судебной экспертологии теории об общих принципах экспертного познания в соединении с особенностями «следовой информации», используемой сведущим лицом для решения экспертных задач [12], в процессе совершения противоправного деяния его субъект неизбежно вступает во взаимодействие с окружающими предметами и явлениями, оставляя соответствующие взаимные следы. С точки зрения их существенных признаков, имеющих экспертное значение, — это следы-отображения, подразделяющиеся на материальные следы-изменения, следы-обозначения и идеальные следы-проявления (рис. 1). Суть их взаимосвязи состоит в том, что каждый последующий след появляется по мере достижения предыдущим определённой количественной, пространственной и временной характеристики. Соответственно характеру следовой информации, по М. Я. Сегаю, формируется три учения.

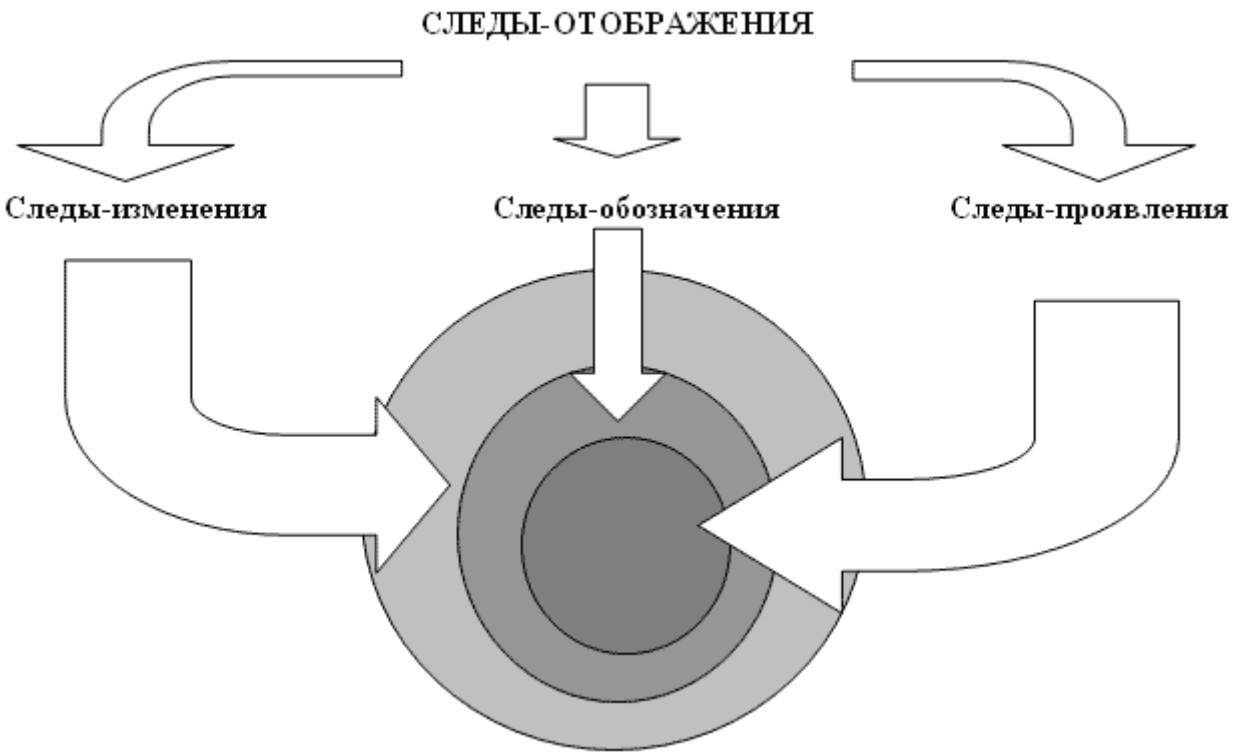


Рис. 1. **Следы взаимодействия как объект судебно-экспертного познания**

Судебно-экспертное следоведение исследует материальную сущность следов преступления (следы-изменения). К нему относятся криминалистические, судебно-технические и судебно-медицинские экспертизы.

Судебно-экспертная документалистика объединяет все разновидности судебно-экспертного познания обстоятельств исследуемого события, запечатлённого в семантике документов (следы-обозначения). Это судебно-экономические экспертизы.

Судебная экспертиза психических состояний исследует идеальные следы-проявления психической деятельности, которые есть ничто иное, как информация, содержащаяся в материальных следах-изменениях и следах-обозначениях и их определённым образом упорядоченной совокупности и последовательности появления [8].

Такое определение идеального следа соответствует представлениям об информации как о данных, которые характеризуют объект познания и могут быть выделены познающим субъектом в том или ином отображении познаваемого объекта [10]. Отсюда следует ряд положений, имеющих принципиальное значение для практики экспертизы психических состояний.

1. Поскольку следы-отображения возникают в результате взаимодействия, то и фиксируются они на взаимодействующих объектах.

   Поэтому к материальным следам, содержащим информацию о психическом состоянии лица, относятся не только те, что формируются в окружающей среде. К следам-изменениям относятся мимика, пантомимика (поза, жесты), поведение человека. К следам-обозначениям относится речь. На этой методологической базе формируется ряд наук. Так, этологическая психиатрия исследует невербальное поведение человека для диагностики болезненных состояний и прогноза, а также исследует эволюцию патологического поведения в фило-онто-историогенезе [11]. Исследование невербального поведения, в частности микровыражений и микрожестов, имеет существенное значение для выявления обмана, а, следовательно, и для распознавания симуляции или диссимуляции [14]. Лингвистика изменённых состояний сознания изучает изменение объёма и содержания речевых конструкций в зависимости от характера и глубины изменения сознания [13]. Данные, полученные этими науками, пока ещё практически не используются судебной экспертизой психических состояний.

2. Любые материальные следы, будь то следы-изменения или следы-обозначения, возникающие при активном взаимодействии человека с окружающей средой, всегда содержат в себе идеальные следы-проявления.
3. При отсутствии материальных следов-изменений и (или) следов-обозначений выявление идеальных следов невозможно.
4. Поскольку идеальные следы-проявления, будучи зафиксированными в предметах и явлениях окружающей среды, приобретают дискретный характер, извлечение информации о них требует накопления определённого количества следов-изменений и (или) следов-обозначений.
5. Извлечение информации об идеальных следах-проявлениях предполагает исследование материальных следов в динамике возникновения и изменения и сопоставление их со стандартом.
6. Степень ограничения указанной способности проявляется в момент деятельности субъекта преступления и должна устанавливаться по её объективным следам.

Поскольку юридическое значение в данном случае имеет лишь период криминальных действий, то и искать эти объективные следы необходимо в особенностях предкриминального периода, непосредственно момента совершения таких действий и ближайший посткриминальный период. Таким образом, криминальные действия приобретают признаки отдельного критерия наряду с медицинским и психологическим. Это вынуждает нас признать, что юридическим критерием ограниченной вменяемости являются деяния, предусмотренные уголовным законом, в характеристиках которых отражаются признаки расстройства психики у субъекта преступления и значительного ограничения способности осознавать свои действия и (или) руководить ими.

Что же соединяет лицо, преступившее закон, с противоправным деянием, которое оно совершило? Эта категория известна как вина. Вина как психическое отношение лица к совершаемому им деянию или бездеятельности и их последствиям, выраженное в форме умысла или неосторожности, содержит два элемента. Первый — это причинно-следственное отношение между лицом и деянием. Второй — собственно психическое отношение к совершаемому. С точки зрения содержания сознательной психической деятельности человека форма психического отношения к содеянному как элемента вины всегда есть конкретное проявление определённого психического состояния как элемента вменяемости. Отсюда необходимо следует вывод о том, что проблема ограниченной вменяемости без учёта категории вины принципиально нерешаема.

В этом вопросе, к сожалению, нет единства взглядов не только между психиатрами и юристами, но и между юристами. В качестве примера приведём две полярные точки зрения. Так, С. В. Бородин и С. В. Полубинская [2] считают, что вменяемость, в том числе и ограниченная, не связаны с виной. По их мнению, ограниченная вменяемость уменьшала бы вину субъекта, если бы вменяемость определяла вину во всём многообразии её форм и видов. *«Но вина и вменяемость — самостоятельные категории и их нюансы находятся в разных плоскостях»* — указывают С. В. Бородин и С. В. Полубинская (с. 35). И далее: *«Степень вины определяется элементами субъективной стороны состава преступления и зависит от формы вины (умысел или неосторожность), от вида умысла (прямой или косвенный) или неосторожности (преступная небрежность или самонадеянность), от их содержания»*.

Авторы полагают, что нельзя представить частичный умысел или неполную неосторожность, если считать, что вина зависит от степени вменяемости: *«Степень осознания общественной опасности и фактической стороны деяния может быть различной в зависимости от способности лица к этому (при ограниченной вменяемости — ослабленной вследствие психической аномалии). А это уже относится к вменяемости, а не вине. Поэтому лицо, признанное ограниченно вменяемым, будет нести уголовную ответственность на общих основаниях, но при назначении наказания суд должен будет учесть степень осознания им фактической стороны и общественной опасности совершённого деяния»* (с. 36). Остаётся только объяснить, как суд будет это делать, не имея для этого никаких инструментов.

Из этой цитаты следует, что для того, чтобы лицо, признанное ограниченно вменяемым, несло уголовную ответственность на общих основаниях, должна быть установлена его вина в понятиях, предусмотренных законодательством. Но достаточно ознакомиться с содержательными характеристиками форм вины, чтобы убедиться, что каждая из них содержит упоминание о преступлении, либо об общественно опасном характере действия (бездействия), либо об общественно опасных последствиях действий. Таким образом, вина, в понимании законодателя, может быть определена при осознавании лицом как фактического характера своих деяний, так и общественной опасности деяния и

последствий. Возникает вопрос. Может ли лицо с ограниченной способностью осознавать свои действия и (или) руководить ими полностью осознавать фактический характер деяния и его общественную опасность? Отрицательный ответ очевиден и поэтому непонятно, как в таком случае может оставаться неизменной вина.

Цитированной выше точке зрения можно противопоставить иную, высказанную также юристами. С. Г. Келина и В. Н. Кудрявцев [5] полагают, что *«человек несёт ответственность за своё поведение в той мере, в какой он мог его контролировать, руководить им. Отсутствие волевого акта как побудительной причины поступка исключает ответственность, а та или иная степень неполноценности, связанности этого волевого акта внешними условиями обстановки соответственно сказывается на степени вины и, соответственно, на характере ответственности. Если исходить из того, что поведение лица детерминируется как условиями всей его жизни, которые формируют его психику, так и непосредственно теми внешними условиями, в которых оно совершает преступление, то можно утверждать, что степень ответственности при прочих одинаковых обстоятельствах находится в обратной зависимости от степени влияния непосредственных внешних условий: чем менее был связан человек непосредственной конкретной обстановкой, в которой он действовал, чем менее вынужденным с этой точки зрения был его поступок, тем выше степень его вины и ответственности. Справедливое наказание должно учитывать все эти обстоятельства»*.

Эта позиция более продуктивна. В ней присутствует диалектика отношений между субъектом, объектом преступления и условиями, обстоятельствами их взаимодействия. По нашему мнению, ошибка юристов, отрицающих связь ограниченной вменяемости с виной, состоит в том, что они рассматривают «психическое отношение» и «психическое состояние» как различные, независимые, рядоположные категории. Хотя любому психиатру известно, что психическое отношение — это всегда проявление определённого психического состояния, а психическое состояние — это всегда отношение по своей природе.

Согласно ст. 20 УК Украины лица, признанные судом ограниченно вменяемыми, подлежат уголовной ответственности, т. е. являются субъектом преступления. В их действиях есть состав преступления. Следовательно, прежде всего — это лица, действующие виновно. В результате этого они становятся ответственными за свои поступки и подлежат наказанию. Психические расстройства непсихотического уровня, существенно ограничивающие способность субъекта преступления осознавать свои действия и (или) руководить ими в период совершения преступления, в свою очередь, не могут не оказывать влияния на субъективную сторону преступления, т. е. вину. Существующие формы вины и их варианты есть одновременно различные её степени, выраженные через психологические понятия.

Что же произойдёт, если мы не будем учитывать категорию вины? Тогда ограниченную вменяемость необходимо привязывать непосредственно к ответственности. Отождествление ограниченной вменяемости с обстоятельствами, смягчающими ответственность, превращает её в уменьшенную ответственность лиц с психическими аномалиями и исключает юридическое значение психологического критерия ограниченной вменяемости.

Это вносит элемент произвольности в экспертную и правовую оценку случая, поскольку ограничение способности осознавать свои действия и (или) руководить ими есть имманентное свойство непсихотического расстройства психической деятельности лица.

Поэтому юридическое значение может иметь только определённая, а именно выраженная степень ограничения указанной способности. Причём показателем этой степени может быть только динамика и последовательность возникновения определённой совокупности материальных следов, которые фиксируются в окружающей среде в виде совершённого противоправного деяния. Именно в силу этого в проблеме ограниченной вменяемости исследование комплекса вопросов, связанных с характером, обстоятельствами, мотивацией и пр. совершения противоправного деяния, приобретает самостоятельное, существенное значение, превращая это обстоятельство в юридический критерий.

Ограничение способности осознавать свои действия и (или) руководить ими при болезненных расстройствах психики без указания степени не может идентифицироваться с ограниченной вменяемостью. Для признания лица ограниченно вменяемым недостаточно диагноза пограничного (непсихотического) расстройства психической деятельности. Необходимы доказательства, что болезненные проявления обусловили определённое поведение лица и отразились в его деянии. Отсюда следует, что оценка способности лица осознавать свои действия и (или) руководить ими при определении ограниченной вменяемости не может рассматриваться в отрыве от конкретного совершённого данным лицом противоправного деяния. Эксперту необходимо установить, насколько существенным было влияние имеющихся у субъекта преступления психических расстройств непсихотического уровня на формирование и реализацию его преступной мотивации, и каким образом это отразилось в деянии. Такая позиция разделяется некоторыми ведущими российскими правоведами и рядом судебных психиатров [1, 3]. Тем самым объективизируется актуальность разработки нового раздела судебной психиатрии — судебно-экспертной ситуалогии.

Литература

1. *Антонян Ю. М., Бородин С. В.* Преступность и психические аномалии. — М.: Наука, 1987. — 208 с.
2. *Бородин С. В., Полубинская С. В.* Ограниченная вменяемость в проектах нового уголовного законодательства // Правовые вопросы судебной психиатрии: Сборник научных трудов / Под ред. Г. В. Морозова. — М., 1990. — С. 32–39.
3. *Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В.* Ограниченная вменяемость и расстройства личности // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 45–49.
4. *Kandel E. R.* Новая концептуальная база для психиатрии // Обзор современной психиатрии. — 1999. — Вып. 3. — С. 15–27.
5. *Келина С. Г., Кудрявцев В. Н.* Принципы советского уголовного права. — М.: Наука, 1988. — 176 с.
6. Категории болезни, здоровья, нормы, патологии в психиатрии: концепции и критерии разграничения / В. Б. Первомайский, Е. Г. Карагодина, В. Р. Илейко, Е. А. Козерацкая // Вісник психіатрії та психофамакотерапії. — 2003. — № 1. — С. 14–27.
7. *Первомайский В. Б.* Невменяемость. — Киев, 2000. — 320 с.
8. *Первомайский В. Б.* К теории судебной психономики // Архів психіатрії. — 2002. — № 4. — С. 44–50.
9. *Плам Ф., Познер Дж. Б.* Диагностика ступора и комы / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1986. — 544 с.
10. *Полевой Н. С.* Криминалистическая кибернетика. — 2-е изд. — М.: МГУ, 1989. — 328 с.
11. *Самохвалов В. П.* Эволюционная психиатрия. — Симферополь: Движение, 1993. — 286 с.

12. *Сегай М. Я., Стринжа В. К.* Судебная экспертиза материальных следов-отображений (проблемы методологии). — Киев: Ін Юре, 1997. — 176 с.
13. *Спивак Д. Л.* Лингвистика изменённых состояний сознания. — Л.: Наука, 1986. — 92 с.
14. *Экман П.* Психология лжи. — СПб: Питер, 1999. — 272 с.
15. Энциклопедический словарь медицинских терминов. — М.: Советская энциклопедия, 1982. — Т. 1. — С. 148.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВО СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ВЫВОДОВ (первое сообщение)

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко

«Психиатрический диагноз: проблема доказательства» — это название доклада, представленного на VIII съезд невропатологов, психиатров и наркологов Украины в 1990 г. [11]. Обращение к этой теме было обусловлено несколькими обстоятельствами. Первое относится к судебно-психиатрической экспертизе. Опыт работы отдела судебно-психиатрической экспертизы организованного в 1985 г. Украинского филиала ВНИИ им. В. П. Сербского показал существенные расхождения между законодательными требованиями к составлению акта судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) и экспертной практикой. Формально являясь процессуальным документом, акт СПЭ не содержал всех необходимых составных частей. В частности, во вводной части не указывались вопросы, поставленные перед экспертом. Сведения из материалов дела излагались без ссылок на источник. Мотивировочная часть акта отсутствовала, и выводы не обосновывались достаточным образом[1]. Такая практика входила в противоречие с требованиями «Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР» от 27 октября 1970 г. и Методическими указаниями МЗ СССР от 21 августа 1981 г. «Порядок заполнения документации по судебной психиатрии». Вместе с тем несовершенство указанных документов, их противоречивость в некоторых требованиях, отсутствие полноценных методических разработок процесса экспертизы и обоснования экспертных выводов делали акт экспертизы недоступным для оценки судом, как это предусматривал законодатель, утверждавший, что этот документ, равно как и иные доказательства, не имеет для суда заранее установленной силы.

Второе обстоятельство относилось к собственно психиатрии. В той части случаев, где они есть, объектом экспертного исследования являются медицинские документы — истории болезни амбулаторного и стационарного больного, выписки из них, эпикризы, справки. Отсутствие нормативно-правовых документов, определяющих правила их заполнения, до настоящего времени ставит перед экспертами естественные вопросы — какими правовыми нормами руководствоваться при их анализе, каким образом его проводить и как оценивать содержащуюся в них информацию? Кроме этого, в конце 1990-х годов началась подготовка закона о психиатрической помощи для СССР. Его концепция делала очевидной перспективу судебного рассмотрения психиатрического диагноза, включая процедуру его установления, критерии и вытекающие из этого меры ограничения свободы пациента. Тем не менее, с момента постановки проблемы понадобилось 14 лет для того, чтобы о необходимости внедрения принципов доказательной медицины в психиатрическую и судебно-психиатрическую практику заявили на уровне научно-практической конференции, проведённой в г. Ялте в мае 2004 г.

Содержательная сторона доказательной медицины ассоциируется преимущественно с проблемой выбора методов фармакотерапии и иных лечебных вмешательств в патологический процесс и оценки их эффективности [6]. В судебно-психиатрической экспертизе это менее важно, чем в общей психиатрии. Поэтому следует согласиться с точкой зрения о том, что в соответствии с концепцией доказательной медицины в психиатрии, каждое клиническое решение врача должно базироваться на достоверных научных фактах [1]. Таким ключевым решением является, прежде всего, диагностика, которая в совокупности с экспертной оценкой психического расстройства составляют предмет судебно-психиатрической экспертизы. Если исходить из постулируемого правом положения о том, что акт судебной экспертизы есть источник доказательств, а экспертные выводы — суть доказательства, то логично утверждать, что процесс экспертизы и

составления акта СПЕ — это процесс доказывания. Формальные основания для такой трактовки экспертизы сформулированы в законе давно и достаточно чётко.

Ст. 251 КУАП (*Доказательства*), ст. 57 ГПК (*Доказательства*) и ст. 65 УПК (*Доказательства*) одинаково трактуют понятие «доказательства» и относят к ним любые **фактические данные**, на основании которых устанавливаются обстоятельства, имеющие значение для разрешения дела. Эти данные устанавливаются объяснениями сторон и третьих лиц, показаниями свидетелей, письменными доказательствами, вещественными доказательствами и заключением эксперта [9, 13, 14].

Ст. 145 ГПК (*Обязательное назначение экспертизы*) предусматривает обязательность назначения экспертизы, если в деле необходимо установить психическое состояние лица.

Ст. 76 УПК (*Обязательное назначение экспертизы*) предусматривает обязательность назначения экспертизы для определения психического состояния лица при наличии в деле данных, вызывающих сомнение относительно его вменяемости. О судебно-психиатрической экспертизе психического состояния при возникновении психического заболевания после содеянного говорит норма ст. 204 УПК.

Ст. 64 УПК (*Обстоятельства, подлежащие доказыванию в уголовном деле*) относит к ним обстоятельства, влияющие на степень тяжести преступления, а также обстоятельства, характеризующие личность обвиняемого, смягчающие или отягчающие наказание.

При этом ни одно из доказательств не имеет заранее установленной силы, и все они подлежат оценке судом, прокурором, следователем, лицом, производящим дознание (ст. 67 УПК, ст. 212 ГПК).

Закон также прямо требует от эксперта мотивированных ответов на поставленные вопросы в уголовном процессе и обоснованных ответов — в гражданском процессе (ст. 200 УПК, ст.ст. 53, 66, 147 ГПК).

Это лишь основные законодательные нормы, которые формируют представления о юридических основаниях, обусловливающих необходимость решения проблемы доказательства судебно-психиатрических выводов. Они же определяют круг понятий, относящихся к этому процессу. Итак, психическое состояние характеризует личность обвиняемого и подлежит доказыванию. Одним из средств доказывания является производство экспертизы. Судебный психиатр-эксперт определяет психическое состояние подэкспертного применительно к определённым обстоятельствам судебного дела. Выводы эксперта устанавливают фактические данные, являющиеся доказательствами. Установленные экспертом фактические данные должны быть мотивированы или обоснованы. Системообразующим понятием в этом случае является доказательство.

В правовой науке доказательствами считаются полученные в установленном порядке соответствующими органами фактические данные, которые содержат информацию, необходимую для правильного разрешения уголовных, гражданских и иных судебных дел. При этом прямые доказательства непосредственно указывают на обстоятельство, подлежащее доказыванию, или же на его отсутствие, а непрямые — лишь опосредованно [15].

Доказательствами также являются источники данных о фактах. В экспертизе это, например, показания свидетелей, медицинская документация, иные письменные или аудиовизуальные материалы.

В логике доказательством считается «логическое действие, в процессе которого истинность какой-либо мысли обосновывается с помощью других мыслей».
В. Е. Жеребкин [7] определяет доказательство как мыслительный процесс, состоящий в обосновании истинности какого-либо положения с помощью других положений, истинность которых установлена раньше.

Таким образом, понятие «доказательство» имеет несколько значений. Это источники фактических данных, собственно фактические данные, используемые в качестве обоснования истинности вывода, и мыслительный процесс обоснования выводов. Психиатр-эксперт имеет дело с доказательствами во всех трёх толкованиях. Во-первых, поскольку подвергает исследованию, наряду с подэкспертным, материалы дела и медицинскую документацию. Во-вторых, поскольку судебно-психиатрическая экспертиза есть по своей сути научное исследование.

Общеизвестно, что понятия «наука» и «доказательство» неразрывно связаны. Как отмечает Н. И. Кондаков [10], доказывать приходится во всех науках, однако содержание мыслей, истинность которых требуется обосновать, в каждой науке различное. Логика находит общее, характерное для всех доказательств, независимо от конкретного содержания доказательства. Это структура, составные элементы и правила доказательства. Конкретная наука, в нашем случае судебная психиатрия, наполняет структуру своим содержанием. В то же время правила доказательства остаются неизменными и для судебной психиатрии, и для юриспруденции. Именно следование им в экспертизе является основной предпосылкой возможности последующей оценки выводов эксперта судом, в составе которого отсутствуют специалисты в области знаний, представленной экспертом.

В-третьих, поскольку осуществляет мыслительный процесс обоснования выводов. Это значение понятия «доказательство» определяет наиболее существенный элемент судебно-психиатрической экспертизы, да и психиатрической диагностики вообще. Психиатрический диагноз не есть нечто данное нам в восприятии. С помощью органов чувств психиатр воспринимает отдельные элементы и комплексы внешних, материальных эквивалентов психической деятельности пациента. Последующий процесс, завершающийся диагнозом, есть процесс мышления.

Очевидно, что все три значения понятия «доказательство» неразрывно взаимосвязаны и фактически отражают последовательные этапы процесса доказательства. К каждому из них предъявляются вполне определённые требования, которые должны минимизировать значение искажающих факторов.

Доказательства как источник фактических данных. Первый этап — отбор и формирование источников фактических данных — находится вне компетенции психиатра-эксперта. Это процессуальная процедура, но и для психиатра-эксперта она имеет принципиальное значение.

Такими источниками фактических данных являются показания сторон, третьих лиц, их представителей, допрошенных как свидетелей, показания иных свидетелей, письменные доказательства, в том числе медицинская документация, вещественные доказательства, в частности звуко- и видеозаписи, выводы экспертов.

В связи с новациями в законодательстве проблема фальсификации медицинской документации становится всё более актуальной. Прежде всего, с точки зрения экспертной оценки этих источников информации и содержащихся в них «фактических данных».

Специальных исследований на эту тему не проводилось. А отдельные публикации не отражают существующего в настоящее время положения вещей [2]. Судебно-психиатрической экспертизе, особенно в области гражданского права, также хорошо известна практика лжесвидетельства. При отсутствии методики доказательного исследования эксперт, не владеющий экспертным методом, оказывается беспомощным перед такими «источниками информации».

Итак, операцию доказательства изучает логика [3, 7, 8]. Следует отметить, что в доступной литературе за последние 10 лет мы не нашли работ, рассматривающих значение законов формальной логики для психиатрической и тем более судебно-психиатрической диагностики. В 1989 г. в СССР была издана фундаментальная монография, посвящённая методологическим проблемам логики и семиотики диагноза [12]. Ориентированная на терапевтические специальности, она, тем не менее, может быть полезна и психиатрам. Это, конечно же, не исключает необходимости попытаться наполнить понятие «доказательство» психиатрическим содержанием.

Структуру доказательства составляют три взаимосвязанных элемента: **тезис, аргументы (доводы, основания), демонстрация**. Применительно к судебно-психиатрической экспертизе суждением, истинность которого обосновывается в процессе аргументации, является ответ на каждый вопрос, поставленный следствием или судом перед экспертом. Это тезис доказательства, который обосновывается аргументами (доводами). Рассмотрим последовательно все элементы структуры доказательства, начиная с аргументов.

К аргументам относятся **факты** или фактические данные, **определения, аксиомы** и **постулаты**, а также ранее доказанные **законы науки** и **теоремы** [3]. Все они могут использоваться в процессе доказательства как раздельно, так и в совокупности.

Фактами или **фактическими данными** называются единичные события или явления, для которых характерны определённое **время**, **место** и **конкретные условия их существования** [8]. Таким образом, определение факта включает в себя не только содержательную сторону события или явления, но и формальную сторону, придающую факту конкретную, материальную пространственно-временную определённость. Это обстоятельство исключительно важно для судебно-психиатрической экспертизы. Её специфической особенностью является то, что и в уголовном, и в гражданском процессе эксперт определяет психическое состояние подэкспертного в период и относительно совершённых им определённых юридически значимых действий. Ретроспективный характер исследования лишает эксперта самостоятельно, непосредственно, прямо наблюдать те события или явления, которые характеризуют психическое состояние подэкспертного. Исследуя материалы дела и медицинскую документацию, он получает данные, опосредованные восприятием третьего лица. Поэтому такие данные являются субъективными. Характеризовать объект, т. е. быть объективными они могут быть только в том случае, если они получены из разных источников, совпадают по основным отличительным признакам и согласуются с диагностическим стандартом.

Для того, чтобы информация, содержащаяся в объектах экспертизы, могла быть оценена как фактические данные, она должна отвечать ряду требований.

Первое. Информация должна быть получена непосредственно лицом, сообщающим о ней следствию и суду. Это требование в отношении любых доказательств закреплено в ст. 63 ГПК, норма которой исключает из доказательств показания свидетеля, который не может назвать источник своей осведомлённости относительно определённого обстоятельства. Аналогичный подход к оценке показаний свидетелей предусматривает ст. 68 УПК,

уточняя, что, если показания свидетеля основываются на сообщениях других лиц, то эти лица должны быть также допрошены.

Второе. Информация не должна представлять собой только суждения или умозаключения свидетеля по поводу психического состояния подэкспертного. Без аргументов такая информация не имеет экспертного значения потому, что не может быть проверена путём сопоставления с фактическими данными, полученными из других источников.

Третье. Информация должна содержать все элементы, предусмотренные приведённым выше определением понятия «фактические данные». Именно время, место и конкретные условия существования события или явления, на которое указывает источник информации, является основной предпосылкой объективизации фактических данных. Только через эти отличительные признаки фактические данные, содержащиеся в различных объектах экспертизы, могут быть сопоставлены на предмет наличия и степени их согласуемости.

Дефиниция понятия «фактические данные» имеет под собой определённое материальное основание. По данным Т. Б. Глезермана [4], в правом полушарии, которое создаёт чувственную картину действия реального мира, «созерцает» и отражает его, «действие» неотделимо как от времени, так и от пространства, в котором оно происходит.

Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина [5], изучавшие патологию правого полушария, отмечают, что *«контакт субъекта с объектом восприятия осуществляется всегда только в конкретном реальном пространстве и времени. В образах и его следах — энграммах обязательно, по-видимому, должны отражаться то реальное пространство и время, в которых осуществлялся контакт воспринимающего с объектом восприятия, т. е. формировался образ этого объекта. Наверное, в образах должны оставаться определённые отметки их пространственной и временной соотнесённости».*

Эта неразрывность явления (события) с пространством, временем и местом для судебно-психиатрической экспертизы имеет принципиальное значение. На первый взгляд указанные особенности процесса доказательства не имеют непосредственного отношения к судебно-психиатрической экспертизе. В действительности это не так. Например, при посмертной судебно-психиатрической экспертизе показания свидетелей нередко являются единственным источником фактических данных. Оценка их правдивости не входит в компетенцию эксперта. Он обязан исследовать те материалы, которые ему представил суд. Однако эксперт, не выходя за пределы своей компетенции, должен ответить на два вопроса.

Первый — содержат ли сведения, сообщённые свидетелем, признаки, которыми характеризуются фактические данные? Иными словами, обладают ли эти сведения пространственно-временной определённостью?

Второй — соответствуют ли эти сведения о психическом состоянии лица диагностическому стандарту? Только положительный ответ на оба вопроса позволяет оперировать этими сведениями дальше и является предпосылкой выявления фактических данных. Соответственно отрицательный ответ на любой из этих вопросов является аргументом отвода показаний независимо от причины их появления. Аналогичным образом исследуются показания всех свидетелей. Затем они сопоставляются между собой на предмет выявления существенности расхождений. И только после этого появляется возможность формулирования содержания фактических данных.

Это лишь общая схема исследования показаний свидетелей. В целом же проблема формирования показаний относительно психического состояния с учётом субъективности восприятия психических расстройств, влияния на этот процесс сложившихся в обществе стереотипов, значения вульгаризации научной терминологии и иных объективных и субъективных факторов, в судебной психиатрии вообще не исследовалась.

В настоящей статье мы попытались обосновать принципиальную позицию, состоящую в том, что доказательство в судебной экспертизе не есть прерогатива сугубо юристов. Для такого утверждения имеются как юридические, так и психиатрические основания. Судебно-психиатрическая экспертиза как процесс применения научного знания не может не подчиняться всем правилам доказательства. В следующей публикации мы продолжим аргументацию нашей точки зрения на эту проблему, рассмотрев подробно структуру доказательства и наполнив её психиатрическим содержанием.

Литература

1. *Бабюк И. А., Табачников А. Е., Черепков В. Н.* Актуальные проблемы доказательной медицины в психиатрической практике // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 2. — С. 80–82.
2. *Боннер А. Т.* Правило допустимости доказательств в гражданском процессе: необходимость или анахронизм // Советское государство и право. — 1990. — № 10. — С. 21–30.
3. *Гетманова А. Д.* Логика. — М.: Высшая школа, 1986. — 288 с.
4. *Глезерман Т. Б.* Психофизиологические основы нарушения мышления при афазии. — М.: Наука, 1986. — 232 с.
5. *Доброхотова Т. А, Брагина Н. Н.* Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. — М.: Медицина, 1977. — 359 с.
6. Доказательная медицина — новый этап реформирования психиатрии в Украине / В. А. Абрамов, И. А. Бабюк, А. К. Бурцев, О. Г. Студзинский // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 4. — С. 3–7.
7. *Жеребкін В. Є.* Логіка. — Харків–Київ: Основа: Знання, 1998. — 256 с.
8. *Кириллов В. И, Старченко А. А.* Логика. — М.: Высшая школа, 1982. — С. 219.
9. Кодекс Украины об административных правонарушениях. Научно-практический комментарий. — Харьков: Одиссей, 2000. — 1008 с.
10. *Кондаков Н. И.* Логический словарь. — М.: Наука, 1971. — С. 139.
11. *Первомайський В. Б.* Психіатричний діагноз: проблема доведення // VIII з'їзд невропатологів, психіатрів та наркологів УРСР: Тези доповідей. — Харків, 1990. — Ч. 2. — С. 47–48.
12. *Тарасов К. Е., Великов В. К., Фролова А. И.* Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы). — М.: Медицина, 1989. — 272 с.
13. Уголовно-процессуальный кодекс Украины (с изм. и доп. по состоянию на 1 января 2004 г.). — Харьков: Одиссей, 2004. — 263 с.
14. Цивільний процесуальний кодекс України (прийнятий 18 березня 2004 р.). — Харків: Вапнярчук Н. М., 2004. — 176 с.
15. Юридична енциклопедія: В 6 т. / Редкол. Ю. С. Шемшученко та ін. — Київ: Українська енциклопедія, 1998. — Т. 2. — С. 270–271.

Примечание

1. В некоторых регионах Украины эти недостатки не устранены до настоящего времени.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

В. Илейко

Конституционное провозглашение Украины демократическим, социальным, правовым государством [1] ориентирует систему законодательства на такое устройство, в котором права каждого человека были бы надёжно гарантированы, защищены законом.

Одним из инструментов защиты прав граждан является судебно-психиатрическое экспертное исследование.

Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) в гражданском процессе решает вопросы, связанные в конечном итоге с определением дее-недееспособности граждан. Эти категории являются юридическими, т. е. решение вопроса об их наличии либо отсутствии является компетенцией юридических органов. Вместе с тем сомнения в дееспособности, основывающиеся на данных о психической неполноценности лица, наличии у него признаков психического заболевания, разрешаются при проведении СПЭ, назначение которой при решении вопросов дее-недееспособности является обязательным согласно ст. 258 ГПК [2].

Первые законодательные акты, регламентирующие дееспособность лица и включающие оценку его психического состояния, относятся к временам Римской империи. Для нашей страны подобный законодательный акт — «Закон Судный — людям», где, в частности, указывалось, что при составлении духовного завещания завещатель должен быть в здравом уме и твёрдой памяти, относят к 12 веку, времени правления князя Владимира. Научное изучение отдельных аспектов судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе началось со второй половины 19 века, и было связано с проведением судебной реформы и экономическими преобразованиями в Российской империи.

Частным вопросам экспертизы дееспособности и, в первую очередь, установлению дееспособности лиц, составлявших духовное завещание, уделяли внимание и подчёркивали трудность этого экспертного исследования В. П. Сербский, Я. А. Боткин, С. С. Корсаков. Последний отстаивал необходимость определённого порядка проведения экспертного исследования при посмертной СПЭ, считая этот вид экспертизы наиболее сложным [3].

Вместе с тем, в 1910 году, на III съезде отечественных психиатров выступающие (А. Ф. Кони, О. А. Чечотт, Я. А. Боткин) подчёркивали нерешённость как теоретических, так и практических вопросов, касающихся СПЭ в гражданском процессе [4–6].

После революции 1917 года в СССР до 60-х годов судебно-психиатрические экспертизы в гражданском процессе проводились крайне редко. Научная разработка проблемы дееспособности, частных вопросов экспертизы дееспособности не проводилась вообще. В учебник судебной психиатрии глава о судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе впервые была включена только в 1954 году. До вступления в силу «Основ гражданского судопроизводства» (1962) признание недееспособности проводилось районными исполнительными комитетами Советов депутатов трудящихся. С 1962 г. недееспособность стала устанавливаться судом, что привело к назначению судебными органами судебно-психиатрических экспертиз для решения этого вопроса [7]. Вначале их количество занимало весьма незначительный процент по отношению к

экспертизам по уголовным делам, с 80-х годов отмечалось увеличение СПЭ по гражданским делам. Так, по данным Л. А. Яхимович, Р. К. Ряшитовой [8], количество подэкспертных, направленных на амбулаторную СПЭ по гражданским делам в 1985 г. возросло более чем в 8 раз по сравнению с 1975 г. (с 2% до 16,7%). Согласно статистическим показателям Киевского городского Центра СПЭ, в последние 5 лет отмечалась относительная стабильность процентного соотношения СПЭ по уголовным и гражданским делам. Вместе с тем экспертная практика выявляет определённые структурные изменения среди СПЭ по гражданским делам, с увеличением среди них экспертиз, касающихся как очной, так и посмертной оценки психического состояния лица на период юридических сделок, появлением новых видов экспертиз, в том числе назначаемых и при рассмотрении исков по пересмотру ранее установленных психиатрических диагнозов. К сожалению, это невозможно подтвердить статистически в связи с отсутствием в используемой отчётной документации показателей по отдельным видам экспертиз в гражданском процессе.

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе объединяет в себе ряд проблем (научных, организационно-методических), часть из которых являются специфичными именно для этой области СПЭ, другие же носят более широкий и общий характер.

Комплекс организационно-методических проблем касается судебно-психиатрической экспертизы в целом, и их нерешённость затрудняет её функционирование в соответствии с требованиями закона [8].

Так, на сегодняшний день, помимо отсутствия цельной системы судебно-психиатрических учреждений в рамках одной службы:

а) не решены вопросы подготовки и переподготовки кадров по специальности — «судебно-психиатрическая экспертиза»;
б) не проводятся встречи, рабочие совещания, семинары специалистов по судебной психиатрии, руководителей экспертных подразделений и, таким образом, не обсуждаются интересующие их вопросы;
в) отсутствует статистический анализ деятельности службы, при этом требует научной разработки отчётная документация, т. к. существующая не позволяет составить объективного представления о целом ряде показателей, характеризующих работу службы;
г) отсутствуют национальные инструктивные документы, регламентирующие работу СПЭ.

Касаясь частных организационных вопросов, следует отметить, что основным субъектом СПЭ является психиатр-эксперт, а не экспертное учреждение или экспертная комиссия; как указано в Уголовно-процессуальном кодексе, лично ему поручается проведение экспертизы и лично он несёт за неё ответственность. Для обеспечения требований Закона «О судебной экспертизе», указывающего на необходимость получения судом независимого, квалифицированного, объективного, ориентированного на максимальное использование достижений науки и техники экспертного заключения, именно психиатр-эксперт, его профессионализм, опыт, квалификация и независимость являются гарантом такого заключения.

В настоящее время эксперт-психиатр подменён понятием «экспертная комиссия», хотя в действующем законодательстве отмечено, что производство экспертизы поручается «одному или нескольким экспертам», «лицу, обладающему специальными познаниями для дачи заключения» и лишь при необходимости (производстве особо сложных и

повторных экспертиз) может быть поручено комиссии экспертов (ст. 198 УПК Украины, ст. 57 ГПК Украины). Сейчас же судебно-психиатрические экспертизы всегда проводятся как минимум 3-мя, а иногда и 5-ю, 6-ю экспертами различного уровня квалификации. Поэтому возникает вопрос, а всегда ли необходимо и экономически целесообразно комиссионное проведение экспертизы.

Закон, подзаконные акты требуют, чтобы каждый член комиссии самостоятельно исследовал объекты экспертизы и высказал по этому поводу собственное мнение, обосновав его, и если мнения всех членов комиссии совпадут, готовится совместное заключение, а если нет, то каждый эксперт должен подготовить собственное заключение.

Что же происходит на самом деле на сегодняшний день? Объекты экспертизы (материалы дела, подэкспертного) исследует докладчик, а член комиссии и председатель мимоходом знакомятся с ними во время заседания экспертной комиссии. При этом докладчиком часто является более молодой врач, а председателем — главный врач, его заместитель, заведующий судебным отделением. О какой независимости, обоснованности мнений каждого члена комиссии можно говорить в таком случае, если имеет место совершенно различный уровень их профессиональной подготовки и квалификации (не говоря о психологическом давлении, влиянии более опытного психиатра, а иногда и прямом административном давлении председателя комиссии, являющегося при этом непосредственным руководителем докладчика, члена комиссии).

Экспертизы различаются по сложности и поэтому психиатр, работающий в экспертизе 2–3 года, не может и не должен сразу же проводить наиболее сложные виды СПЭ. Необходимо, чтобы эксперт аттестовался на проведении того или иного вида экспертного исследования и получал право на возможность его проведения с учётом своего стажа, квалификации и уровня подготовки.

В комплексе научных проблем наиболее важными и требующими дальнейшей разработки являются: а) проблема дее-недееспособности, ограниченной дееспособности;
б) разработка критериев диагностической и экспертной оценки психических расстройств при различных видах СПЭ в гражданском процессе.

Проблема дее-недееспособности, несмотря на её важность и актуальность, как с точки зрения защиты прав лиц с психическими нарушениями, так и потребностей теории и практики судебной психиатрии, не разработана в достаточной мере. Существующие в рамках этой проблемы положения устарели, отсутствуют единые, отвечающие требованиям научной методологии подходы к понятиям «дееспособность», «недееспособность», «ограниченная дееспособность», их взаимоотношению между собой и другими понятиями в данном разделе науки.

Законодательное обеспечение решения вопросов недееспособности несовершенно и не отвечает запросам практики. Необходимость исследования проблемы дее-недееспособности обусловлена ещё и перспективой введения в законодательство института ограниченной дееспособности в отношении лиц с психическими расстройствами, а не только в отношении несовершеннолетних и страдающих алкоголизмом и наркоманией, как это предусмотрено в законе до настоящего времени. При этом проблема ограниченной дееспособности практически вообще не исследовалась, как во времена СССР, так и в настоящее время. Поэтому понятия «дееспособность», «недееспособность», «ограниченная дееспособность» требуют анализа с современных позиций, а критерии дее-недееспособности — уточнения и обоснования.

Вопросы экспертной и диагностической оценки различных психических расстройств при экспертизе в гражданском процессе мы рассматриваем также в комплексе научных проблем, т. к. экспертное исследование по своей сути является научным (по крайней мере должно быть таковым) и разработка критериев экспертной оценки является научной проблемой, а экспертное исследование по своей структуре и содержанию должно носить научный характер.

Анализ экспертиз, проводимых в отделе СПЭ, экспертиз из различных регионов Украины, а также обращений судей, адвокатов показывают, что наибольшие трудности (в рамках СПЭ в гражданском процессе) возникают при диагностической и экспертной оценке психического состояния на период тех или иных юридических действий в отношении:

1. Лиц с алкогольной зависимостью, что обусловлено как неразработанностью психиатрических аспектов проблемы ограниченной дееспособности лиц, страдающих алкоголизмом, так и однозначным содержанием, которое вкладывается законом при формулировании этой юридической категории, сложностью оценки их состояния на период оформления сделки, т. к. эти сведения носят зачастую односторонний характер и представлены показаниями заинтересованной стороны (при отчуждении жилья у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом).
2. Лиц с умственной отсталостью, что связано с необходимостью дифференцированной оценки степени интеллектуальной недостаточности, требующей сопоставления проявлений психического (преимущественно интеллектуального) дефекта с профессиональной деятельностью испытуемого, особенностями совершённого им юридического действия, анализом его способности понимать не только фактическую, но и содержательную сторону этого действия.
3. Лиц с психическими расстройствами вследствие сосудистых заболеваний головного мозга (в первую очередь, церебрального атеросклероза), что обусловлено различными научными взглядами и подходами к феноменологии психических расстройств сосудистого генеза, расплывчатостью и неоднозначностью понятий «психоорганический синдром», «интеллектуально-мнестическое снижение», отсутствием чётких критериев их экспертной оценки, особенно в рамках разделения сосудистой (парциальной, лакунарной) деменции и интеллектуально-мнестических расстройств сосудистого генеза, не достигающих степени выраженности слабоумия.

Отдельно необходимо затронуть проблему посмертной СПЭ в гражданском процессе, которая предполагает ретроспективную оценку психического состояния лица на интересующий суд период времени на основании изучения и анализа сведений об этом лице из материалов дела, медицинской документации, других документов.

Относясь к категории особо сложных видов экспертизы, посмертная СПЭ в последние десятилетия не исследовалась с точки зрения её особенностей и специфики, методических подходов, экспертной оценки психических расстройств с учётом достижений науки и изменений в законодательстве. Практический опыт показывает, что гражданские дела, при рассмотрении которых возникают сомнения в психическом благополучии умершего лица на период оформления им того или иного юридического документа, продолжаются годами из-за невозможности суда получить доказательное, отвечающее требованиям закона и современному уровню психиатрической науки экспертное заключение, что в свою очередь является основанием назначения повторных судебно-психиатрических экспертиз.

С учётом сложности данного вида экспертизы, для её выполнения необходимы:

а) обязательный соответствующий уровень профессиональной подготовки эксперта (стаж экспертной работы, подготовка на специализированных курсах, аттестованность);
б) разработка методологических принципов и методических подходов, касающихся изучения, анализа и оценки объектов экспертизы при данном виде экспертного исследования, применение которых должно способствовать обеспечению научности и доказательности экспертных заключений в соответствии с требованиями закона, наличие действующих инструктивно-методических документов и современных научных разработок в области методики исследования [9–11].

Представленное обсуждение некоторых вопросов, касающихся судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе, не претендуя на всестороннее и полное освещение и анализ существующих проблем, показывает важность научных исследований в этой области и назревшую актуальность организационных сдвигов как в этом разделе экспертологии, так и в судебно-психиатрической экспертизе в целом.

Литература

1. Коментар до Конституції України. — Київ, 1996. — С. 27–30.
2. Гражданский процессуальный кодекс: Научно-практический комментарий. — Киев: Издательство политической литературы Украины, 1979. — 608 с.
3. *Холодковская Е. М.* Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике. — М., 1967. — 112 с.
4. *Кони А. Ф.* Психиатрическая экспертиза и действующие законы // Труды III съезда отечественных психиатров. — СПб, 1911. — С. 19–38.
5. *Чечотт О. А.* К вопросу об освидетельствовании душевнобольных с целью учреждения над ними опеки // Труды III съезда отечественных психиатров. — СПб, 1911. — С. 247–249.
6. *Боткин Я. А.* Роль и значение психиатров при освидетельствовании душевнобольных в Особом Присутствии Губернского правления // Труды III съезда отечественных психиатров. — СПб, 1911. — С. 873–879.
7. *Морозов Г. В., Лунц Д. Р., Фелинская Н. И.* Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. — М.: Медицина, 1976. — 336 с.
8. *Яхимович Л. А., Ряшитова Р. К.* Пути совершенствования работы амбулаторных судебно-психиатрических комиссий // Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы. — М., 1989. — С. 52–59.
9. Закон України «Про судову експертизу». — Київ, 1994.
10. *Первомайський В. Б., Ілейко В. Р., Цубера А. І., Кригіна Л. О., Шурдук В. І.* Складання акту судово-психіатричної експертизи: Методичні рекомендації. — Київ, 1995. — 25 с.
11. *Первомайский В. Б.* Невменяемость и пределы компетенции психиатра-эксперта. — Дис. … д-ра мед. наук. — Киев, 1996. — 360 с.

СУДЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО ДЕЛАМ О ПРИЧИНЕНИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА

В. Б. Первомайский

В последнее время участились случаи обращения граждан в суд с исками о возмещении морального вреда. На начальном этапе для этого используются заключения психологов о якобы причинённом потерпевшему моральном вреде. Такое внесудебное исследование проводится на основании запроса адвоката в соответствии со статьёй 6 Закона «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. Как правило, в этих случаях назначается судебная экспертиза психологическая, психиатрическая или комплексная психолого-психиатрическая. Экспертная практика выявляет ряд существенных, принципиального характера недостатков подобных заключений и последующих экспертиз, которые не только вводят в заблуждение суд, но и могут провоцировать необоснованные притязания потерпевших. Причины этого кроются, с одной стороны, в несовершенстве законодательной базы, которая не содержит научно обоснованных определений различных видов ущерба или вреда. С другой — в недостаточной профессиональной подготовке как юристов, выбирающих специалистов и экспертов для производства таких исследований, так и последних, берущихся за их проведение.

В качестве примера приведём выдержки из такого внесудебного заключения специалиста, составленного психологом по запросу юридической фирмы. Перед психологом поставлены вопросы:

1. Был ли причинён указанным особам моральный вред в результате трагедии, которая произошла (дата) вследствие (описание трагедии)?
2. Каков характер, объём, глубина и продолжительность моральных переживаний у обследуемых и чем они вызваны?
3. Какие моральные и физические страдания испытали обследуемые в момент (описание трагедии) и в последующий период?
4. Необходим ли в настоящее время комплекс реабилитационных мероприятий потерпевшим, если необходим, то какими должны быть их направленность, характер и объём?

Теперь цитата из заключительной части: «Таким образом, психологический анализ материалов, которые были представлены на исследование, анализ психологической информации, которую сообщили (фамилии обследованных лиц) и результаты психологических измерений свидетельствуют, что указанные события (дата) создали для них без их волеизъявления чрезмерные препятствия в виде значительных стрессогенных нарушений жизни, преодоление которых находится за пределами имеющихся физических и материальных ресурсов, возрастных и психологических возможностей потерпевших. В этих условиях особенности ситуации, которая сложилась в жизни заявительницы и членов её семьи, причинили ущемление фундаментальной потребности личности в безопасности и защите, а в дальнейшем причинили искусственное ограничение их жизнедеятельности на физическом, соматическом (состояние здоровья), личностном и социальном уровнях, привели к стойкому состоянию психологического дискомфорта с вынужденным ограничением продуктивности личностного жизненного времени, вызвали и поддерживают интенсивные проявления высоко дифференцированных (психологически сложных, на моральном уровне) психотравмирующих переживаний, что поражает

личность заявительницы и членов её семьи и тем причиняет каждому из них моральный вред».

После такого обобщения следуют выводы:

1. В результате трагедии, которая произошла (дата и суть трагедии), в том числе в квартире, в которой проживали (фамилии потерпевших), им был причинён моральный вред.
2. Стрессогенное нарушение жизни (фамилии потерпевших), которое вызвали события (дата трагедии), обусловило и поддерживает до настоящего времени у членов семьи проявления психотравмирующих переживаний сложного психологического (на моральном уровне) содержания с разрушительным влиянием относительно возможностей потерпевших самостоятельно поддерживать адаптивный уровень собственной жизнедеятельности.
3. В момент (описание трагедии) обследуемые испытали деструктивные переживания витальной (связанной со страхом за жизнь) тревоги, что привело к острому эмоциональному стрессу (психологическому шоку, потрясению), а в последующий период — ущемление фундаментальной для личности потребности в безопасности и защите, что привело к стойким изменениям эмоциональной жизни в сторону возникновения психологически разрушительных переживаний собственной беспомощности, зависимости от условий, преодоление которых находится за наличными (физическими, материальными, возрастными, психологическими) возможностями, до неуверенности в будущем.
4. В настоящее время потерпевшим необходим комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление нарушенных у них адаптивных стереотипов жизнедеятельности, устранения негативных, разрушительных относительно проявлений потенциальных возможностей личности, психологических последствий стрессогенных событий.

Чтобы разобраться в представленном в цитированном заключении хитросплетении неопределённых психологических словесных конструкций, попытаемся их упростить и вычленить из них понятия, наиболее существенные с точки зрения сути рассматриваемого вопроса.

В первом выводе заключения психолог в категорической форме утверждает, что потерпевшим был причинён моральный вред. Обратимся в связи с этим к дефиниции понятия «мораль». Мораль (лат. mores — нравы) определяется в философии как одна из форм общественного сознания, социальный институт, выполняющий функцию регулирования поведения людей во всех без исключения областях общественной жизни. С одной стороны, требования морали отличаются от простого обычая или традиции, получая идейное обоснование в виде представлений, как человеку следует жить и поступать. С другой стороны — мораль отличается от права тем, что выполнение каждым нравственных требований контролируется всеми и санкционируется лишь формами духовного воздействия (общественная оценка, одобрение или осуждение совершённого поступка) [6]. Вряд ли есть основания полагать, что нравственность, моральные нормы поведения, общественное одобрение и осуждение составляют предмет психологии. В рассматриваемом контексте понятие «моральный вред» является исключительно юридическим понятием. Его установление является прерогативой суда. И уже поэтому ответ психолога на вопрос о причинении морального вреда является выходом за пределы компетенции.

Во втором выводе заключения психолог фактически указывает на причинно-следственную связь между стрессогенными событиями, психотравмирующими переживаниями, длящимися с момента событий до момента психологического исследования (7,5 мес.), и дезадаптацией потерпевших.

В третьем выводе говорится об остром эмоциональном стрессе у потерпевших, который, говоря категориями действующей в Украине Международной классификации болезней (10-й пересмотр), перешёл в посттравматическое стрессовое расстройство с соответствующими психологическими переживаниями.

В четвёртом выводе утверждается необходимость в реабилитационных мероприятиях для восстановления способности к адаптации у потерпевших и устранения психологических последствий стрессогенных событий.

Теперь выделим в выводах несколько понятий, наиболее важных с экспертной точки зрения: «стрессогенное нарушение жизни», «острый эмоциональный стресс», «разрушительное влияние относительно возможностей потерпевших самостоятельно поддерживать адаптивный уровень собственной жизнедеятельности» (иными словами — дезадаптация и необходимость посторонней помощи), «необходимость реабилитационных мероприятий для восстановления нарушенных адаптивных стереотипов жизнедеятельности» (иными словами — потерпевших нужно возвращать к прежнему здоровому состоянию с помощью специальных методов), «искусственное ограничение их жизнедеятельности на физическом, соматическом (состояние здоровья), личностном и социальном уровнях» (по понятиям медико-социальной экспертизы — снижение уровня жизнедеятельности, что может служить основанием для установления инвалидности).

Приведём современное определение болезни. В настоящее время болезнь определяется как «жизнь, нарушенная в своём течении повреждением структуры и функции организма под влиянием внешних и внутренних факторов…» и характеризуется «общим или частичным снижением приспособляемости к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного» [7]. Сопоставив это определение с заключением психолога, нетрудно увидеть, что последний использует термины, характеризующие болезнь. О какой именно болезни идёт речь, можно узнать, открыв «Международную классификацию болезней (10-й пересмотр)», раздел F43 — «Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации» с подразделами: F43.0 — «Острая реакция на стресс»; F43.1 — «Посттравматическое стрессовое расстройство»; F43.2 — «Расстройства адаптации» [3]. В каждом из этих подразделов даётся достаточно подробное описание симптомов психического расстройства, их динамики, продолжительности и связи со стрессогенным фактором. Учитывая ограниченный объём статьи, предоставим возможность читателю убедиться в этом самостоятельно.

Таким образом, в выводах психолога имеется полный набор признаков болезненного расстройства психики, кстати, одинаковый для всех потерпевших, что маловероятно с точки зрения генеза постстрессовых травматических расстройств, выявление и квалификация которых относится к компетенции психиатра.

Из этого следует четыре очевидных вывода.

1. В рассматриваемом случае психолог без применения соответствующего заявленному результату клинико-психопатологического метода диагностирует расстройство психики, предусмотренное действующей «Международной классификации болезней (10-й пересмотр)».

2. Диагностируя психическое расстройство, психолог выходит за пределы своей компетенции и маскирует это психологической терминологией.
3. Заключение о моральном вреде фактически построено на выявленных признаках психического расстройства, то есть произведена подмена понятий. Вред психическому здоровью идентифицирован с моральным вредом, что не имеет под собой никаких оснований с точки зрения существенных признаков явлений, обозначаемых этими понятиями.
4. Высказываясь о причинённом потерпевшим моральном вреде, психолог выходит за пределы своей компетенции.

Мы не рассматриваем пока, насколько доказательны выводы психолога о выявленных нарушениях психики и «психотравмирующих переживаниях сложного психологического (на моральном уровне) содержания», учитывая длительность периода между датами произошедшей трагедии и исследования, при отсутствии какой-либо медицинской документации или иных объективных данных, подтверждающих наличие у потерпевших указанных расстройств.

Законодательные представления о моральном вреде. Чтобы разобраться в причинах появления некомпетентных заключений о причинённом моральном вреде, обратимся к закону. Право на возмещение причинённого физическому или юридическому лицу морального (неимущественного) вреда предусмотрено в целом ряде законодательных актов. Из них можно назвать Гражданский кодекс (ст. 7, 440^1), Кодекс законов о труде (ст. 173^1), 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 обращениях граждан» (ст. 25) и др. 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» [1] сводит к следующему определению: *«Под моральным вредом следует понимать потери неимущественного характера вследствие моральных или физических страданий, или иных негативных явлений, причиненных физическому или юридическому лицу незаконными действиями или бездеятельностью 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 и судом, в нарушении нормальных жизненных связей вследствие невозможности продолжения активной общественной жизни, нарушении отношений с окружающими людьми, при наступлении других негативных последствий»*.

Приведённая цитата наглядно демонстрирует определённую эклектичность представлений законодателя об объёме и содержании понятия «моральный вред». Единственным её оправданием является необходимость первоначального разделения вреда материального (имущественного) и нематериального (неимущественного). И, как часто бывает, некритичное, произвольное использование понятий привело к отождествлению нематериального вреда с моральным. Примерами таких ошибок в судебной психиатрии является отождествление психологического и юридического критериев вменяемости–невменяемости или, скажем, отождествление юридического понятия «невменяемость» с психическим состоянием. Однако, если остановиться на таком дихотомическом делении вреда только на материальный и нематериальный, то ошибки, спекуляции и злоупотребления, особенно при проведении судебной экспертизы по делам о моральном

вреде, просто неизбежны. И, прежде всего, потому, что решение в таких случаях конкретных экспертных вопросов требует привлечения специалистов по различным областям знаний.

Возвратимся в связи с этим к приведённой выше цитате и перечислим представленные в ней обстоятельства, охватываемые понятием «моральный вред». Это:

- моральные или физические страдания;
- унижение чести, достоинства, престижа или деловой репутации;
- моральные переживания в связи с повреждением здоровья;
- нарушение права собственности (в том числе интеллектуальной),
- нарушение прав, предоставленных потребителям;
- нарушение иных гражданских прав;
- незаконное пребывание под следствием и судом;
- нарушение нормальных жизненных связей вследствие невозможности продолжения активной общественной жизни;
- нарушение отношений с окружающими людьми;
- наступление других негативных последствий.

Если попытаться систематизировать этот перечень, то следует считать, что законодательное понятие «моральный вред» включает в себя по меньшей мере четыре составляющие:

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 (включая вред материальный).

При этом вред физический и психический причиняется потерпевшему непосредственно и связан с изменением его физического (соматического, телесного) и психического функционирования как биосоциального [5] существа. Содержанием этих разновидностей вреда является физическая (соматическая) болезнь или увечье, а также психическое расстройство, появление которых находится в причинно-следственной связи с определёнными действиями или бездействием других лиц. Собственно моральный вред включает в себя всё то, что связано с унижением чести, достоинства, престижа или деловой репутации и нарушением прав гражданина. Он причиняется не непосредственно потерпевшему, а скорее его социальному отражению в общественном мнении. Это, естественно, может вызывать определённые психологические переживания, но лишь при определённых условиях, на которых мы пока не останавливаемся.

В силу сказанного психологический вред или психологические переживания причиняются субъекту опосредованно через все указанные виды вреда. С этой точки зрения сюда же следует включать и материальный вред. Хотя бы потому, что трудно представить психически здорового человека, который психологически не переживал бы реальные материальные потери. В силу этого психологический вред не является самостоятельным. Он может быть только в связи с иными формами причинённого вреда, но может и не сопровождать их.

Разумеется, как человек един во всех его проявлениях и связи с окружающей его средой, так и все формы причиняемого ему вреда взаимосвязаны между собой. Так, очевидно, что причинённое потерпевшему физическое увечье, повлекшее утрату трудоспособности и

инвалидность, наносит ущерб не только его здоровью, но и его социальному функционированию, приводя к нарушению нормальных жизненных связей, ограничению или невозможности продолжения активной личной, деловой и общественной жизни, нарушению отношений с окружающими людьми. Это, в свою очередь, меняет социальное отражение данного субъекта с точки зрения общественного мнения. Каждый из этих элементов в отдельности, как и их совокупность, не может не отражаться в его сознании и не оказывать влияния на его психику. Порождаемые таким образом психологические переживания при определённом стечении обстоятельств могут приводить и к болезненным расстройствам психической деятельности.

На основании изложенного может быть предложена следующая рабочая схема разновидностей вреда, причинённого потерпевшему незаконными действиями или бездеятельностью других лиц.

Объекты и предмет судебной экспертизы морального вреда. В отечественной судебной психиатрии достаточно детально разработаны методологические подходы к определению понятий объектов и предмета судебно-психиатрической экспертизы, пределов компетенции психиатра-эксперта, а так же ряд актуальных вопросов осуществления экспертного исследования. Чтобы не повторять их и не останавливаться на определениях понятий, отсылаем читателя к монографии «Невменяемость» [4] и попытаемся применить разработанные подходы к судебной экспертизе морального вреда.

По общим правилам объектами судебной экспертизы в данном случае являются все процессуальные источники, содержащие информацию, освоение которой требует специальных знаний. Это живое лицо, материалы дела и медицинская документация. Исследование каждого из этих объектов предполагает применение специальных методов, позволяющих получить научно обоснованный факт.

Если исходить из предложенной выше схемы, то предметом судебной экспертизы морального вреда является определение и квалификация нарушений структуры и функции органов и систем человека и установление их причинной связи с определёнными действиями (бездействием) других лиц. В зависимости от вида экспертизы её предмет

детализируется. Установление факта физического вреда требует исследования состояния соматических органов и систем (включая неврологическое состояние) и относится к компетенции судебно-медицинской экспертизы. Установление психического вреда предполагает определение состояния психики и сознания лица, их болезненных нарушений и причинной связи с юридически значимыми действиями (бездействием) других лиц. Здесь необходимы судебно-психиатрические знания. Наконец, установление судом психологического вреда невозможно без привлечения психологических знаний. Судебно-психологическая экспертиза устанавливает характер неболезненных отклонений в психических переживаниях субъекта, их глубину, длительность и причинную связь с юридически значимыми действиями (бездействием) других лиц.

Собственно моральный вред, как-то: унижение чести, достоинства, престижа или деловой репутации и пр. устанавливается исключительно судом, поскольку сфера морали не входит в компетенцию названых экспертов.

Формулирование вопросов эксперту определяется потребностью суда в специальных знаниях для установления факта такого изменения физического и психического функционирования субъекта, которое представляет юридический интерес и предусмотрено действующим законодательством в качестве основания для сатисфакции. Последняя же возможна лишь в том случае, если установленные изменения произошли вследствие юридически значимых действий (бездействия) других лиц против подэкспертного. Следовательно, определившись в характере необходимых специальных знаний, суд, назначая судебно-медицинскую экспертизу, может поставить эксперту вопросы:

1. Обнаруживает ли N признаки какого-либо соматического заболевания или телесного повреждения?
2. Какова степень тяжести имеющегося соматического заболевания или телесного повреждения?
3. Может ли имеющееся соматическое заболевание или телесное повреждение находится в причинной связи с совершёнными в отношении N действиями (бездействием)?

Если назначается судебно-психиатрическая экспертиза, то это могут быть вопросы:

1. Обнаруживает ли N признаки какого-либо болезненного расстройства психической деятельности?
2. Какова степень тяжести имеющегося болезненного расстройства психической деятельности?
3. Может ли имеющееся болезненное расстройство психической деятельности находиться в причинной связи с совершёнными в отношении N действиями (бездействием)?

Соответственно при назначении судебно-психологической экспертизы могут быть поставлены вопросы:

1. Обнаруживает ли N какие-либо психологические переживания или страдания?
2. Какова степень тяжести имеющихся психологических переживаний или страданий?
3. Могут ли имеющиеся психологические переживания или страдания находится в причинной связи с совершёнными в отношении N действиями (бездействием)?

При назначении комплексной экспертизы в любой комбинации экспертов вопросы, тем не менее, должны ставиться каждому эксперту. Это связано с тем, что каждый эксперт представляет самостоятельную область специальных знаний. Поэтому, вопреки бытующему мнению, комплексная экспертиза не может иметь какого-либо самостоятельного «комплексного» предмета и не имеет принципиальных преимуществ, кроме чисто организационных, перед последовательным проведением необходимых экспертиз. Важно помнить одно — экспертизы для установления факта телесных повреждений и наличия болезненных расстройств психической деятельности должны проводиться до психологической экспертизы. В противном случае психолог лишается возможности установить причинную связь психологических переживаний с указанными нарушениями.

Пределы компетенции экспертов и доказательство экспертных выводов

По установившейся практике в уголовном процессе понятие «тяжесть телесных повреждений» включает в себя не только соматические травмы и болезни, но и психические расстройства. Поэтому характер и степень телесных повреждений определяется судебно-медицинской экспертизой на основании «Правил судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений», утверждённых приказом Министерства здравоохранения Украины от 17 января 1995 г. № 6. В части установления психического заболевания указанными правилами компетенции разделены. Диагноз психического заболевания и причинно-следственная связь между повреждением и психическим заболеванием устанавливается психиатрической экспертизой. А степень тяжести такого телесного повреждения определяется судебно-медицинским экспертом с учётом выводов психиатрической экспертизы (п. 2.1.5 Правил). Адекватные объяснения такого разделения отсутствуют, хотя то, что такая постановка вопроса заставляет выходить судебно-медицинского эксперта за пределы своей компетенции, очевидна. Коллизия состоит в том, что качественно определённое состояние устанавливает психиатр, а количественные характеристики (тяжесть) устанавливает не психиатр. Эта ситуация требует исследования и изменения.

Если вопросы установления наличия психических расстройств, их тяжести, причинной связи с определёнными факторами более или менее отработаны в теории и практике судебно-психиатрической экспертизы, то проблема доказательной диагностики психологических переживаний или страданий ещё требует своего научного исследования и разрешения. Для этого всё разнообразие психологических феноменов, охватываемых понятиями «переживания» и «страдания», должно быть систематизировано и приведено к стандарту. Наряду с внедрением в психологическую экспертизу экспертного метода исследования, о чём ещё в 1970 г. писал А. В. Дулов [2], разработка такого стандарта предполагает научное определение понятий и является обязательным условием обеспечения доказательности выводов. Пока таких стандартов нет, пока адекватно не разрешены вопросы взаимоотношения презюмируемого и реального морального вреда, как и его симуляции, любое категорическое заключение эксперта по этой проблеме есть не более чем осознанная или неосознанная спекуляция на неосведомлённости иных лиц.

Проблема определения материального эквивалента нематериального вреда

Поскольку находятся психиатры и психологи, которые пытаются отвечать на вопрос о сумме компенсации причинённого морального вреда, эту проблему нельзя обойти молчанием. Уже её название заключает в себе противоречие. Частица «не» указывает на контрадикторность, взаимоисключаемость понятий «материальный» и «нематериальный» вред. Отсюда следует, что нематериальным может считаться только такой вред, который

не имеет имманентно присущего ему материального выражения. Поэтому любые предложения по материальному выражению нематериального вреда могут базироваться только на соглашении, то есть по своей сути являются конвенциональными. Это, в свою очередь, исключает наличие научных критериев материального выражения нематериального вреда. Следовательно, вопрос об этом не является экспертным вопросом. Ответ на него экспертов — психолога или психиатра является выходом за пределы компетенции, поскольку средствами психологии и психиатрии решить его невозможно. Ни одна из этих наук не содержит критериев материального выражения идеального явления. Поэтому следует полагать, что вопрос материального эквивалента нематериального вреда (с его минимальным и максимальным размером) должен быть решён законодателем.

Для оценки физического и психического вреда, то есть в тех случаях, когда речь идёт о нарушении структуры и функции органа с ограничением жизнедеятельности, материальным эквивалентом вреда могут быть общественно необходимые затраты, направленные на восстановление нарушенного здоровья и устранение социальных последствий этого нарушения. Невозможность полного восстановления здоровья должна компенсироваться, по меньшей мере, обеспечением среднего прожиточного минимума для потерпевшего, а возможно, и для его иждивенцев. Можно предполагать, что компенсация психологического вреда не может превышать размеры компенсации любой иной формы вреда, в результате которого возникли психологические переживания. Однако повторим, что решение этого вопроса не входит в компетенцию экспертов — психиатра и психолога, и вполне возможно, что законодатель применит для этой цели иные принципы и подходы.

Отсутствие на сегодняшний день адекватного законодательного решения порождает многочисленные попытки разработать методики, которые позволили бы рассчитать материальный эквивалент морального вреда. Тем самым как бы придаётся вид объективности заявленной сумме компенсации. Хотя, с точки зрения научной обоснованности, применительно к оценке морального вреда такие предложения выглядят весьма сомнительно. Так, в разъяснениях и комментариях к нормативным актам по возмещению материального и морального вреда [1] приводятся предложения С. И. Шимона. В них выделяются определённые разновидности моральных, психических страданий и каждой присваивается свой коэффициент. Так, например, по характеру моральные страдания подразделяются на простые, душевные и психические страдания, связанные с физической болью — с коэффициентами соответственно 1–1,5–3. То есть, психические страдания, связанные с физической болью, по мнению автора этого предложения, как бы в 2 раза тяжелее душевных страданий и в 3 — простых страданий. Но чем они различаются между собой и, что главное, как доказать их наличие, остаётся неизвестным. Остаётся неизвестным также, почему такой вид психических страданий, как обеспокоенность и нервозность, имеет коэффициент 1, стыд — 5, а страх и отчаяние — 3?

Российский автор А. М. Эрделевский [8] предлагает свою таблицу расчёта компенсации презюмируемого морального вреда. За относительную единицу он принимает причинение тяжкого вреда здоровью, совершённое с особой жестокостью, издевательствами или мучениями. Абсолютный размер такого возмещения принимается равным 720-кратному размеру минимальной заработной платы. Все остальные возможные правонарушения и незаконные действия, причиняющие моральный вред, определяются как та или иная часть единицы. Так истязание оценивается в 0,3 относительной единицы (отн. ед.), так же, как и незаконное помещение в психиатрический стационар (за один день). Похищение человека, повлёкшее тяжкий или средней тяжести вред здоровью, оценивается в 1,5 отн. ед., а неоказание помощи больному, повлекшее причинение средней тяжести вред здоровью —

только в 0,03 отн. ед. То, что составляет собственно моральный вред, оценивается крайне низко. Дискриминация гражданина — 0,2, нарушение неприкосновенности частной жизни — 0,03, ущемление прав и свобод гражданина неправомерными действиями и решениями органов власти и управления — 0,05 и т. д.

Искусственность и субъективность таких предложений очевидна. В них игнорируются два фундаментальных принципа разработки подобных методик. На этапе структурирования изучаемого явления игнорируются научные правила классификации. На этапе измерения игнорируются современные методы изучения многофакторных социально-юридических проблем.

Разумеется, в одной статье невозможно осветить все проблемы, связанные с судебной экспертизой по делам о моральном вреде. Поэтому автором преследовалась цель указать на наиболее актуальные вопросы, без адекватного решения которых невозможно движение вперёд.

Литература

1. Відшкодування матеріальної та моральної шкоди: нормативні акти, роз'яснення, коментарі станом на 1 січня 2001 р. / Уклад. С. Е. Демський, В. С. Перепічай, В. А. Скоробагатько, М. І. Федишин; Відп. ред. П. І. Шевчук. — Київ: Юрінком Інтер, 2001. — С. 283–288.
2. *Дулов А. В.* Введение в судебную психологию. — М.: Юридическая литература, 1970. — С. 76.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.
4. *Первомайский В. Б.* Невменяемость. — Киев: КВІЦ, 2000. — 320 с.
5. *Тарасов К. Е., Черненко Е. К.* Социальная детерминированность биологии человека. — М.: Мысль, 1979. — 366 с.
6. Философский словарь / Под ред. И. Т. Фролова. — 5-е изд.. — М.: Политиздат, 1987. — 590 с.
7. Энциклопедический словарь медицинских терминов. — М.: Советская энциклопедия, 1982. — Т. 1. — С. 148.
8. *Эрделевский А. М.* Моральный вред и компенсация за страдания. Научно-практическое пособие. — М.: БЕК, 1998. — 188 с.

«ДЕЕСПОСОБНОСТЬ», «НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ» — ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОНЯТИЙ

В. Р. Илейко, В. Б. Первомайский

Важность изучения и дальнейшей разработки проблемы дееспособности связана с тем, что каждый совершеннолетний гражданин общества в течение своей жизни вступает в те или иные правовые отношения, совершает юридически значимые действия. Это касается и психически здоровых лиц, и лиц с различными психическими расстройствами. В отношении последних изучение вопросов дееспособности–недееспособности особенно значимо, так как служит обеспечению прав и интересов психически больных и требует в связи с этим критериев оценки влияния тех или иных психических расстройств на способность гражданина осознавать свои действия, поступки, критически оценивать юридически значимые ситуации и прогнозировать их последствия, т. е. критериев дееспособности–недееспособности.

Дееспособность гражданина согласно ст. 11 ГК Украины [1] — это его способность своими действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности (гражданская дееспособность). Под такими действиями понимается личная для граждан возможность заключать договоры, распоряжаться имуществом, принимать наследство и отказываться от него, исполнять обязательства, отвечать за причинённый вред и т. п. Закон предусматривает, что все эти действия, которые влекут за собой определённые юридические последствия, могут совершаться только гражданами, способными сознательно вести дела и понимать значение своих действий. Дееспособность возникает в полном объёме с наступлением совершеннолетия, т. е. по достижении 18 лет. В случаях, когда законом допускается вступление в брак до достижения 18 лет, гражданин, не достигший восемнадцатилетнего возраста, приобретает дееспособность в полном объёме со времени вступления в брак.

Законом в дееспособности ограничиваются: 1) лица, не достигшие совершеннолетия; 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 опекун (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 (ст. 15 ГК Украины).

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 статье закона отмечено, что душевнобольные — это лица, которые страдают психическим заболеванием (шизофренией, прогрессивным параличом и др.), а слабоумные — умственно недоразвитые лица. В комментарии к ст. 256 ГПК Украины [2] отмечено, что определение недееспособности содержит в себе два критерия: медицинский — душевная болезнь, слабоумие и юридический — понимание значения своих действий или руководство ими.

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

Анализируя категории «дееспособности», «недееспособности», важно отметить следующее.

Объём понятия «дееспособность» включает в себя определённое лицо как субъект правоотношений, достигший совершеннолетия, т. е. возраста, которым закон определяет психическую зрелость лица, способность сознательно вести дела, осознавать свои поступки, а также все формы действий, имеющих юридическое значение и предусмотренных гражданским законодательством.

Содержанием понятия «дееспособность» является способность гражданина, достигшего совершеннолетия (психической зрелости) осознавать себя, окружающее, свои действия, их последствия и сознательно руководить ими, приобретать таким образом гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности.

Дееспособность презюмируется у граждан, достигших совершеннолетия, и предполагает, с одной стороны, возрастную зрелость, а с другой, — такое психическое состояние лица, которое обеспечивает ему способность осознавать свои действия и руководить ими.

Формула недееспособности содержит два критерия: медицинский — «душевная болезнь» или «слабоумие» и психологический — «понимание значения своих действий или руководство ими». Психологический критерий в действующем законодательстве (ст. 265 ГПК Украины) и литературе по судебной психиатрии времён СССР называется юридическим [8]. Этот термин является с современных позиций неудачным и не отражает содержания понятия.

И формула недееспособности, и толкование её критериев в настоящее время представляются упрощёнными, не отвечающими требованиям, предъявляемым к определению понятия. Так, в формуле используется устаревшее понятие «душевные болезни», объём, и содержание которого дискутируются. В то же время в ст. 258 ГПК Украины используется понятие «психическое заболевание». Психологический критерий без научного обоснования именуется юридическим и своим содержанием имеет отсутствие «возможности понимать значение своих действий или руководить ими», т. е. с точки зрения учения о понятии критерий как таковой в этом случае вообще отсутствует. В приведённой формулировке психологического критерия вопросы возникают сразу к трём понятиям: «возможность», «понимать», «или». Их детальный анализ [5] позволяет сделать вывод о научной обоснованности их замены на соответственно «способность», «осознавать», «и».

Необходимо отметить, что впервые критерий, который отражал бы степень выраженности психических расстройств, был предложен В. Х. Кандинским при обосновании им формулы невменяемости и назван им «общим» критерием [3]. В. П. Сербский называл этот критерий психологическим, считая его основным в экспертном анализе и принципиально общим для установления как невменяемости, так и недееспособности [6]. Юридическим же этот критерий был назван в последующем, по всей видимости, для удобства пользования им как психиатрами, так и юристами. Какого-либо обоснования данного названия, употребляемого синонимично с термином «психологический», мы в изученной литературе не встретили.

Исходя из учения о понятии, под юридическим критерием следует понимать действия, имеющие юридическое значение (как совокупность правовых отношений), предусмотренные гражданским законодательством, которые имели место в прошлом, происходят в настоящее время или могут возникнуть в будущем в жизни гражданина. Как отмечено в законе (комментарий к ст. 257 ГПК Украины), признание гражданина недееспособным возможно при условии, что оно вызывает определённые правовые последствия. Если такие последствия не наступают, то нет и необходимости ограничивать больного в правах.

Медицинский критерий недееспособности представляет собой перечень психических заболеваний, которые являются предпосылкой недееспособности. Под душевной болезнью следует понимать текущие хронические психические заболевания, которые сопровождаются выраженным нарушением психической деятельности (расстройствами сознания, мышления, восприятия, памяти, эмоционально-волевой сферы, критики). Слабоумие включает состояния стойкого, выраженного дефекта психики, в первую очередь интеллектуального, врождённого или приобретённого, в том числе вследствие перенесённого ранее инсульта.

Таким образом, наличие медицинского критерия недееспособности предполагает психотический уровень нарушения психики с различным сочетанием продуктивных (позитивных) или негативных (дефицитарных) расстройств [4, 7].

Психологический критерий отражает глубину (тяжесть) психических расстройств, которые имеются у лица и обозначены медицинским критерием недееспособности. Психологический критерий, в свою очередь, включает интеллектуальный (способность осознавать свои действия) и волевой (способность руководить своими действиями) компоненты.

Временное расстройство психики не включено в формулу недееспособности. Если гражданин, совершая те или иные юридические действия (сделки), вследствие временного психического расстройства не понимал их значения, суд признает недействительными только эти сделки, не объявляя это лицо недееспособным (ст. 55 ГК Украины).

Сравнивая категории «вменяемость–невменяемость» и «дееспособность–недееспособность», необходимо учитывать, что первые всегда относятся к конкретному периоду времени совершения инкриминируемого лицу деяния; вторые же — по смыслу закона охватывают все права человека. Поэтому эти понятия по значению шире и вместе с тем требуют достаточно ясных клинических обоснований, ибо установление недееспособности имеет важные социальные последствия.

Следует подчеркнуть, что вышеперечисленные категории являются юридическими, т. е. решение вопроса об их наличии либо отсутствии является компетенцией юридических

органов. Вместе с тем сомнения в дееспособности, основывающиеся на данных о психической неполноценности лица, наличии у него признаков психического заболевания, разрешаются при проведении судебно-психиатрической экспертизы.

В законодательстве и современной психиатрической литературе отсутствует чёткое определение недееспособности. Представляется возможным определить недееспособность как юридическую категорию, которая исключает возможность выполнения гражданином гражданских обязанностей и прав, вступления в какие-либо правовые отношения в связи с отсутствием у него способности осознавать значение своих действий и сознательно руководить ими вследствие хронического болезненного расстройства психической деятельности.

Соответственно ч. 1 ст. 16 ГК Украины может быть представлена следующим определением: «Гражданин, который вследствие хронического болезненного расстройства психической деятельности не способен осознавать значение своих действий и сознательно руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом Украины, с установлением над ним опеки».

Литература

1. Гражданский кодекс. Научно-практический комментарий. — Киев: Политиздат Украины, 1981. — 639 с.
2. Гражданский процессуальный кодекс. Научно-практический комментарий. — Киев: Политиздат Украины, 1979. — 608 с.
3. *Кандинский В. Х.* К вопросу о невменяемости. — М., 1890. — 240 с.
4. *Морозов Г. В.* Основные синдромы психических расстройств // Руководство по психиатрии: В 2 т. — М.: Медицина, 1988. — Т. 1. — С. 85–180.
5. *Первомайский В. Б.* Невменяемость. — Киев: КВІЦ, 2000. — 320 с.
6. *Сербский В. П.* Судебная психопатология. — М., 1900. — 481 с.
7. *Снежневский А. В.* Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии: В 2 т. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 80–86.
8. Судебная психиатрия: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1988. — 400 с.

ОГРАНИЧЕННАЯ ДЕЕСПОСОБНОСТЬ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В. Р. Илейко, В. Б. Первомайский

С принятием 28 июня 1996 г. новой Конституции Украины актуальная проблема защиты прав человека получила законодательную базу прямого действия. Как справедливо отмечает Н. И. Карпачёва, эта проблема является вненациональным, внетерриториальным социально культурным явлением и именно на универсальную международно-правовую концепцию в области прав человека опирается новая Конституция [7]. Для отечественного законодательства и социальных институтов, определяющей чертой которых является функционирование в законодательно определённом поле, такое безоговорочное признание приоритета прав человека создаёт свои проблемы. Для отечественного законодательства — это адаптация к международным стандартам. Для судебно-психиатрической экспертизы, которая представляет собой один из таких социально ориентированных институтов — это, условно говоря, полноценная имплементация в национальное законодательство современных научных разработок в области судебной психиатрии. Обратимся к судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе как примеру.

Известно, что предмет этого вида судебной экспертизы составляет определение способности лица осознавать себя, значение своих действий и руководить ими относительно совершённых юридически значимых актов. Разрешение вопроса в границах присущей юридической системе двузначной логики (да–нет) позволяет принять одно решение из двух. Лицо признаётся либо дееспособным, либо недееспособным. Сделка признаётся или соответствующей действительности, или недействительной. Если речь идёт о сделке или завещании, такой дихотомический подход целиком оправдан. Но если речь идёт о лице — возникает немало вопросов, в особенности относительно защиты прав человека, которым и является лицо, страдающее психическим расстройством. Преимущественно это касается большой группы больных психическими расстройствами, которые не лишают лицо способности осознавать свои действия и руководить ими полностью, а только ограничивают такую способность. Наличие таких больных в обществе является безоговорочным клиническим фактом, и элементарная логика подсказывает возможность ставить в таких случаях вопрос об ограничении дееспособности. Судебно-психиатрическая практика свидетельствует, что из-за отсутствия этого института признание таких больных и дееспособными, и недееспособными наносит ущерб их правам. В первом случае они остаются беззащитными перед злоумышленниками, которые, манипулируя психическими недостатками таких лиц, решают в свою пользу вопросы относительно отчуждения жилья, имущества и т. п. В втором случае — лишаются полностью всех прав, что при ненадлежащем выполнении своих обязанностей опекунскими советами также может быть использовано опекуном в ущерб больному.

Следует отметить, что проблема ограниченной дееспособности практически не разработана в судебной психиатрии. Хотя такое понятие существует в действующем законодательстве, оно касается только алкоголизма и наркомании. При наличии этой патологии лицо может быть признано ограниченно дееспособным, но только если оно ставит себя или свою семью в затруднительное материальное положение. Соответственно этому, если лицо, которое признано ограниченно дееспособным, заключит гражданскую сделку без ведома попечителя, такая сделка может быть признана судом недействительной [4]. Фактически институт ограниченной дееспособности существует и относительно несовершеннолетних в возрасте от пятнадцати до восемнадцати лет, а также лиц, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно защищать свои права

(ст. 132 Кодекса о браке и семье Украины) [8]. Хотя законодатель считает, что такое попечение не связано с ограничением дееспособности лица и лишает, таким образом, содержательной чёткости норму закона. Невозможно считать решением проблемы и предложение ст. 51 проекта Гражданского кодекса, предусматривающее, что дееспособное физическое лицо, которое по состоянию здоровья не может самостоятельно осуществлять свои права, в том числе право на защиту, и исполнять свои обязанности, имеет право выбрать себе помощника.

Указанное выше свидетельствует о неотложной необходимости научного анализа проблемы с последующим воплощением результатов исследования в экспертную и юридическую практику. В Украине исследование ограниченной дееспособности ранее не проводилось. В связи с изменениями в законодательстве и определёнными изменениями в научных взглядах на проблему судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе психических расстройств, которые ограничивают способность сознавать свои действия и руководить ими (проблема ограниченной вменяемости), закономерно возникает вопрос о соответствующих исследованиях аналогичной проблемы в гражданском процессе с учётом отличий относительно объектов и предмета исследования. Между тем на сегодня можно констатировать отсутствие формулы ограниченной дееспособности, её критериев, неясность объёма и содержания понятия, неопределённость условий применения и методических принципов судебно-психиатрической экспертизы при решении вопросов об ограниченной дееспособности. Отсутствует теоретическое обоснование института ограниченной дееспособности, не исследованы взаимоотношения между ограниченной дееспособностью и недееспособностью.

Как уже отмечалось, институт ограниченной дееспособности относительно лиц с психическими расстройствами в отечественном законодательстве отсутствует. С медицинской точки зрения в основе ограничения дееспособности лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, лежит психическая и физическая зависимость от алкоголя и наркотических веществ, которая ограничивает их способность руководить своими действиями. Вместе с тем, исходя из судебно-психиатрической практики, исследований по проблеме ограниченной вменяемости [11, 12], данных литературы [2, 3, 5], что также касается гражданских законодательств других стран, следует отметить, что кроме предусмотренного действующим отечественным законодательством ограничения дееспособности, такое же ограничение способности как руководить своими действиями, так и в полной мере понимать их значение, присуще и ряду психических заболеваний непсихотического уровня.

В области гражданского процесса это касается в первую очередь лиц преклонного возраста с психическими нарушениями сосудистого генеза, лиц с психическими нарушениями вследствие тяжёлых соматических заболеваний в их терминальной стадии, других лиц с достаточно выраженными психическими расстройствами, которые достигают непсихотического уровня, в том числе больных с умственной отсталостью, процессуальными заболеваниями в состоянии ремиссии, интермисии.

Признание таких лиц недееспособными противоречило бы действующему законодательству и, лишая их всех прав, будучи дополнительным психотравмирующим фактором, отрицательно сказывалось бы как на адаптации их в обществе, так и на динамике имеющихся у них психических расстройств.

Вместе с тем интересы и права этих лиц требуют защиты, так как психические расстройства затрудняют их способность к участию в заключении разнообразных юридических актов (сделок) в отпущенные для этого относительно короткие сроки понять

и осмыслить содержание юридических документов, всесторонне оценить их выгодность или, наоборот, невыгодность, прогнозировать возможные последствия как для себя, так и для своих близких. В этих случаях медицинская предпосылка ограничения дееспособности обнаруживается не только в самостоятельном виде как неспособность в полном объёме оценить содержание и последствия юридического действия, которое осуществляется, но и как предпосылка для возникновения ошибки.

Понятия «дееспособность», «недееспособность», как и понятия «вменяемость», «невменяемость», относятся к категории взаимоисключающих (контрадикторных), то есть между ними не может находиться какое-то третье, промежуточное понятие [9]. Если лицо страдает психическим заболеванием психотического уровня, то это заболевание, обозначенное медицинским критерием формулы недееспособности, всегда будет исключать его способность осознавать значение своих действий и руководить ими. В случае отсутствия у лица каких-либо психических расстройств, или если их степень не достигает психотического уровня, при котором в целом сохраняется способность понимать значение своих действий и руководить ими, лицо является дееспособным. Вместе с тем, при наличии достаточно выраженных психических расстройств, которые существенным образом влияют (влияли, или могут повлиять) на способность лица осознавать значение своих действий или руководить ими при осуществлении юридических операций, о чём должен быть соответствующий вывод судебно-психиатрической экспертизы, лицо может быть признано ограниченно дееспособным с исключением для него возможности выполнять определённые правовые действия и установлением над ним попечительства. Это может быть решено судом как превентивно, так и после заключения какой-либо сделки, то есть ретроспективно, и сделка, при наличии вышеперечисленных признаков, может быть признана судом недействительной.

Объём понятия «ограниченная дееспособность» применяют к определённому лицу как субъекту правоотношений, а также к формам юридических действий, которые не могут выполняться этим лицом самостоятельно, без согласия (согласования) с родителями (до достижению совершеннолетия) или с попечителем.

Содержанием понятия «ограниченная дееспособность» является способность гражданина, который не достиг совершеннолетия или страдает алкоголизмом, наркоманией или психическим заболеванием, осознавать свои действия и (или) сознательно руководить ими, которая существенно ограничена перечисленными факторами.

Медицинским критерием ограниченной дееспособности являются психические расстройства непсихотического уровня, а психологическим критерием — способность осознавать значение своих действий и (или) руководить ими, существенным образом сниженная на период какого-либо юридического действия под влиянием имеющихся психических расстройств в интеллектуальной (а значит и в волевой) части или только в волевой части психологического критерия. Методологической основой такого понимания ограниченной дееспособности являются принципиальные положения, разработанные в последнее время в Украинском НИИ социальной и судебной психиатрии относительно невменяемости и ограниченной вменяемости [10, 13]. Соответственно этим представлениям понятие психиатрического диагноза всегда отражает состояние функции сознания (самосознания, критичности) индивида, его болезненные нарушения количественного и качественного характера. Психические расстройства пограничного, непсихотического уровня всегда являются нарушениями отражательной функции мозга при сохранении отношения индивида к этим нарушениям.

Указанные расстройства через преобладающее поражение одной или нескольких психических сфер (идеаторной, эмоциональной, волевой) всегда в той или иной мере ограничивают способность лица осознавать свои действия и (или только) руководить ими. Проблема состоит в том, что не каждое лицо с такой патологией может быть признано ограниченно дееспособным. Для такого решения необходимо доказать существенное ограничение указанной способности. Пока что, как свидетельствуют данные изученной литературы, эта проблема не исследовалась и требует клинической верификации.

Требует установления и доказательного обоснования совокупность факторов, которые могут быть предпосылкой для определения ограниченной дееспособности лиц с психическими расстройствами непсихотического уровня, в том числе: перечень психических расстройств, которые должны учитываться в их соотношении и взаимоотношениях с категориями юридических сделок (договорных отношений), которые не могут быть осуществлены самостоятельно лицами с указанными психическими расстройствами.

Чёткое определение понятия «ограниченная дееспособность» в отечественном законодательстве отсутствует. При этом de facto существует ограничение дееспособности лица в связи с возрастом, состоянием алкогольной и наркотической зависимости, а также при определённых условиях, которые могут возникнуть при заключении сделок.

Лишь в комментариях к ст. 256 ГПК Украины [6], в которой оговаривается порядок признания гражданина ограниченно дееспособным вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами или недееспособным вследствие психической болезни или слабоумия, указано, что «под ограничением дееспособности следует понимать лишение гражданина права вступать в договорные отношения без согласия попечителя (за исключением мелких бытовых соглашений), а также права непосредственно самому получать заработную плату, стипендию, пенсию и т. п. и распоряжаться ими. Гражданин может быть признан ограниченно дееспособным, если он вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами ставит себя и свою семью в тяжёлое материальное положение».

В гражданских законодательствах в ряде стран введено понятие ограниченной или частичной дееспособности относительно лиц с психическими расстройствами, включая понятия «недопустимое влияние», что ограничивает дееспособность лица при определённых условиях. Тем не менее, обобщённого определения этого понятия в изученной нами литературе также не оказалось.

Б. В. Шостакович, А. Д. Ревенок [14], высказывая мнение о необходимости распространения категории ограниченной дееспособности и на некоторых лиц с психическими расстройствами, предлагали различные определения ограниченной дееспособности. Так, авторы указывают, что «дееспособность лица, страдающего психическим заболеванием, может быть ограничена в отношении определённых гражданских прав с назначением данному лицу опекуна». В. В. Горинов [1, 2] считает необходимым предложить такое положение ГК: «Гражданин вследствие психического расстройства, которое ограничивает возможность осознанно осуществлять отдельные виды правоотношений, может быть признан судом частично недееспособным в отношении конкретного правового действия без установления над ним опеки».

В первом определении авторы говорят об ограниченной дееспособности относительно определённых гражданских прав, что в целом отвечает и нашим представлениям о возможном направлении научного поиска решения данной проблемы. Во втором

определении автор говорит о частичной недееспособности относительно конкретного правового действия. В представленном выше теоретическом анализе понятий «дееспособность», «ограниченная дееспособность» нами подчёркивалось, что понятия «дееспособность», «недееспособность» являются взаимоисключающими, между ними не может существовать какого-либо третьего промежуточного понятия.

В процессе экспертного исследования сначала должно быть решён вопрос о наличии или отсутствии психиатрической предпосылки для признания лица дееспособным или недееспособным (что является компетенцией суда). При решении вопроса о способности лица с имеющимися психическими расстройствами, не достигающими уровня психоза или слабоумия, осознавать свои действия и руководить ими, эксперты должны решить и аргументировано обосновать вывод о том, повлияли, а если повлияли, то насколько существенным образом (или могут повлиять) эти расстройства на его способность осознавать свои действия и (или) руководить ими в определённый отрезок времени, при заключении определённого круга договорных отношений, с высказыванием рекомендательного мнения о необходимости назначения для этого лица попечителя. В статье закона должно быть предусмотрено положение о том, что лицо, достигшее совершеннолетия и ограниченное в дееспособности, нуждается в назначении попечителя.

В обобщённом виде определить понятие «ограниченная дееспособность», по нашему мнению, можно как юридическую категорию, которая исключает возможность гражданина вступать в определённые правовые отношения, без согласования с попечителем, если он не достиг возраста психической зрелости (совершеннолетия), имеет патологическую зависимость от алкоголя, наркотических веществ или психические нарушения, которые существенным образом влияют на его способность осознавать свои действий и (или) руководить ими.

Литература

1. *Горинов В. В.* Судебно-психиатрические аспекты умственной отсталости. — Автореф. дис. … д-ра мед. наук. — М., 1990. — 41 с.
2. *Горинов В. В., Васюков С. А.* Теоретические вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — Т. 3, вып. 1. — С. 40–44.
3. *Горева М. М., Горинов В. В., Василевский В. Г.* Теоретические вопросы дееспособности психически больных по законодательствам некоторых зарубежных стран // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. — М., 1979. — С. 51–56.
4. Гражданский кодекс. Научно-практический комментарий. — Киев: Издательство политической литературы Украины, 1981. — 639 с.
5. Гражданский кодекс Польской народной республики / Под ред. И. А. Грингольца; Пер. с польск. — М.: Прогресс, 1966. — Гл. 2. — С. 7–11.
6. Гражданский процессуальный кодекс. Научно-практический комментарий. — Киев: Издательство политической литературы Украины, 1979. — 608 с.
7. *Карпачова Н. І.* Забезпечення прав людини в процесі державно-правової реформи в Україні // Державно-правова реформа в Україні: Матеріали науково-практичної конференції. — Київ, 1997. — С. 60–64.
8. Кодекс законов о браке и семье. Научно-практический комментарий. — 2-е изд. — Харьков: Одиссей, 2000. — 496 с.
9. *Первомайський В. Б.* Неосудність і межі компетенції психіатра-експерта. — Автореф. дис. … д-ра мед. наук. — Київ, 1996. — 48 с.

10. *Первомайский В. Б.* О методологии научных исследований в судебной психиатрии // Архів психіатрії. — 1997. — № 3–4. — С. 14–20.
11. *Первомайский В. Б.* Основные принципы решения проблемы ограниченной вменяемости // Материалы международной конференции психиатров (Москва, 16–18 февраля 1998 г.). — М.: Фарммединфо, 1998. — С. 135–136.
12. *Первомайский В. Б., Илейко В. Р.* Ограниченная вменяемость: перспективы исследования проблемы // Актуальные вопросы психиатрической практики. — Полтава, 1993. — Вып. 7. — С. 235–237.
13. *Сегай М. Я., Первомайський В. Б.* Обмежена осудність: перспективи впровадження // Державно-правова реформа в Україні: Матеріали науково-практичної конференції. — Київ, 1997. — С. 338–341.
14. *Шостакович Б. В., Ревенок А. Д.* Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. — Киев: Здоров’я, 1992. — 184 с.

ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РАЗВИТИЯ ВЗГЛЯДОВ НА ПРОБЛЕМУ ДЕЕСПОСОБНОСТИ

В. Р. Илейко

В отечественной истории первое упоминание о проблеме дееспособности появилось в законодательном акте, который приписывается князю Владимиру, «Закон Судный — людям» XII века, где указывалось, что при составлении завещания лицо должно быть в здравом уме и твёрдой памяти [31].

В 16–17 веках, в эпоху монастырского надзора некоторых психически больных, взгляды на психическое заболевание, правовое положение психически больных, государственные мероприятия, которые должны применяться к ним, характеризовались определённой противоречивостью и непоследовательностью, объединением взглядов на душевные расстройства как на болезнь с религиозным толкованием одержимости бесом, злым духом, верой в оговор, колдовство, ведьм и колдунов.

В 1669 г., в период царствования Алексея Михайловича, были изданы «Новоуказные статьи», направленные на охрану общества от возможного вреда, который могли причинить душевнобольные, и, одновременно, на защиту имущественных интересов самих больных. В соответствии с указом 1677 года, который касался имущественных прав душевнобольных, глухие, немые и слепые могли управлять своим имуществом, а глупые и скудоумные не могли вести дела и управлять своим имуществом [26].

Первыми законодательными актами в Российской империи, которые были специально посвящены вопросам дееспособности психически неполноценных лиц, были указ Петра I, изданный 6.04.1722 г. «О свидетельствовании дураков в Сенате» и решение Сената от 8.12.1723 г. о проведении такого освидетельствования. Появление этих законодательных документов было вызвано уклонением некоторых дворянских детей от обучения и государственной службы под предлогом юродства и малоумия от рождения, а также в связи с необходимостью выявления настоящих психически больных в дворянских семьях. Указ оговаривал также необходимость наблюдения за имуществом сумасшедшего, в нём также поднимался вопрос о запрете таким людям вступать в брак.

В 1746 г. по запросу Сената Медицинская коллегия предоставила рапорт, в котором излагались положения, в целом отвечавшие уровню развития психиатрии в Европе того времени. Предлагался порядок освидетельствования психически больных. Указ Петра I был первым законодательным актом в области гражданского права, а рапорт, представленный Медицинской коллегией — первым юридическим документом по вопросу определения дееспособности. В 1815 г. Сенат издаёт Указ об освидетельствовании психически больных, в котором впервые больные делились по психическому состоянию на «безумных» (с отсутствием здравого ума с самого детства) и «сумасшедших» (с умственным расстройством по случайным причинам уже после рождения). Этот указ был действительным вплоть до 1917 г. «Безумных» предполагалось, как и раньше, направлять для осмотра в Сенат, как было определено ещё Петром I, а «сумасшедших» осматривать в губернских органах власти, по месту их проживания. Этот Указ предусматривал назначение над душевнобольными опеки, они также могли подпасть под ограничение своих гражданских прав в отношении составления завещания.

С 1835 г. осмотр обвиняемых лиц, в отношении которых решался вопрос об их дееспособности, происходил в присутствия членов Губернского правления или Уголовной палаты. Осмотр проводился врачами, которые не имели психиатрической подготовки, а

также членами губернской администрации. В отдельных случаях подэкспертные подвергались стационарному наблюдению в домах умалишённых. При рассмотрении гражданских дел было необходимо, кроме того, утверждение заключений Сенатом [18, 26].

Реформы судебной системы во второй половине XIX века практически не затронули процедуру судебно-психиатрического освидетельствования (экспертизы) по гражданским делам. Исследования психиатров и юристов коснулись только уголовного законодательства. В 1845 г. в «Уложении о наказаниях уголовных и исправительных» появилась формула невменяемости. Проблема вменяемости–невменяемости нашла отражение в первых монографиях, учебниках по судебной психиатрии [1, 15, 19, 22, 29]. В. Х. Кандинский [14] теоретически обосновал формулу невменяемости, предложил её формулировку, указывал на необходимость наличия в экспертном заключении «общего», как он его называл, то есть психологического, критерия невменяемости, который состоит из двух признаков — интеллектуального и волевого, как это имеет место в действующем законодательстве.

С. С. Корсаков [17] поддерживал и отстаивал позицию и взгляды В. Х. Кандинского, указывал на принципиальную общность экспертных соображений о вменяемости и о дееспособности.

В. П. Сербский показал необходимость и реальное использование психологического критерия как главного в экспертном анализе, что является принципиально общим для установления как невменяемости, так и недееспособности. В. П. Сербский определял дееспособность как юридическую формулу, которая необходима для обозначения известного душевного состояния, что собственно и характеризует поведение гражданина в обществе, а недееспособность — как неспособность понимать совершённое и руководить своими поступками. Он указывал, что только при таком состоянии, которое делает больного недееспособным, он нуждается в опеке [20].

Психиатрами изучались и частные вопросы экспертизы дееспособности. Так, С. С. Корсаков, В. П. Сербский уделяли большое внимание определению дееспособности у лиц, которые составляли «духовное завещание». В. П. Сербский писал, что из гражданских актов, которые оспариваются под предлогом ненормального душевного состояния лица в момент их составления, чаще всего дают к этому повод «духовные завещания» [21]. Вместе с тем формулировка закона — «все духовное завещания должны быть составляемы в здравом уме и твёрдой памяти» — практически не отличалась от законодательного акта XII века, приписываемого князю Владимиру. Недействительными признавались завещания «безумных, сумасшедших и умалишённых, когда они составлены ими во время помешательства» (ст.ст. 1016, 1017 свода законов, т. 10, ч. 1 — цит. по [26]).

Ведущие психиатры того времени — О. А. Чечотт, Н. Н. Баженов, С. С. Корсаков, В. П. Сербский боролись за создание законодательства, которое бы обеспечивало, с одной стороны, защиту прав душевнобольных, с другой стороны — защиту общества от тех или иных социально опасных действий этих больных. Вместе с тем на протяжении длительного времени (вторая половина XIX века — начало XX века) между психиатрами, юристами и психиатрами не было достигнуто взаимопонимание в отношении определения дееспособности, содержания и составных частей этого понятия, экспертизы дееспособности. Возникновению расхождений способствовало решение вопроса о дееспособности лицами, некомпетентными в психиатрии («Особые Присутствия Губернских правлений, Сенат»). Кроме того, гражданские законы Российской империи,

статьи которых определяли недееспособность, вследствие своей нечёткости способствовали возникновению споров и разногласий.

Вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе нашли отражение в работе III съезда отечественных психиатров (27.12.1909 г. — 5.01.1910 г.). А. Ф. Кони [16], который, открыв съезд докладом «Психиатрическая экспертиза и действующие законы», призвал съезд «выразить самым категоричным образом мнение о том, что нынешний порядок освидетельствования страдает крайними недостатками, делающими его непригодным, нецелесообразным и даже опасным». Сопоставляя содержащееся в статье 39 Уголовного уложения от 1903 г. определение невменяемости (непонимание обвиняемым свойства и значения совершённого им и неспособности руководить своими действиями вследствие болезненного расстройства его душевной деятельности, бессознательного состояния или умственного недоразвития), а также порядок экспертизы в уголовном суде с гражданским законодательством, А. Ф. Кони отмечал: «Совсем иначе обстоит дело в гражданском праве. В важном деле освидетельствования лиц, подозреваемых в душевном заболевании, для учреждения над ними опеки и для лишения их свободы в области правоспособности и дееспособности ни одной из… указанных… гарантий правильности экспертизы не существует». Нерешённость как теоретических, так и практических вопросов в отношении судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе подчёркивали в своих докладах и О. А. Чечотт, Я. А. Боткин [3, 28].

Таким образом, проблема дееспособности, несмотря на её важность, что подчёркивалось как ведущими психиатрами, так и юристами, не получила на тот период времени ни теоретического обоснования, ни законодательного обеспечения.

После Октябрьской революции 1917 года в СССР до 60-х годов судебно-психиатрические экспертизы в гражданском процессе проводились редко. Научная разработка проблемы дееспособности, отдельных вопросов экспертизы дееспособности не проводилась вообще. В учебник судебной психиатрии глава о судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе впервые была включена только в 1954 году [23]. До вступления в силу «Основ гражданского судопроизводства» (1962 г.) определение недееспособности проводилось районными исполнительными комитетами Советов депутатов трудящихся. С 1962 г. недееспособность стала устанавливаться судом, что привело к назначению судебными органами судебно-психиатрических экспертиз для решения этого вопроса [18].

Среди научных работ, посвящённых данной проблеме [13, 25, 27, 30], определённым обобщением результатов научных исследований за период с конца 50-х и до середины 60-х годов стала работа Е. М. Холодковской «Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике» [26], где, кроме общих вопросов, касающихся понятий «дееспособность», «недееспособность», приведены экспертные заключения при различных психических расстройствах, их разбор и анализ.

В единственной за последние годы монографии Б. В. Шостаковича, А. Д. Ревенка «Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе» [31] обобщаются данные исследований конца 70-х, начала 80-х годов и рассматриваются вопросы экспертной оценки шизофрении в гражданском процессе, отдельные стороны посмертной судебно-психиатрической экспертизы, а также вопросы судебно-психиатрической экспертизы потерпевших.

Некоторые авторы в роботах последних лет [2, 4, 5, 24] отмечают актуальность изучения, неразработанность проблемы дееспособности, критериев её экспертной оценки при

различных психических расстройствах. В целом же анализ отечественной литературы указывает на дефицит обобщающих, системных исследований, которые касаются как теоретических, так и практических вопросов судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. Существующие в рамках этой проблемы положения устарели, отсутствуют единые, отвечающие требованиям научной методологии, подходы к понятиям «дееспособность», «недееспособность», их взаимоотношениям между собою и другими понятиями в данном разделе науки. Законодательное обеспечение решения вопросов недееспособности несовершенно и не отвечает запросам практики. Между тем, анализ законодательных документов [6–9] свидетельствует о том, что положения, касающиеся дееспособности, недееспособности, ограниченной дееспособности, требуют уточнения, переформулирования в соответствии с изменениями в законодательстве (например, принятием Закона Украины «О психиатрической помощи»), современными научными разработками проблемы дее-недееспособности, ограниченной дееспособности [12–14] и предложениями по определению этих понятий.

Выводы

Проведённое исследование позволяет констатировать следующее:

1. Потребность в решении вопросов дееспособности, недееспособности появилась одновременно с появлением государства, гражданства, собственности, прав и обязанностей гражданина.
2. В имперский период основные (общие) содержательные составляющие понятий «дееспособность», «недееспособность» сохраняли неизменность на протяжении столетий.
3. В советский период изучение этих понятий получило определённое развитие в соответствии с парадигмой психиатрии, которая существовала в то время, с её патерналистским подходом как к психически больному, так и к его правам и обязанностям.
4. Сегодняшний день, в соответствии с изменениями в обществе, вниманием, которое уделяется вопросам прав и свобод личности, определяет актуальность исследования и дальнейшей разработки проблемы дееспособности.

Литература

1. *Баженов Н. Н.* История Московского Доллгауза, ныне Московской городской Преображенской больницы для душевнобольных. — М., 1909. — 191 с.
2. *Беро Л. М.* Клинические и правовые критерии недееспособности в гражданском процессе // Архив психиатрии. — 2001. — № 4. — С. 73–75.
3. *Боткин Я. А.* Роль и значение психиатров при освидетельствовании душевнобольных в Особом Присутствии Губернского правления // Труды III съезда отечественных психиатров. — СПб, 1911. — С. 873–879.
4. *Бутылина Н. В.* Психические расстройства у больных онкологическими заболеваниями (по материалам посмертных судебно-психиатрических экспертиз) // Российский психиатрический журнал. — 1998. — № 5. — С. 12–15.
5. *Горинов В. В., Васюков С. А.* Теоретические вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1995. — Т. 95, № 1. — С. 104–105.
6. Гражданский кодекс. Гражданский процессуальный кодекс Украины. — Харьков: Консум, 1998. — 528 с.
7. Гражданский кодекс. Научно-практический комментарий. — Киев: Издательство политической литературы, 1981. — 639 с.

8. Гражданский процессуальный кодекс. Научно-практический комментарий. — Киев: Издательство политической литературы Украины, 1979. — 608 с.
9. Сборник постановлений Пленума Верховного Суда Украины в гражданских делах и по общим вопросам. — Харьков: Одиссей, 2000. — С. 75–78; 101–108.
10. *Илейко В. Р.* Дееспособность, ограниченная дееспособность — некоторые аспекты проблемы // Український вісник психоневрології. — 1996. — Т. 4, вип. 4. — С. 100–102.
11. *Илейко В. Р., Первомайский В. Б.* «Дееспособность», «недееспособность» — теоретический анализ понятий // Архів психіатрії. — 2001. — № 1–2. — С. 33–36.
12. *Ілейко В. Р., Первомайський В. Б.* Обмежена дієздатність: проблеми і перспективи // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 53–56.
13. *Каминская Ц. З.* О дееспособности больных, страдающих шизофренией // Проблемы судебной психиатрии. — М., 1966. — С. 248–251.
14. *Кандинский В. Х.* К вопросу о невменяемости. — М., 1890. — 240 с.
15. *Ковалевский П. И.* Судебная общая психопатология. — Варшава, 1896. — 130с.
16. *Кони А. Ф.* Психиатрическая экспертиза и действующие законы // Труды III съезда отечественных психиатров. — СПб, 1911. — С. 19–38.
17. *Корсаков С. С.* Избранные произведения. — М., 1954. — 772 с.
18. *Морозов Г. В., Лунц Д. Р., Фелинская Н. И.* Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. — М.: Медицина, 1976. — 336 с.
19. *Оршанский И. Г.* Судебная психопатология для врачей и юристов. — СПб, 1899. — 160 с.
20. *Сербский В. П.* Судебная психопатология. — М., 1895. — 224 с.
21. *Сербский В. П.* Судебная психопатология. — М., 1900. — 481 с.
22. *Тимофеев А. В., Игнатьев М. В.* Основы психиатрической экспертизы. — СПб, 1893. — 117 с.
23. *Фрейеров О. Е.* Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе // Судебная психиатрия. — М.: Госюриздат, 1954. — С. 64–79.
24. *Харитонова Н. К.* Актуальные вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Материалы 12-го съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 491–492.
25. *Харламов Ф. С.* Психические заболевания как фактор гражданско-правовой и процессуальной недееспособности // Проблемы судебной психиатрии. — М., 1966. — С. 252–257.
26. *Холодковская Е. М.* Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике. — М., 1967. — 112 с.
27. *Холодковская Е. М.* К вопросу дееспособности больных при некоторых формах психических заболевания // Вопросы судебной психиатрии. — М., 1965. — С. 14–20.
28. *Чечотт О. А.* К вопросу об освидетельствовании душевнобольных с целью учреждения над ними опеки // Труды III съезда отечественных психиатров. — СПб, 1911. — С. 247–249.
29. *Чиж В.* Лекции по судебной психопатологии. — СПб, 1890. — 336 с.
30. *Шостакович Б. В.* Актуальные проблемы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Судебно-психиатрическая экспертиза: Сборник № 34. — М., 1980. — С. 3–9.
31. *Шостакович Б. В., Ревенок А. Д.* Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. — Киев: Здоров'я, 1992. — 184 с.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ДЕЕСПОСОБНОСТИ, ОГРАНИЧЕННОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ В ЗАРУБЕЖНОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В. Р. Илейко

Научные исследования по проблеме судебно-психиатрической экспертизы состояний, предопределяющих решение вопроса о дееспособности–недееспособности, как правило, лишь отмечают актуальность для судебной психиатрии и гражданского процесса проблемы ограничения вследствие психических расстройств способности понимать значение своих действий и руководить ими [3, 4, 10–12]. Кроме того, соответствующие разработки за рубежом, в том числе и в странах СНГ, не могут быть непосредственно использованы в отечественной практике в связи с различиями в законодательстве. Между тем наличие ограничения дееспособности в связи с теми или иными факторами, в том числе вследствие психических расстройств, не достигающих психотического уровня или слабоумия, в законодательствах некоторых стран, наличие сопредельных понятий, которые в той или иной мере касаются понятия ограниченной дееспособности, может помочь в научном исследовании этой проблемы в Украине и формулировании предложений для отечественного законодательства.

Гражданские законодательства многих стран Европы, в том числе и в положениях относительно прав психически больных, основаны на законодательстве Древнего Рима [19], которое уже в те времена старалось обосновать права душевнобольных. В соответствии с этим законодательством, лицо, страдающее сумасшествием, сохраняет и состояние, и своё звание, и должность, и власть, и также господство над своим имуществом. Над сумасшедшими устанавливалась опека. Для признания сделки недействительной надо было доказать наличие душевной болезни на момент её составления [16].

В английском гражданском праве правоспособность человека начинается с момента его рождения, но для некоторых целей ребёнок в утробе матери считается будто уже родившимся. Правоспособность («legal capacity») не является полной до достижения совершеннолетия, которое наступает с началом дня, непосредственно предшествующего дню 21-го года рождения. Выражение «legal capacity» в английском праве употребляется для обозначения двух разных понятий: понятия способности получать права, которое может быть названо также «пассивная правоспособность», и понятия способности совершать юридические действия — «активная правоспособность» (собственно дееспособность по отечественному законодательству). В правоспособности более или менее ограниченны: лица, отбывающие наказание после признания их виновными в некоторых преступлениях; душевнобольные (независимо от того, признаны ли они таковыми в установленном порядке или нет); не освобождённые от конкурса несостоятельные должники; замужние женщины; иностранцы [14]. В гражданском праве Великобритании различие между психической болезнью и слабоумием не проводится. Психически больные и слабоумные могут быть объявлены судом недееспособными. Над такими лицами устанавливается опека [16].

Согласно Гражданскому кодексу Германии, который базируется на Гражданском укладе Немецкой империи, правоспособность человека возникает с окончанием рождения. Совершеннолетие наступает с окончанием двадцать первого года жизни. Может быть объявлен недееспособным: а) тот, кто вследствие душевной болезни или слабоумия не может заниматься своими делами; б) тот, кто своей расточительностью подвергает себя или своё семейство опасности попасть в состояние крайней нужды; в) тот, кто вследствие

пьянства не может проявлять заботу о своих делах или подвергает себя или семейство своё опасности попасть в состояние крайней нужды, или же угрожает безопасности других. Лишены дееспособности лица: а) которые не достигли семилетнего возраста; б) которые находятся в состоянии болезненного расстройства, исключающего свободу волеизъявления, если это состояние по своей природе нескоротечного характера; в) лишены дееспособности вследствие душевной болезни. Волеизъявление недееспособного лица никчемно. Никчемно также проявление воли, сделанное в бессознательном состоянии или в состоянии временного расстройства душевной деятельности. Несовершеннолетний, достигший семилетнего возраста, ограничен в дееспособности. Для действительности изъявления воли несовершеннолетнего, которое не сводится лишь к приобретению юридической выгоды, необходимо согласие его законного представителя. Действительность сделки несовершеннолетнего, заключённой без необходимого согласия законного представителя, зависит от его последующего одобрения этим представителем. Лица, ограниченные в дееспособности вследствие слабоумия, расточительства, алкоголизма, а также лица, которые временно находятся под опекой на основании параграфа 1906, приравниваются по своей дееспособности к несовершеннолетним, достигшим семилетнего возраста [13].

Согласно швейцарскому Гражданскому уложению, «дееспособностью обладает всякий совершеннолетний, находящийся в здравом уме. Кто обладает дееспособностью, тот может своими действиями приобретать права и обязываться. Совершеннолетним признаётся тот, кому исполнилось двадцать лет. Обладающим здравым умом признаётся каждый, кто не лишён по малолетству или вследствие душевной болезни, слабоумия, опьянения и тому подобных состояний способности действовать разумно. Недееспособны те лица, которые не обладают здравым умом или не достигли совершеннолетия либо состоят под опекой» [17].

В соответствии с болгарским гражданским законодательством, «…с достижением 18-летнего возраста лицо становится совершеннолетним и способным своими действиями приобретать права и обязанности. Лица старше 14-летнего возраста, которые ввиду слабоумия, душевной болезни или физических недостатков не могут заботиться о своих делах, ставятся под полное запрещение и становятся недееспособными. Такие лица, достигшие 18-летнего возраста, если состояние их не настолько тяжёлое, чтобы ставить их под полное запрещение, ставятся под частичное запрещение. Они совершают правовые действия с согласия своих родителей или попечителей, но могут сами заключать обычные мелкие сделки для удовлетворения своих текущих нужд и распоряжаться тем, что они приобрели своим личным трудом» [5].

В Польше «…совершеннолетним считается лицо, которому исполнилось 18 лет. Полная дееспособность приобретается в момент достижения совершеннолетия. Не являются дееспособными лица, которым не исполнилось 13 лет, а также лица, полностью лишённые дееспособности. Лицо, которому исполнилось 13 лет, может быть полностью лишено дееспособности, если оно в результате душевной болезни, умственной недоразвитости или иного психического расстройства, в частности, ввиду алкоголизма или наркомании, не в состоянии руководить своим поведением. Над лицом, полностью лишённым дееспособности, устанавливается опека, если это лицо не продолжает ещё находиться под родительской властью. Сделка, совершённая недееспособным, является недействительной… Ограниченной дееспособностью обладают несовершеннолетние, которым исполнилось 13 лет, а также лица, частично лишённые дееспособности. Совершеннолетнее лицо может быть частично лишено дееспособности вследствие душевной болезни, умственной недоразвитости или иного психического расстройства, в частности ввиду алкоголизма или наркомании, если состояние этого лица не даёт

достаточных оснований для полного лишения дееспособности, но это лицо нуждается в помощи для ведения своих дел. Над лицом, частично лишённым дееспособности, устанавливается попечительство» [6].

Австрийский гражданский закон разграничивает понятие «безумия» и «слабоумия» и требует, кроме установления диагноза психического заболевания, определения его степени. Лицо, которое не владеет умом, также как и ребёнок меньше 7-летнего возраста, не может делать какие-либо предложения или давать согласие на принятие составленных даже в его пользу обязательств.

Во Франции лишение дееспособности происходит ступенчато. Так, суд может объявить психически больного недееспособным с установлением над ним опеки с исключением возможности больному пользоваться своими гражданскими правами. Если психическая деятельность больных изменена не настолько значительно, суд признаёт их ограничено дееспособными и назначает советника. Суд может назначить временную администрацию над психически больным там, где болезнь имеет тенденцию к обратному развитию. Права временного администратора ограничены. Он может в течение некоторого периода осуществлять опеку над имуществом больного и заботиться о его лечении.

В Италии совершеннолетние лица, которые в результате хронического психического заболевания не могут вести свои дела, признаются судом недееспособными; ограничено дееспособными признаются лица, которые страдают «нетяжёлой» душевной болезнью, расточители и алкоголики; над ними устанавливается попечительство [2, 16].

По российскому гражданскому законодательству, недееспособным может быть признан судом гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ними. Понятия «душевная болезнь» и «слабоумие», которые были в действовавшей прежде статье, заменены более широким по содержанию термином «психическое расстройство» [1].

В США [9] 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, признанное 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 законодательствах некоторых странах выделяется понятие «завещательная дееспособность».

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.

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 [18].

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 наследодателя отсутствовала завещательная дееспособность в тот момент, когда завещание, которое опротестовывается, было подписано; б) если получение завещания является результатом недопустимого влияния, направленного на наследодателя одним или несколькими лицами.

В США правовое понятие завещательной дееспособности определяется как наличие у наследодателя 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 отношение со своими живыми потомками, мужем (женой), родителями и с теми, чьи интересы могут быть затронуты завещанием [32], с некоторыми дополнениями к этой формуле в некоторых штатах в виде требования, чтобы у наследодателя также не было бреда или галлюцинаций, результатом которых является завещание лицом своего имущества …, чтобы наследодатель осознавал свои обязанности относительно объектов своей щедрости и степень связи с ними, понимал характер, состояние и размер своей собственности и т. д.

Недопустимое влияние [32] предполагает элемент принуждения, навязывания или ограничения. Разум наследодателя должен быть подчинён разуму другого лица, свободная деятельность наследодателя должна быть разрушена или воля наследодателя подавлена другим лицом. О недопустимом влиянии, по мнению суда, могут свидетельствовать: неестественные положения в завещании; положения, которые противоречат предшествующим или последующим изъявлениям намерений наследодателя; отношения между наследодателем и наследником, которые создают возможность осуществлять контроль над завещанием; психическое или физическое состояние наследодателя, которое облегчает подавление его свободной воли; активное участие бенефицитария (выгодоприобретателя) в возникновении завещания; доверительные отношения между наследодателем и бенефицитарием и др.

В США прецедентное право признаёт, что психическое заболевание может, но не обязательно, непосредственно ослаблять завещательную дееспособность. «Хотя наследодатель должен находится в здравом уме, либо в здравом уме и в 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 наследодатель утратил завещательную дееспособность» (цит. по [32]). Вместе с тем, «…после смерти человека легко поднимаются вопросы о его дееспособности в определённый момент в прошлом, если у него существовали определённые расстройства здоровья» [37].

Важность учёта имеющегося психического заболевания в возможности недопустимого влияния на наследодателя вытекает из формулировки: «Требуется оказывать значительно меньшее влияние, чтобы контролировать завещание лица, чьи функциональные способности были серьёзно ослаблены психическим расстройством или соматическим заболеванием, которое нарушает психическую деятельность… Проявления недостаточной компетенции или снижения интеллекта наследодателя облегчают обоснование обвинения в недопустимом влиянии» [36]. В возможности проявления недопустимого влияния играют роль также характерологические и личностные особенности наследодателя; например, если он умный и имеет сильный и независимый характер, тогда доказать факт

недопустимого влияния более сложно, чем в случае, если наследодатель глупый и имеет пассивный, податливый характер [32].

Проблема ограниченной дееспособности довольно плотно соприкасается с проблемой так называемой медицинской дееспособности, которая разрабатывается на Западе в рамках темы информированного или осознанного согласия [7, 8, 15, 20, 25, 27, 35, 38]. В проведённых зарубежных исследованиях, с одной стороны, обосновываются теоретические и этические аспекты этой проблемы [41], а с другой — предлагаются различные способы определения способности пациентов с психическими расстройствами понять и осознать ту информацию, которая им предлагается в рамках лечения, обследования и клинических исследовательских испытаний. Беспокойство по поводу адекватности оценок этой способности и необходимости стандартизации этих процедур [21, 31] позволило предложить такие «правовые стандарты» для оценки понимания пациентами информации относительно согласия [40] — человек должен иметь возможность: а) сделать выбор; б) понять информацию, которая касается решения относительно лечения; в) оценить значимость полученной информации, касающейся болезни и возможного лечения лично для себя в данной конкретной ситуации; г) разумно использовать информацию (или её аргументы), чтобы дать себе возможность сравнить и взвесить последствия. Были выделены также такие критерии медицинской дееспособности (стандартные признаки) — способности: а) сообщать о своём выборе; б) понимать соответствующую информацию; в) удерживать информацию; г) оценивать значение информации о лечении для себя; д) размышлять и уметь владеть информацией [23, 26].

Авторами подчёркивается ограничение способности психически больных с когнитивными нарушениями, расстройствами в эмоциональной сфере, мотивации, как в совокупности, так и без позитивных симптомов психических расстройств, в способности оценивать, обдумывать вопросы, с которыми они сталкиваются, принимать решение [24, 28, 30, 33, 40]. Отстаивается точка зрения, что при создании определённых условий, при отработанной методике проведения информирования, неоднократном, при необходимости, повторении информации, которую необходимо усвоить и осмыслить для принятия осознанного решения, творческом подходе исследователей, возможно получение информированного, осознанного согласия для психически больных, которые страдают даже выраженными психическими расстройствами, негативными и позитивными [22, 29, 34, 39, 40].

Такой подход может быть принят в клинической психиатрии при проведении клинических испытательных исследований, но он является невозможным (практически невозможным) при осуществлении правовых действий, в том числе оформлении сделок, в связи с необходимостью принятия категорического решения на основании достаточно сложной информации в сжатый срок, невозможностью его изменения в последующем и последствиями (правовыми, материальными, социальными), которые принятое и юридически оформленное решение повлечёт за собой, как для гражданина, так и для его близких. Вместе с этим отдельные составляющие процедуры информированного согласия, критерии медицинской дееспособности могут быть учтены и при разработке составляющих понятия «ограниченная дееспособность».

Проведённое исследование позволяет констатировать, что общими положениями для законодательств различных государств являются следующие:

а) психическое (душевное) заболевание (расстройство) и слабоумие могут быть основанием для признания лица, которое страдает таковым, недееспособным. Это право

предоставляется только суду;
б) не всякое психическое заболевание лишает гражданина дееспособности и вызывает необходимость в назначении над ним опеки;
в) во многих государствах существует понятие частичной или ограниченной дееспособности, когда лицо в связи с определёнными причинами ограничивается в своих правах. Обычно это несовершеннолетие, алкоголизм, наркомания, такая психическая болезнь, которая не даёт основания для полного лишения дееспособности, но при этом лицо требует помощи для ведения своих дел. Лицу, которое признаётся ограниченно дееспособным, назначается попечитель или советник. У лица с психической болезнью ограничиваются некоторые права (в первую очередь это возможность заключения сделок, договоров без согласования с попечителем, кроме незначительных, бытовых), использование которых без помощи советника или попечителя может принести вред психически больному. Таким образом, существует возможность ограничить дееспособность больного без полной дискриминации его прав;
г) понятие «недопустимое влияние» (при установлении и обосновании которого может быть обжалована действительность завещания), содержит в себе в том числе и наличие у наследодателя психического заболевания, психических расстройств, личностных особенностей, которые, исходя из описания понятия «недопустимое влияние», могут быть приобретёнными и являться следствием психического заболевания. Таким образом, понятие «недопустимое влияние» является одним из примеров ограничения дееспособности лица, в частности, его волеизъявления, при наличии определённых условий, наиболее важным из которых является психическое состояние этого лица.

Что касается информированного согласия, то отдельные составные процедуры его определения, критерии медицинской дееспособности могут быть учтены и при разработке понятия «ограниченная дееспособность».

Литература

1. *Аргунова Ю. Н.* Недееспособность и опека по новому гражданскому законодательству // Независимый психиатрический журнал. — 1995. — № 2. — С. 33–36.
2. *Горева М. М., Горинов В. В., Василевский В. Г.* Теоретические вопросы дееспособности психически больных по законодательствам некоторых зарубежных стран // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. — М., 1979. — С. 51–56.
3. *Горинов В. В.* Понятие психического здоровья и критерии судебно-психиатрических экспертных оценок // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1993. — № 3. — С. 164–170.
4. *Горинов В. В., Васюков С. А.* Теоретические вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Социальная и клиническая психиатрия. — 1993. — Т. 3, вып. 1. — С. 40–44.
5. Гражданское законодательство Народной Республики Болгарии / Под ред. Д. М. Генкина; Пер. с болгар. — М.: Издательство иностранной литературы, 1952. — С. 228.
6. Гражданский кодекс Польской Народной Республики / Под ред. И. А. Грингольца; Пер. с польск. — М.: Прогресс, 1966. — Гл. 2. — С. 7–11.
7. Закон о психиатрической помощи: десять основных принципов / ВОЗ, отдел психического здоровья и профилактики наркоманий; Пер. с англ. — Киев: Сфера, 1997. — С. 9.

8. Инструкция по содействию реализации прав человека для лиц, страдающих психическими расстройствами / ВОЗ, отдел психического здоровья и профилактики наркоманий; Пер. с англ. — Киев: Сфера, 1997. — 103 с.
9. *Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж.* Завещательная и договорная право- и дееспособность // Клиническая психиатрия: В 2 т. / Пер. с англ. — М., 1994. — Т. 2. — С. 471–473.
10. *Кондратьев Ф. В.* Клинико-социальный анализ как метод экспертной оценки степени выраженности слабоумия // Психические расстройства, не исключающие вменяемости: Сборник научных трудов. — М., 1984. — С. 28–38.
11. *Кондратьев Ф. В.* Проблема дифференциального диагноза и прогноза заболевания при сочетанной психической патологии // Сочетанные психические расстройства различного генеза в судебно-психиатрической практике: Сборник научных трудов. — М., 1991. — С. 3–12.
12. *Метелица Ю. Л., Шишков С. Н.* Судебно-психиатрическое экспертное исследование, его основные стадии и этапы // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике: Сборник научных трудов. — М., 1990. — С. 37–44.
13. *Савельев В. А.* Гражданский кодекс Германии (история, система, институты): Учебное пособие. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Юрист, 1994. — 96 с.
14. Свод английского гражданского права / Под ред. Э. Дженкса. — М., 1940. — Гл. 1.
15. *Уорд А. Д.* Новый взгляд. Задержка в психическом развитии: правовое регулирование для стран Восточной Европы / Пер. с англ. — Тарту: Tartu University Press, 1995. — 245 с.
16. *Холодковская Е. М.* Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике. — М., 1967. — 112 с.
17. Швейцарское гражданское уложение / Пер. К. М. Варшавского. — Петроград, 1915. — Кн. 1, гл. 1. — С. 21–22.
18. *Шостакович Б. В., Ревенок А. Д.* Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. — Киев: Здоров'я, 1992. — 184 с.
19. *Энгельс Ф.* Анти-Дюринг // Маркс К., Энгельс Ф. Соч. — 2-е изд. — Т. 20.
20. Assessing competency to make a will / J. E. Spar, A. S. Garb // American Journal of Psychiatry. — 1992. — Vol. 149. — P. 169–174.
21. *Appelbaum P. S., Roth L. H.* Clinical issues in the assessment of competency // American Journal of Psychiatry. — 1981. — Vol. 138, № 11. — P. 1462–1467.
22. *Appelbaum P. S.* The right to refuse treatment with antipsychotic medications: retrospect and prospect // American Journal of Psychiatry. — 1988. — Vol. 145. — P. 413–419.
23. *Appelbaum P. S., Grisso T.* Assessing patient's capacity to consent to treatment // New England Journal of Medicine. — 1988. — Vol. 319. — P. 1635–1638.
24. *Appelbaum P. S., Grisso T.* The MacArthur treatment competence study. I. Mental illness and competence to consent to treatment // Law and Human Behavior. — 1995. — Vol. 19. — P. 105–126.
25. *Appelbaum P. S.* Psychiatric research and the incompetent subject // Psychiatric Services. — 1997. — Vol. 48, № 7. — P. 873–874.
26. *Appelbaum P. S.* Missing the boat: competence and consent in psychiatric research // American Journal of Psychiatry. — 1998. — Vol. 155, № 11. — P. 1486–1488.
27. *Berg J. W., Appelbaum P. S., Grisso T.* Constructing competence: formulating standards of legal competence to make medical decisions // Rutgers Law Review. — 1996. — Vol. 48. — P. 345–396.
28. *Brabbins C., Butler J., Bentall R.* Consent to neuroleptic medication for schizophrenia: clinical, ethical and legal issues // British Journal of Psychiatry. — 1996. — Vol. 168, № 5. — P. 540–544.
29. *Carlin K., Silberfeld M., Deber R., Lowy F.* Competency assessment: perceptions at follow-up // Canadian Journal of Psychiatry. — 1996. — Vol. 41, April. — P. 167–174.

30. Capacity to make health care decisions: its importance in clinical practice / J. G. Wong, I. C. H. Clare, M. J. Gunn, A. J. Holland // Psychological Medicine. — 1999. — Vol. 29. — P. 437–446.
31. *Delano S. J., Hons B. A., Zucker J. L.* Protecting mental health research subjects without prohibiting progress // Hospital and Community Psychiatry. — 1994. — Vol. 45. — P. 601–603.
32. Effectiveness of two methods for informing schizophrenic patients about neuroleptic medication / I. Kleinman, D. Schachter, J. Jeffries, P. Goldhamer // Hospital and Community Psychiatry. — 1993. — Vol. 44. — P. 1189–1191.
33. *Freedvan M., Stuss D. T., Gordon M.* Assessment of competency the role of neurobehavioral deficits // Annals of Internal Medicine. — 1991. — Vol. 115. — P. 203–208.
34. *Grisso T., Appelbaum P. S.* Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions // American Journal of Psychiatry. — 1995. — Vol. 152. — P. 1033–1037.
35. Informed consent: assessment of comprehension / D. A. Wirshing, W. C. Wirching, S. R. Marder, R. P. Liberman, J. Mints // American Journal of Psychiatry. — 1998. — Vol. 155. — P. 1508–1511.
36. *Jones G. H.* Informed consent in chronic schizophrenia? // British Journal of Psychiatry. — 1995. — Vol. 167. — P. 565–568.
37. *Munetz M. R., Peterson G. A.* Documenting informed consent for treatment with neuroleptics: an alternative to the consent form // Psychiatric Services. — 1996. — Vol. 47, № 3. — P. 302–303.
38. *Perr I. N.* Wills, testamentary capacity, and undue influence // Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law. — 1981. — Vol. 9. — P. 15–22.
39. *Redmond F. C.* Testamentary capacity // Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law. — 1987. — Vol. 15. — P. 246–256.
40. *Tempier R.* Long-term psychiatric patients knowledge about their medication // Psychiatric Services. — 1996. — Vol. 47, № 12. — P. 1385–1387.
41. *Tymchuk A. J.* Informing for consent: concepts and methods // Canadian Psychology. — 1997. — Vol. 38, № 2. — P. 56–75.

ПОСМЕРТНАЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ — МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ, МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ И ЗАДАЧИ

В. Р. Илейко

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЕ) имеет значительный удельный вес среди других видов экспертизы в гражданском процессе и тенденцию к количественному росту в последние годы [6]. Её специфика, которая определяется исследователями данной проблемы, как в прошлом, так и в настоящее время, требует от экспертов глубоких теоретических знаний и большого практического опыта [1, 7].

Посмертная СПЕ, представляясь на первый взгляд отдельной проблемой судебной психиатрии, вмещает в себе целый ряд малоизученных вопросов относительно её теории и практики, в частности, определения дее-, недееспособности, ограниченной дееспособности, методологии и методики исследования объектов экспертизы, доказательности экспертного заключения и т. д. Между тем в последние десятилетия посмертная СПЕ не исследовалась и не анализировалась по вопросам, касающимся её предмета, задач, особенностей и специфики методических подходов, экспертной оценки психических расстройств, с учётом современных достижений судебной экспертологии и изменений в законодательстве. Поэтому не случайно, что именно при посмертной СПЕ случаются злоупотребления в виде фальсификаций и подделки объектов исследования; случаи проведения подобной экспертизы неспециалистами в области судебной психиатрии, в том числе судебными медиками, психологами. Практический опыт показывает, что гражданские дела, при рассмотрении которых возникают сомнения в психическом здоровье умершего лица на период оформления последним того ли иного юридического документа, продолжаются годами из-за невозможности суда получить полноценное и чёткое экспертное заключение, что в свою очередь является основанием для назначения повторных СПЕ.

Целью данного исследования являлось обобщение сведений относительно посмертной СПЕ в гражданском процессе, обоснование методических принципов её проведения.

Обобщение 15-летнего опыта проведения повторных СПЭ (в том числе посмертных по гражданским делам), а также экспертного анализа свыше 250 случаев посмертной СПЭ в гражданском процессе показало следующее. Большинство случаев посмертной СПЭ с точки зрения психического заболевания, которое определило назначение экспертизы, относились к проявлениям сосудистого (атеросклеротического) поражения головного мозга. Остальные случаи преимущественно касались психических расстройств при соматических заболеваниях (в частности, опухолевых, которые сопровождаются аутоинтоксикацией, сердечно-сосудистых в стадии декомпенсации и т. п.). Структура этих расстройств отображала различные степени нарушения сознания, проявления астении.

Методы исследования: системный, метод экспертной оценки медицинской документации, клинико-психопатологический. Анализ и обобщение данных, полученных при изучении тематического материала и проведении соответствующих экспертиз, изучение специальной литературы, инструктивных и законодательных документов, позволили сформулировать общие положения относительно посмертной СПЭ в гражданском процессе, а также предложить методологические и методические принципы её проведения.

Предметом посмертной СПЭ в гражданском процессе является оценка психического состояния лица, его способности осознавать значение своих действий и руководить ними на период юридически значимого действия (сделки), которое произошло в прошлом.

Задачи посмертной СПЭ:

1. Диагностическая квалификация психического состояния лица, при наличии психических расстройств — обоснование их синдромальной и нозологической принадлежности.
2. Оценка степени тяжести выявленных психических нарушений.
3. Соотношение выявленных психических расстройств с положениями закона (ГК и ГПК Украины) в рамках формулы дее–недееспособности, составляющих её критериев.
4. Решение вопроса о способности (неспособности) лица осознавать значение своих действий и руководить ними в интересующий суд период времени.

Исходя из криминалистического учения о связях взаимодействия, которое составляет теоретический фундамент судебно-экспертного познания [5], можно указать ряд специфических особенностей, которые отличают посмертную СПЭ в гражданском процессе от других психиатрических экспертиз. Так, объектом посмертной СПЭ являются исключительно материалы дела и медицинская документация. Эксперт не имеет возможности непосредственно исследовать психическое состояние подэкспертного, а только проводит его вторичную оценку, анализируя сведения, которые указывают, как это психическое состояние и поведение воспринимались в разные промежутки времени, в том числе и в период заключения сделки, медицинскими, юридическими работниками, окружающими, и нашли отображение в представленных материалах. Таким образом, диагностическая задача решается экспертом не непосредственно относительно подэкспертного, а опосредствованно через оценку информации, которая имеется в исследуемых объектах, на предмет её соответствия существующим в психиатрии диагностическим стандартам.

В представленных на экспертизу объектах, как правило, отсутствует достаточное количество фактов, характеризующих личность подэкспертного, его психическое состояние, поведение во время заключения сделки и в периоды времени, непосредственно предшествующие и следующие за совершением юридически значимого действия. Эксперт, таким образом, вынужден формулировать выводы в условиях дефицита информации.

В конце концов, следовая информация, которая отображена в объектах экспертизы, оказывается весьма разнородной по степени достоверности, прежде всего из-за того, что субъекты этой информации не являются тождественными по своим характеристикам. Так, очевидно, что информация, которая отображает состояние подэкспертного и зафиксирована врачом-психиатром, при прочих равных условиях, будет отличаться от информации, которая отображена врачом-терапевтом и, тем более, лицом, не являющимся специалистом в области медицины.

Организационно-методические требования при выполнении посмертной СПЭ:

1. Соблюдение положений Гражданского кодекса, Гражданского процессуального кодекса Украины, отечественных (национальных) инструктивно-методических документов при написании экспертного заключения (акта СПЭ).

2. С учётом сложности данного вида экспертизы для его выполнения эксперт обязательно должен иметь соответствующий уровень профессиональной подготовки (стаж экспертной работы, подготовку на специализированных курсах, аттестацию).

Методологической основой как судебно-психиатрической экспертизы в целом, так и посмертной и очной экспертизы в гражданском процессе являются, в частности, формально-логический, диалектический и системный методы исследования. При этом эти методы исследования не могут рассматриваться как некие самостоятельные, обособленные способы познания, независимые друг от друга. Напротив, они самым непосредственным образом связаны между собой и выступают скорее как уровни научной методологии, где каждый предшествующий этап является предпосылкой и обязательным условием последующего, «присутствует в нём в снятом виде, наполняя его своим содержанием» [4].

Методической основой проведения посмертной (и очной) СПЭ является экспертный метод с его клиническими принципами, а именно принципами презумпции, согласуемости данных и обоснованности. Порядок применения этих принципов при посмертной и очной экспертизе в гражданском процессе, то есть методика оценки объектов исследования при этих видах экспертизы, изложен в напечатанных научных работах сотрудников отдела СПЭ Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии [2, 3] или в ближайшее время будет изложен в специальных изданиях.

Указанные в работе положения подтверждают специфичность и сложность посмертного судебно-психиатрического экспертного исследования, что определяется прежде всего объектами данной экспертизы, необходимостью ретроспективной оценки психического состояния лица на интересующий суд период времени.

Использование последовательности в этапах экспертного исследования с содержательным наполнением структурных частей акта СПЕ, обоснование экспертных выводов с использованием современных методических принципов оценки объектов данной экспертизы должно обеспечить соответствие экспертных выводов требованиям законодательных документов, регламентирующих проведение судебно-психиатрической экспертизы.

Литература

1. *Горинов В. В.* Вопросы теории в методологии посмертных судебно-психиатрических экспертиз // Судебно-медицинская экспертиза. — 1994. — № 2. — С. 37–39.
2. *Илейко В. Р.* Методика оценки показаний свидетелей при посмертной судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1999. — № 2. — С. 50–54.
3. *Ілейко В. Р., Первомайський В. Б.* Структура акту посмертної судово-психіатричної експертизи у цивільному процесі // Вісник психічного здоров'я. — 2001. — № 3. — С. 27–30.
4. *Первомайский В. Б.* О методологии научных исследований в судебной психиатрии // Архів психіатрії. — 1997. — № 3–4. — С. 14–20.
5. *Сегай М. Я., Стринжа В. К.* Судебная экспертиза материальных следов-отображений (проблемы методологии). — Киев: Ин Юре, 1997. — 174 с.

6. *Харитонова Н. К.* Актуальные вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Материалы 12-го съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 491–492.
7. *Шостакович Б. В., Ревенок А. Д.* Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. — Киев: Здоров’я, 1992. — 184 с.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

В. Р. Илейко

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) как в гражданском, так и в уголовном процессах оценивает психическое состояние лица на определённый, интересующий следствие или суд, промежуток времени, на основании представленных этими юридическими органами материалов. Основными объектами исследования при посмертной СПЭ являются медицинская документация (если таковая имеется) и материалы дела. Последние интересуют эксперта данными, в которых в той или иной форме (прямо или косвенно) отражаются особенности психического состояния, поведения подэкспертного. Эти данные обычно представлены показаниями свидетелей, записями, письмами подэкспертного, другими юридическими документами, отражающими те или иные стороны его психики.

Цель настоящей работы состояла в изучении и анализе объекта посмертного судебно-психиатрического исследования, содержание которого является в большинстве случаев решающим при вынесении экспертного заключения. Таким объектом является медицинская документация.

Материалом для настоящего исследования послужило изучение 120 случаев посмертной СПЭ в гражданском процессе и, в частности, медицинская документация, которая представлялась юридическими органами при назначении этих экспертиз, а также анализ самих актов СПЭ, в которых эта медицинская документация приводилась и использовалась для обоснования экспертных выводов.

Изучение специальной литературы [1–3], анализ тематического материала показали, что, как и в отношении оценок других объектов экспертизы при посмертном судебно-психиатрическом исследовании, на сегодняшний день в судебной психиатрии отсутствует методика оценки медицинской документации, а её цитирование и анализ в актах СПЭ носит хаотичный, бессистемный, произвольный характер.

Поэтому в первой части нашей работы мы остановимся на оценке медицинской документации как объекта СПЭ в целом, в другой же части — на основании результатов изучения актов экспертизы предложим и обоснуем методические принципы её изложения и анализа.

Прежде чем приступить к классифицированию и описанию отдельных медицинских документов, следует высказать некоторые замечания, касающиеся этого объекта экспертизы в целом:

1. Любой медицинский документ (история болезни, амбулаторная карта, выписка, консультативное заключение и т. д.) должен обладать признаками документа, с указанием: учреждения, из которого он исходит (название, штамп, печать учреждения), подписями лиц, его составивших (оформивших), соответствующими датами (поступления, выписки, осмотра, выдачи).
   Отсутствие либо неполнота вышеуказанных признаков должны учитываться при анализе данного документа и его использовании в качестве доказательства экспертных выводов.

2. Медицинская документация, которая поступает на экспертизу до последнего времени, зачастую не обладает признаками, предъявляемыми к объекту экспертизы — она не пронумерована, не прошита, не скреплена печатью; не выполняются процессуальные требования изъятия, хранения и доставки медицинских документов на экспертизу. Так, не редки случаи, когда она изымается либо сторонами в процессе — «по устному поручению, просьбе суда», либо третьими лицами, которые опять же оказываются лицами заинтересованными и находятся в родственных, приятельских отношениях со сторонами, либо изымается представителем суда, но через длительное время после начала судебного разбирательства. Медицинская документация хранится на руках у сторон, предъявляется ими в зале судебного заседания, в процессе проведения экспертизы; доставляется на экспертизу сторонами, их представителями, адвокатами.

Отсюда проистекает проблема, с которой всё чаще приходится сталкиваться экспертам, а именно — проблема фальсификации медицинской документации. Следует отметить, что оценка медицинской документации с точки зрения её правдивости–неправдивости, достоверности–недостоверности и т. п. выходит за пределы компетенции психиатра-эксперта и находится целиком в компетенции юридических органов (при проведении посмертной СПЭ в гражданском процессе — в компетенции суда). Эксперт, получив медицинскую документацию, вынужден изучать, анализировать данные, которые она содержит; когда эти данные фальсифицированы профессионально, т. е. специалистом (выписаны, дописаны, переписаны, вклеены, изъяты и заменены и т. п.), то это чрезвычайно затрудняет, усложняет, а иногда и исключает проведение экспертизы и формулирование однозначных и категоричных выводов. Эксперт, получив из суда подобную документацию, вправе указать в своем заключении (акте СПЭ), и это его право закреплено законом, о тех или иных особенностях ведения, оформления медицинского документа, характере имеющихся там записей, их последовательности, наличии вклеенных листов, листов другой фактуры, размера, цвета, иногда — цвете красителя, которым выполнены записи (например, когда в медицинском документе, записи, исходя из дат, ведутся на протяжении нескольких месяцев, лет, при этом они визуально идентичны и по цвету чернил и по характеру почерка). Однако оценка замечаний эксперта-психиатра входит уже в компетенцию суда, а в последующем, если суд примет это во внимание — в компетенцию соответствующего экспертного исследования.

В зависимости от того, какие характеристики объекта исследования берутся за основу (место обследования и лечения, непосредственность, продолжительность обследования и т. д.) медицинская документация может быть:

а) первичной (история болезни, амбулаторная карта, консультативное заключение) и вторичной (выписка из истории болезни, справка из мед. учреждения);

отражать факт:

б) стационарного либо амбулаторного обследования;

в) кратковременного либо долговременного обследования;

г) однократного либо многократного (повторного) обследования;

д) непосредственного либо опосредованного наблюдения.

Отдельный медицинский документ может включать в себя различные из этих характеристик. Так, история болезни (полное название документа — медицинская карта стационарного больного) является первичным документом, отражающим стационарное, долговременное (обычно) обследование, записи в которой являются результатом непосредственного, повторного в динамике (врачебные осмотры, дневниковые записи) либо однократного (запись дежурного врача, консультанта) наблюдения.

Характеристики, которые включает в себя медицинский документ, имеют значение при анализе и сопоставлении различных объектов экспертного исследования, выделении главных и существенных признаков, отражающих психическое состояние подэкспертного, при составлении экспертного заключения, выводов.

Так, можно утверждать, что более значимым, имеющим больший вес, будет медицинский документ, являющийся первичным, отражающий долговременное обследование, повторное динамичное, непосредственное наблюдение подэкспертного.

Перейдём к описанию отдельных медицинских документов, наиболее часто предоставляемых эксперту в качестве объекта исследования.

1. История болезни или медицинская карта стационарного больного.

Наиболее важные в экспертном отношении моменты, на которых следует фиксировать внимание при исследовании этого документа:

а) каким образом (по скорой помощи, самостоятельно, родственниками), откуда (из дома, улицы и т. д.), с каким предварительным диагнозом и кем, был направлен в медицинское учреждение подэкспертный;

б) оценка его психического (сомато-неврологического) состояния при поступлении (на приёмном покое дежурным врачом, в отделении). При этом оценивается уровень психических расстройств (невротический, психотический), тяжесть соматического состояния и наличие соматопсихотического расстройства. При пребывании на стационарном лечении в психиатрической клинике оценивается глубина (степень выраженности), динамика психических расстройств, их связь (обусловленность) с экзо- либо эндогенными факторами. Оценивается, принимается во внимание и, соответствующим образом вносится в исследовательскую часть акта не только и не столько диагноз, феноменологические, синдромологические обобщения, психиатрические термины в виде профессиональных штампов, классифицирующих понятий (например, «обнаруживает идеи бреда, отношения, преследования, эмоционально уплощён, холоден, некритичен, дефектен, дементен» и т. д.), а описание этих имеющихся у подэкспертного психических расстройств, наличие которых должно находить отражение в его высказываниях, поведении, отношении к себе, своему состоянию и окружающему.

В медицинской карте стационара соматического профиля оценивается наличие либо отсутствие психических расстройств вообще. При их наличии определяется генез этих расстройств (экзогенные — черепно-мозговая травма, отравление угарным газом, токсическими веществами; соматопсихические — как следствие тяжести состояния и обусловленного им церебрального расстройства, эндогенные — не связанные с соматическим расстройством, вследствие которого подэкспертный госпитализирован). Далее также оценивается глубина и динамика имеющихся психических расстройств.

При оценке истории болезни соматического стационара следует чрезвычайно внимательно и осторожно относится к отдельным терминам, понятиям, констатирующим те или иные психопатологические феномены. При этом принимая во внимание, что врачи соматического профиля (тем более средний и младший медицинский персонал) не являются специалистами в области психиатрии и то содержание, которое они вкладывают в употребляемые термины и диагностические понятия, не всегда соответствует тому содержанию, которое на самом деле соответствует этим понятиям и применяется в психиатрии. Это касается в первую очередь, таких понятий, как «ясное сознание», «критичность», «адекватность–неадекватность», «слабоумие», «дефект» и т. д. Зачастую в одной и той же дневниковой записи «ясность сознания» может соседствовать с «заторможенностью, вялостью, загруженностью, непониманием сути сложных вопросов, односложными ответами после паузы» и т. п.

2. Амбулаторная карта (медицинская карта амбулаторного больного).

При исследовании амбулаторной карты психоневрологического диспансера в первую очередь принимается во внимание: причина взятия на диспансерный учёт, возраст подэкспертного при этом, генез имевших место психических расстройств, их глубина (уровень), связь с психосоциальными факторами; в дальнейшем — динамика этих расстройств, описание психического состояния подэкспертного при амбулаторных осмотрах, раскрытие, расшифровка приводимых психиатрических терминов, соответствие приводимых симптомов установленному синдрому и нозологии; сопоставление приводимых симптомов, возможность их одновременного проявления, существования, либо наличие взаимоисключающих симптомов (например, депрессии и идей величия, заторможенности и ускоренной речи, умственной отсталости и систематизированного бреда, эмоциональной тупости и лабильности эмоций); оценка психического состояния подэкспертного различными врачами-психиатрами, работниками ВКК, ВТЭК (если подобное имело место); частота посещения подэкспертным диспансера, причины этих посещений.

В амбулаторной карте территориальной поликлиники, диспансера соматического профиля оценивается описание отдельных симптомов психических расстройств, особенностей поведения, высказываний, которые могут свидетельствовать о таковых, описание симптомов астении, церебрастении; описание соматических расстройств, заболеваний, которые могут привести либо способствуют возникновению органического поражения головного мозга, имеют общие патогенетические механизмы с органической мозговой патологией (например, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, атеросклеротическое поражение органов и систем организма).

При раковом заболевании важным является: локализация опухоли, стадия процесса, наличие общемозговых симптомов, проявление раковой интоксикации. При этом заболевании, а также динамических нарушениях мозгового кровообращения, инсультах, важным является оценка состояния сознания, его качественной и количественной сторон.

3. Консультативное заключение, заключения врачебной консультативной, медико-социальной экспертной комиссий, военно-врачебной комиссии и т. п.

Данные медицинские документы являются первичными документами, отражающими непосредственное и однократное обследование испытуемого. Важным в этих документах являются дата обследования, наличие развёрнутого описания психического состояния или лишь заключения с диагнозом и лечебно-социальными рекомендациями, при наличии описания — соответствие приводимых симптомов диагностическим выводам, прогноз,

специальные выводы (инвалидность, временная нетрудоспособность, годность к военной службе, профессиональная пригодность).

4. Выписки из медицинской документации (историй болезни, амбулаторных карт), эпикризы, справки из медицинских учреждений и т. д.

Данные документы являются вторичными, т. е. производными от первичных документов, содержание которых в резюмирующем, обобщённом виде они предназначены отражать.

Эти документы составляются зачастую либо средним медицинским персоналом, либо вообще немедицинскими работниками (служащими архива, статистического, организационно-методического отделов).

Эти документы не имеют самостоятельного, а тем более существенного значения в качестве объекта экспертизы, отражающего медицинский факт. Их наличие должно лишь служить поводом для получения подлинников медицинской документации, на основании которых были составлены эти документы. Неприемлемой, свидетельствующей о низком профессиональном уровне, является подмена первичных медицинских документов вторичными и обоснование экспертного заключения лишь на основании их использования. При утере (исчезновении) первичного документа выписка из него должна оцениваться с учётом вышеуказанного и методических принципов, которые будут приведены ниже.

Изучение актов посмертной СПЭ показывает, что значительное их число включает данные из представленной на экспертизу медицинской документации в достаточном объёме и основная проблема состоит в отсутствии методических принципов их правильного, научно-обоснованного использования и интерпретации. Вместе с тем, в ряде актов СПЭ имеются недостатки, касающиеся изложения медицинских данных. Из них наиболее существенное значение имеют следующие:

1. Аморфное изложение всех данных из медицинской документации, без разделения первичных и вторичных документов, без соответствующих ссылок, указаний на происхождение этих данных.
2. Ссылка лишь на обобщённые, отрывочные данные — диагнозы, которые устанавливались в процессе стационарного лечения, амбулаторных консультаций, при отсутствии сведений о подэкспертном, на основании которых эти диагнозы устанавливались.
3. Избирательное цитирование данных из медицинской документации, необоснованное и ничем не аргументированное разделение этих данных на более и менее важные.
4. Произвольное, субъективное «обобщение» данных медицинской документации с указанием, например, на отсутствие психических расстройств у подэкспертного на основании лишь того, что он за период пребывания на лечении (амбулаторном наблюдении и т. д.) не осматривался психиатром и ему не устанавливался психиатрический диагноз. В данном случае изложение и анализ данных медицинской документации подменяется их «интерпретацией» без изложения.
5. Игнорирование данных медицинской документации (всех или некоторых), при этом они либо вообще не приводятся в акте СПЭ, либо приводятся, но не анализируются и не принимаются во внимание.
6. Обоснование выводов только данными из вторичных медицинских документов — выписок, эпикризов, справок, при этом подлинники первичных документов вообще не рассматриваются, оказываясь вне экспертного исследования.

7. Приведение большого количества второстепенных данных (касающихся соматического, неврологического состояния подэкспертного), которые не несут фактической информации о его психическом состоянии на интересующий суд (следствие) период времени.

Методологической основой посмертной СПЭ, как и других видов судебно-психиатрической экспертизы, являются: системный подход и метод презумпции [4]. Ими определяются методические принципы изучения, изложения и анализа данных медицинской документации в акте СПЭ.

В отношении медицинской документации, на этапе её изучения и внесения в исследовательскую часть акта СПЭ, следует придерживаться следующих правил:

а) на экспертизу должны быть представлены первичные документы — подлинники медицинской документации, при их отсутствии, недостаточности, подмене вторичными документами, они должны быть запрошены и до их предоставления экспертиза не должна проводиться. При утере подлинников, с предоставлением юридическим органом официального документа об утере, невозможности предоставления подлинников медицинской документации, должны быть запрошены и изучены вторичные документы с изложением их содержания, указанием характера этих сведений в исследовательской части акта;

б) в исследовательской части акта СПЭ должны быть изложены все данные первичной медицинской документации, которые в той или иной степени касаются и отражают психическое состояние подэкспертного на протяжении его жизни и в интересующий суд (следствие) период времени.

Помимо указания во введении акта СПЭ о тех объектах, которые были представлены для исследования на экспертизу, необходимо указывать источник той или иной медицинской информации в исследовательской части акта (№ документа, кем выдан или к какому мед. учреждению относится, № листа амбулаторной карты, истории болезни, если нумерация существует).

Анализ, обобщение данных медицинской документации, их сопоставление с данными, полученными при исследовании других объектов экспертизы, проводится в мотивировочной части акта СПЭ, с использованием принципа согласуемости данных [5, 6].

Данные медицинской документации при этом оцениваются по следующим параметрам:

- время возникновения психических расстройств у подэкспертного, причины их возникновения, динамика этих расстройств, а также возникновение и течение других психических расстройств на протяжении его жизни с подробным детальным анализом проявления этих расстройств на интересующий суд (следствие) период времени;
- соответствие описания психического состояния при поступлении, пребывании в стационаре, выписке синдромологическому и нозологическому диагнозам, которые при этом устанавливались;
- наличие либо отсутствие описания представленных медицинских феноменов;
- соответствие критериев, фактических данных в истории болезни имеющимся научным (отечественным и международным) стандартам диагностики;

- соответствие психического состояния подэкспертного во врачебных дневниковых записях записям среднего и младшего медицинского персонала, а также описанию его состояния специалистами-консультантами; при необходимости оценивается адекватность проводимого лечения и его влияния на психическое состояние подэкспертного;
- соответствие описываемой тяжести соматического состояния данным о его психическом состоянии.

Данные, представленные в амбулаторной карте, анализируются на предмет:

- причины обращения (взятия на диспансерный учёт), начальных проявлений психических, психосоматических, соматопсихических расстройств, их динамике (характер течения, причины обострения, восприимчивость к проводимому лечению и т. д.);
- наличия либо отсутствия описания представленных медицинских феноменов, либо наличия обобщения в виде синдрома, нозологии, описанных психических расстройств;
- соответствия описания психического состояния установленному диагнозу;
- соответствия описания психического состояния подэкспертного при амбулаторных осмотрах таковому при его стационарном обследовании, если таковое имело место.

Как подчёркивалось выше, эпикризы, выписки, справки не могут служить для экспертов заменой подлинников медицинских документов при утере последних. Данные о психическом состоянии лица, представленные во вторичных документах, должны оцениваться на предмет их соответствия данным о психическом состоянии подэкспертного из других объектов экспертного исследования, при отсутствии существенных противоречий могут приниматься во внимание в качестве фактических данных.

При наличии медицинской документации на интересующий суд период времени с описанием в ней психического состояния подэкспертного, решение диагностических и экспертных вопросов должно исходить из анализа (преимущественно статического) психопатологических феноменов с их констатацией на основании принятых диагностических стандартов и оценки их глубины, т. е. способности лица осознавать свои действия и руководить ими.

При отсутствии медицинской документации непосредственно на интересующий суд период времени должен применяться динамический анализ психического состояния подэкспертного, основывающийся на правилах принципа презумпции [7]: признанием презюмированного положения истинным до тех пор, пока не будет доказано противоположное и толкованием сомнений, которые невозможно устранить, в пользу данного лица.

Например, если до события юридической сделки отсутствуют медицинские (и другие) данные о наличии у лица нарушений психики, то действует презумпция психического здоровья. При этом психическое здоровье лица не должно доказываться, оно презюмировано и доказательств требует наличие у этого лица психической болезни. Отдельные, малосущественные, противоречивые сведения о тех или иных расстройствах психической деятельности, т. е. сомнения в его психической полноценности, если их невозможно устранить, должны трактоваться в пользу состояния, которое менее ограничивает права этого лица, т. е. в пользу презюмированного положения — психического здоровья подэкспертного.

Если же в представленных материалах имеются убедительные данные о наличии у подэкспертного в прошлом, до события юридической сделки, определённого психического заболевания, выраженных психических расстройств, исключающих способность осознавать свои действия и руководить ими с неблагоприятной в целом динамикой, то на период сделки должно презюмироваться наличие психического заболевания, а утверждение о выздоровлении, стойком улучшении психического состояния, восстановлении способности осознавать свои действия и руководить ими должно доказываться. В данном случае сомнения трактуются в пользу наличия психического заболевания.

При отсутствии медицинской документации вообще, разрешение экспертных и диагностических вопросов должно основываться на изучении и анализе других объектов экспертного исследования (показания свидетелей, юридические документы), которые содержат информацию о психическом состоянии подэкспертного.

Изложенные принципы оценки медицинской документации помогут составлению доказательного экспертного заключения, отвечающего требованиям закона и современному уровню экспертной теории и практики.

Литература

1. *Холодковская Е. М.* Дееспособность психически больных в судебно-психиатрической практике. – М., 1967. — 112 с.
2. *Боброва И. Н.* Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе // Судебная психиатрия: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1988. — С. 75–77.
3. *Шостакович Б. В., Ревенок А. Д.* Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. — Киев: Здоров’я, 1992. — 184 с.
4. *Первомайский В. Б.* Невменяемость и пределы компетенции психиатра-эксперта. — Дис. … д-ра мед. наук. — Киев, 1996. — 360 с.
5. *Первомайский В. Б.* Судебно-психиатрическая экспертиза: десять основных принципов. — Киев, 1998. — 20 с.
6. *Первомайский В. Б.* Принципы судебно-психиатрической экспертизы // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1998. — № 1. — С. 7–10.
7. *Первомайский В.* Презумпции в психиатрии // Вісник Асоціації психіатрів України. — 1995. — № 2. — С. 7–17.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ПОКАЗАНИЙ СВИДЕТЕЛЕЙ ПРИ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

В. Р. Илейко

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) является одним из наиболее сложных и трудоёмких видов экспертного исследования. Её предмет в гражданском процессе составляет оценка психического состояния лица, его способности понимать значение своих действий и руководить ими на период юридически значимого действия (сделки), совершённого в прошлом. Исходя из криминалистического учения о связях взаимодействия, составляющего теоретический фундамент судебно-экспертного познания [1], можно указать на ряд специфических особенностей, отличающих посмертную СПЭ в гражданском процессе от прочих психиатрических экспертиз.

Так, объектом посмертной СПЭ являются исключительно материалы дела и медицинская документация. Эксперт не имеет возможности непосредственно исследовать психическое состояние подэкспертного, а лишь проводит его вторичную оценку, анализируя сведения, которые указывают как это психическое состояние, поведение представлялось в различные промежутки времени, в том числе и в период заключения сделки, медицинским, юридическим работникам, окружающим и нашло отражение в представленных материалах. Таким образом, диагностическая задача решается экспертом не непосредственно в отношении подэкспертного, а опосредованно через оценку информации, содержащейся в исследованных объектах на предмет её соответствия существующим в психиатрии диагностическим стандартам.

Далее, поскольку по гражданским делам предварительного следствия не ведётся, в предъявляемых на экспертизу объектах, как правило, отсутствует достаточное количество фактов, характеризующих личность подэкспертного, его психическое состояние, поведение при заключении сделки и в периоды времени, непосредственно предшествующие и следующие за её совершением. Эксперт, таким образом, вынужден формулировать выводы в условиях дефицита информации.

Наконец, следовая информация, отражённая в объектах экспертизы, оказывается весьма разнородной по степени достоверности, прежде всего ввиду того, что субъекты этой информации не идентичны по своим характеристикам. Так, очевидно, что информация, отражающая состояние подэкспертного, зафиксированная врачом-психиатром, при прочих равных условиях будет отличаться от информации, отражённой врачом-терапевтом и тем более лицом, не являющимся специалистом в области медицины и психиатрии в частности.

Указанные обстоятельства, при отсутствии в судебной психиатрии научно обоснованной методики экспертного исследования при посмертной СПЭ, могут быть причиной существенных экспертных ошибок, затрудняющих установление истины. Рассмотрим их более подробно.

Как отмечено выше, основными объектами исследования при посмертной СПЭ являются медицинская документация и материалы дела. Последние интересуют эксперта в первую очередь представленными в них показаниями свидетелей, записями, письмами подэкспертного, юридическими документами, в которых косвенно могут отражаться особенности психического состояния подэкспертного.

Экспертная практика показывает, что свидетельские показания могут иметь второстепенное, подчинённое значение, но только в единичных случаях:

- когда подэкспертный регулярно наблюдается психиатрами и его психическое состояние достаточно полно и квалифицированно отражено в медицинской документации до и после события сделки и носит стабильный, неизменный характер на протяжении длительного времени;
- когда психическое состояние подэкспертного полно и однозначно представлено в медицинской документации непосредственно на период заключения сделки (включая осмотр психиатром).

В первом случае юридически значимое действие совершается в нотариальной конторе либо по месту проживания данного лица. Во втором — в медицинском учреждении и между этими парами фактов нет причинно-следственной связи.

В большинстве же случаев медицинская документация, представленная на экспертизу, бывает неполной, а представленные в ней факты изложены неквалифицированно с точки зрения их доказательности. Это существенно повышает значение свидетельских показаний и необходимость их компетентного анализа для выявления фактов, которые использует эксперт при обосновании экспертных выводов.

Изучение литературы, касающейся посмертной СПЭ в гражданском процессе [2–4], анализ 120 актов посмертной СПЭ из различных регионов Украины показали, с одной стороны, отсутствие в судебной психиатрии методических разработок в отношении оценки показаний свидетелей, а с другой — продемонстрировали их хаотичное, бессистемное изложение в исследованных актах СПЭ.

Показания свидетелей при посмертных экспертизах, как правило, бывают отрывочными, «весьма бледными и проблематичными» (Witter, 1970, цит. по [2]) и почти всегда носят крайне противоречивый характер. Свидетели являются в суд по представлению (просьбе) заинтересованных сторон и зачастую их показания отражают субъективную установку, а иногда и прямую заинтересованность свидетеля. Вместе с тем их оценка с точки зрения правдивости–неправдивости, достоверности, лживости, фальсифицированности, предвзятости, убедительности и т. д. выходит за пределы компетенции психиатра-эксперта.

Поэтому подобная оценка свидетельских показаний и выводы, содержащие представленные категории, всегда свидетельствуют о низкой квалификации и непрофессионализме эксперта.

Помимо наиболее часто встречаемых в литературе советов — при наличии противоречивых показаниях перенести экспертизу в зал судебного заседания либо отказаться от дачи заключения, предложения о том, как эти противоречия устранить, как правило, отсутствуют [5, 6].

Изучение актов посмертной СПЭ выявляет следующие методические ошибки, допускаемые экспертами при наличии противоречивых данных в объектах экспертизы:

а) свидетельские показания полностью игнорируются и рассматриваются в исследовательской части акта СПЭ;
б) в акте приводятся лишь те свидетельские показания, которые подтверждают диагноз и экспертные выводы;

в) свидетельские показания подвергаются психологизации и собственной интерпретации с искажением их содержания по сравнению с имеющимися в материалах дела;
г) указывается на лживость и недостоверность тех свидетельских показаний, которые «не вписываются» в выводы эксперта;
д) определённым показаниям придаётся больше значения, без надлежащих на то оснований и объяснений;
е) приводится «обобщение» показаний, когда в одну группу попадают различные по содержанию показания, вплоть до взаимоисключающих.

Все эти способы «устранения противоречий» вызывают справедливые возражения у суда и влекут назначение повторной экспертизы. Опыт проведения повторных экспертиз в подобных случаях показывает, что причины, порождающие противоречия в данных, полученных экспертом, могут быть сгруппированы следующим образом:

1. Касающиеся непосредственно личности свидетеля.
2. Связанные с фактором времени.
3. Связанные с особенностями динамики психических расстройств.
4. Связанные с особенностями клиники психического расстройства, наблюдавшегося у подэкспертного.
5. Связанные с источником информации о психическом состоянии подэкспертного.

Разберём каждую из этих групп отдельно.

1. Противоречия, связанные с личностью свидетеля могут быть обусловлены:

   а) возрастом свидетеля, определяющим особенности его памяти, восприятия предметов и явлений окружающего, отношений между ними, способностями к фиксации и последующему воспроизведению воспринятых фактов;
   б) уровнем общих знаний об окружающей действительности;
   в) степенью и характером осведомлённости относительно знаний в области психиатрии, неврологии либо в целом медицины;
   г) состоянием психосоматического здоровья свидетеля как на период наблюдения им тех или иных фактов, касающихся психического состояния подэкспертного, так и на период дачи им соответствующих показаний.

   Отдельного изложения требует анализ случаев употребления врачами соматического профиля, другими лицами с медицинским, но не психиатрическим образованием, терминов, понятий, применение которых (в рамках научного понимания их содержания) требует специальных знаний в области психиатрии и специальных методов исследования. Это касается, прежде всего, таких понятий, как сознание, мышление, критика, адекватность, продуктивность контакта, умственные (мыслительные) способности, сохранность и уровень интеллекта, памяти и т. д.

   Нередко на основании наличия у больного состояния бодрствования с открытыми глазами и взором, фиксирующимся на окружающих предметах, формального речевого контакта с односложными ответами на простые, конкретные вопросы, касающиеся самочувствия, общего состояния, жалоб, свидетель в последующем категорически утверждает в суде, что больной был в «ясном сознании», «абсолютно психически здоров», «адекватен», «хорошо доступен контакту», «критичен» и т. п., что не подтверждается другими фактическими данными.

2. Противоречия, связанные с фактором времени.

   Так как судебные иски могут предъявляться через несколько лет после составления завещания, события, имевшие место много позднее составления завещания, свидетели переносят на более ранний период. Так, если завещатель перенёс инсульт после оформления завещания и вслед за этим стал проявлять признаки слабоумия, свидетели могут излагать эти события как предшествовавшие составлению завещания.

   Иногда сделка может происходить за несколько лет до смерти завещателя, что, в свою очередь, отражается на свидетельских показаниях. Некоторые из свидетелей описывают состояние больного исходя из воспоминаний, которые сохраняются не всегда отчётливо. При попытке восстановить необходимые факты свидетели обмениваются мнениями между собой, в связи с чем их представления о больном могут быть результатом взаимной суггестии.

3. Противоречия, связанные с особенностями динамики психических расстройств.

   Видевшие больного в различное время свидетели сообщают сведения о том состоянии, которое им довелось видеть однократно, в течение ограниченного периода времени. Наблюдая, например, больного в остром периоде мозгового инсульта, когда сознание его изменено, а ориентировка нарушена, свидетель не может знать, что спустя некоторое время (часы, дни) сознание больного восстановилось, появилось правильное осмысление ситуации.

   Следует отметить, что колебания психического состояния (в первую очередь уровня сознания) могут наблюдаться в том числе при многих соматических заболеваний (ожоговая болезнь, рак, цирроз печени, болезни сердца и др.), с помрачением сознания при декомпенсации деятельности органов и систем организма, интоксикации и купированием болезненных расстройств с улучшением соматопсихического состояния при интенсивных лечебных мероприятиях. Всё это в свою очередь может отражаться на содержании свидетельских показаний.

4. Противоречия, связанные с особенностями клиники психического расстройства, наблюдавшегося у подэкспертного.

   Нередко свидетелей вводят в заблуждение бредовые высказывания больных. Жалобы больных на плохое обращение с ними родственников и соседей настолько конкретны и обыденны по содержанию, что реальность описываемой ситуации у свидетелей не вызывает сомнений. Лишь некоторые из свидетелей, имеющие возможность повседневно наблюдать больного, могут наряду с этим отметить особенности его поведения (тоску, тревогу, раздражительность, суетливость, рассеянность, снижение памяти, нелепость аргументов, приводимых в доказательство своей правоты и др.).

   Характерной чертой атеросклеротического слабоумия является неравномерность распада психической деятельности, мозаичность, парциальность дефекта психики. При этом, наряду с выпадением психических функций, может обнаруживаться внешняя сохранность личности (формы поведения, автоматизированные навыки, обычные суждения). Последнее может объяснять и различие свидетельских показаний, т. к. при сосудистой (в первую очередь атеросклеротической) психической патологии внешние признаки заболевания могут оцениваться лицами,

не имеющими специальных знаний, неоднозначно: одними — как особенности характера, поведения, поступков, другими — как проявление психического заболевания, третьими — как особенности, связанные с возрастом.

5. Противоречия, связанные с источником информации о психическом состоянии подэкспертного.

   Суть этих противоречий состоит в презюмировании представления о том, что понятия «свидетель» как участник процесса, и «свидетель» как лицо, лично наблюдавшее представляемый им факт, по содержанию идентичны. В действительности же это не всегда так. Практически в каждом деле находятся свидетели, которые сообщают сведения, услышанные ими от третьих лиц. Если это обстоятельство установлено в судебном заседании, то такие показания не могут анализироваться экспертом.

Методологической основой посмертной СПЭ (как и других видов судебно-психиатрического экспертного исследования) являются: системный метод и принцип презумпции [7, 8]. Ими определяется и методика изучения свидетельских показаний, изложения выявленных фактов в исследовательской части и их оценки в мотивировочной части акта СПЭ [9].

В исследовательской части акта должны быть приведены все показания свидетелей, в той части, в которой в той или иной мере затрагивается, описывается психосоматическое состояние подэкспертного, особенности его поведения, высказываний как на интересующий суд период времени, так и на протяжении его жизни. Свидетельские показания могут излагаться как в порядке их встречаемости в гражданском деле (судебных заседаниях), так и в ином порядке, с дополнением сообщаемых сведений при их даче повторно.

Свидетельские показания, в которых описание состояния подэкспертного приводится со слов третьих лиц, могут быть объединены фразой, что свидетели лично подэкспертного не наблюдали. Свидетельские показания, в которых отсутствует упоминание о состоянии здоровья, поведении подэкспертного, также не требуют изложения и могут быть объединены фразой, что в показаниях таких-то свидетели отсутствуют сведения о психосоматическом состоянии подэкспертного.

Сообщения, заявления, объяснения, ходатайства, просьбы и т. п. свидетелей, приведённые в деле и полученные непроцессуальным путем, могут найти упоминание в исследовательской части акта, но приводятся отдельно и кратко.

Форма, способ изложения свидетельских показаний в акте СПЭ индивидуальны и зависят от опыта эксперта, его умения выделить в показаниях основное, наиболее существенное, чтобы не перегружать исследовательскую часть второстепенными деталями, подробностями межличностных отношений, гражданского спора и т. д.

Обязательным является указание фамилии и инициалов свидетеля, по возможности рода его деятельности (медицинский работник, врач, почтальон, нотариус, работник ЖЭКа, гос. учреждения и т. п.) и листа дела, а лучше даты судебного заседания, на котором эти показания были получены, т. к. нумерация листов в деле может в последующем измениться).

В мотивировочной части акта СПЭ проводится обобщение, сопоставление и анализ данных, представленных в исследовательской части акта.

Основным методическим принципом, используемым при этом, является принцип согласуемости данных. Суть его состоит в том, что воссоздание (реконструкция) психического состояния подэкспертного на интересующий суд период времени должна основываться и доказываться путём анализа и сопоставления фактов, полученных при исследовании объектов экспертизы на предмет их соответствия друг другу, а также имеющимся научным представлениям об особенностях возникновения, динамики, клинических проявлений тех или иных психических расстройств, с использованием для этого результатов научных исследований, данных научной литературы.

Свидетельские показания в мотивировочной части акта оцениваются:

- на предмет их пространственно-временной определённости;
- на предмет их внутренней цельности, однозначности, отсутствия противоречий в отдельных составляющих этих показаний;
- на предмет соответствия показаний одного и того же свидетеля между собой, если свидетель давал показания неоднократно на протяжении судебного разбирательства;
- на предмет согласованности показаний разных относительно одних и те же обстоятельств;
- на предмет их соответствия другим сведениям о психическом состоянии подэкспертного, имеющимся в представленных на экспертизу материалах, в первую очередь данным медицинской документации (если таковая имеется) на тот период времени, который эти показания охватывают;
- и, наконец, на предмет их соответствия научным представлениям о клинических проявлениях психических, соматопсихических расстройств, диагностированных у подэкспертного.

Таким образом, свидетельские показания при их анализе могут оцениваться экспертом в той мере, в какой они отражают психическое состояние подэкспертного, а приниматься как научный медицинский факт лишь тогда, когда их содержание находит подтверждение при сравнении с другими фактическими данными о психическом состоянии подэкспертного в их совокупности. Противоречащие им данные, не влияющие на экспертные выводы, по возможности должны быть объяснены в пределах компетенции психиатра-эксперта. Использование вышеизложенных методических подходов позволит эксперту при выполнении посмертной СПЭ провести научную оценку свидетельских показаний и квалифицированно использовать установленные факты при обосновании экспертных выводов.

Литература

1. *Сегай М. Я., Стринжа В. К.* Судебная экспертиза материальных следов-отображений. — Киев: Ін Юре, 1997. — 174 с.
2. *Холодковская Е. М.* Дееспособность психических больных в судебно-психиатрической практике. — М., 1967. — 112 с.
3. *Шостакович Б. В., Ревенок А. Д.* Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. — Киев: Здоров’я, 1992. — 184 с.
4. *Горинов В. В.* Вопросы теории в методологии посмертных судебно-психиатрических экспертиз // Судебно-медицинская экспертиза. — 1994. — № 2. — С. 37–39.

5. *Харитонова Н. К.* Актуальные вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе // Материалы 12-го съезда психиатров России. — М., 1995. — С. 491–492.
6. *Боброва И. Н.* Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе // Судебная психиатрия: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1988. — С. 75–77.
7. *Первомайский В. Б.* Невменяемость и пределы компетенции психиатра-эксперта. — Дис. … д-ра мед. наук. — Киев, 1996. — 360 с.
8. *Первомайский В.* Презумпции в психиатрии // Вісник Асоціації психіатрів України. — 1995. — № 2. — С. 7–17.
9. *Первомайський В. Б., Ілейко В. Р., Цубера А. І., Кригіна Л. О., Шурдук В. І.* Складання акту судово-психіатричної експертизи: Методичні рекомендації. — Київ, 1995. — 25 с.

ОБОСНОВАНИЕ ЭКСПЕРТНЫХ ВЫВОДОВ В АКТЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В. Р. Илейко, В. Б. Первомайский

ВВЕДЕНИЕ

Акт судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), с одной стороны, является медицинским документом, который должен отображать процесс экспертного исследования на основе клинико-психопатологического и экспертного методов (табл. 1), а с другой — источником доказательств в суде и подлежит оценке судом (В. Б. Первомайский, 2000; Гражданский процессуальный кодекс Украины, 1994). Поэтому к акту СПЭ предъявляются определённые требования как к самостоятельному процессуальному документу.

Таблица 1

Соотношение этапов экспертного исследования и структурных частей акта СПЭ

Этап	Метод	Структурная часть акта СПЭ
Получение определения (постановления) о назначении экспертизы и объектов СПЭ	Проверка наличия медицинских и юридических оснований	Вводная (данные о месте, времени проведения СПЭ, исполнителе, основаниях для её проведения, объектах СПЭ, вопросы, поставленные для решения)
Исследование объектов экспертизы	Методы (клинико-психопатологический, метод экспертной оценки медицинской документации и материалов дела)	Исследовательская (изложение фактических данных, касающихся психического состояния подэкспертного на основе его непосредственного исследования, а также (или) на основе изучения материалов дела и медицинской документации)
Анализ полученных данных, формулирование диагноза и экспертного решения	Экспертный метод (основные клинические принципы: презумпции; согласуемости данных, обоснованности)	Мотивировочная (анализ, сопоставление, обобщение данных, которые изложены в исследовательской части акта СПЭ, устранение противоречий, обоснование выводов)
Ответы на поставленные перед экспертом (экспертной комиссией) вопросы	Формально-логический метод	Выводы акта СПЭ

Обязательными составными частями акта СПЭ являются вводная, исследовательская, мотивировочная части и выводы.

Иногда ошибочно считают, что главной, важнейшей частью акта экспертизы являются выводы. Именно они являются предметом изучения со стороны суда. Но это ошибочная точка зрения. Суд должен изучить и оценить весь акт экспертизы как источник доказательств. В этом смысле выводы как доказательства не являются самодостаточными. Без мотивировочной части они ничего не стоят, поскольку неизвестно, каким образом и на основании каких аргументов эксперт пришёл к выводу. Без мотивировочной части выводы приобретает персонифицированный характер, когда аргументы подменяются авторитетом эксперта, его научным званием, степенью или должностью. Такой подход для экспертизы неприемлем, так как лишает суд научных гарантий от ошибочных решений. К тому же следует указать, что мотивировочная часть акта СПЭ — показатель профессионального уровня эксперта, его квалификации как специалиста в определённом виде экспертизы, способности к логическому осмыслению фактов. Эта важная часть профессиональной деятельности психиатра-эксперта совсем не отражена в судебно-психиатрической литературе. Логические основы клинического мышления психиатра-эксперта не преподаются ни на одном этапе его подготовки.

Целю работы является освещение некоторых вопросов, касающихся содержания мотивировочной части акта СПЭ, типичных ошибок, которые встречаются при этом, предложения по их избеганию и методические принципы, которые должны использоваться при составлении мотивировочной части акта как вообще, так и, в частности, посмертной СПЭ, как одного из наиболее трудных и ответственных видов судебно-психиатрического экспертного исследования.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировано 140 случаев посмертной СПЭ (акты СПЭ, истории болезни) — 55 случаев по архиву Киевского городского центра СПЭ, 85 случаев — из разных регионов Украины, которые поступали в отдел судебно-психиатрической экспертизы Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии в составе материалов гражданских дел, по которым в соответствии с определением суда проводились повторные экспертизы сотрудниками отдела СПЭ Института.

Большинство случаев (78%) посмертной СПЭ с точки зрения психического заболевания, которое определило назначение экспертизы, относились к проявлениям церебрального атеросклероза и его осложнений (динамические нарушения мозгового кровообращения, инсульты); в соответствии с Международной классификацией болезней 10-пересмотра (МКБ-10), эти психические расстройства отнесены к разделу F00–F09 «Органические психические расстройства», рубрики, преимущественно, F01.0–F01.9; F06.7–F06.9; F07.9. Другие случаи преимущественно касались психических расстройств при соматических заболеваниях (в частности, опухолевых, которые сопровождаются аутоинтоксикацией, сердечно-сосудистых в стадии декомпенсации и т. д.), которые не предусмотрены МКБ-10. Структура этих расстройств отображала различные степени нарушения сознания, проявления астении. Экспертно-диагностическая оценка психических расстройств вследствие соматических заболеваний, их сопоставление с разделами психических и поведенческих расстройств МКБ-10 требует отдельного освещения, анализа и предложений.

Методы исследования: метод экспертной оценки медицинской документации, клинико-психопатологический и теоретический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ тематического материала и опыт проведения повторных экспертиз (в том числе посмертных, по гражданским делам), позволил выделить ряд типичных ошибок, которые допускают эксперты при попытке мотивировать выводы.

1. «Мотивирование без мотивирования».

   Ошибка присуща большинству актов посмертной СПЭ. Существует в двух вариантах. В первом мотивировочная часть не выделяется совсем, как и выводы. Изложение акта подаётся сплошным текстом. В конце его формулируются ответы на вопросы и, как их подтверждение, приводится несколько фактов, изложенных выше в тексте акта.

   Во втором варианте мотивировочная часть выделяется. После слов «таким образом» перечисляются в кратком виде, выборочно отдельные факты, изложенные выше по тексту акта.

2. «Игнорирование противоречий».

   Ошибка, присущая начинающим экспертам, которые пришли в экспертизу из общей психиатрии. Также существует в двух вариантах по количеству сторон в деле (истец–ответчик).

   При первом варианте в конце акта приводятся только те данные, которые свидетельствуют в пользу истца. Данные, которые противоречат этому, или являются нейтральными, не приводятся вовсе.

   При втором варианте всё делается наоборот, в пользу ответчика. Выбор экспертом варианта зависит от количества свидетельств в пользу той или другой стороны. Чем больше определённых свидетельств, тем больше вероятность соответствующих им выводов экспертов. Но имеются случаи, когда и эта логика не действует, давая основания считать выводы следствием влияния внеэкспертних сил.

   Указанная ошибка, как правило, сопровождается соответствующим игнорированием противоречий и в исследовательской части акта.

3. «Желаемое за действительное».

   Эта ошибка присуща экспертам, которые имеют определённый опыт. При этом виде ошибки в мотивировочной части приводится ряд фактов, которые в принципе могут быть при патологии, которая отображена в выводах. Но такие факты отсутствуют в исследованных материалах и не излагаются в исследовательской части акта.

   При анализе таких актов возникает ощущение определённой избирательности изложения материала и очень сильного желания эксперта как можно лучше обосновать выводы, не опираясь на установленные факты.

4. «Излишнее доказывание».

   В акте приводится много разных аргументов, которые не касаются вывода или не обязательно доказывают его. Качество аргументов подменяется их количеством в

соответствии с логической ошибкой: «кто много доказывает, тот ничего не доказывает».

5. «Полная бездоказательность».

   Аргументы в пользу выводов не приводятся вовсе. После исследовательской части сразу излагаются выводы. Этим эксперт старается вызвать впечатление, что связь между фактами и выводами настолько очевидна и понятна, что какое-либо его обоснование является излишним.

6. «Неполное доказательство».

   Приводятся аргументы в пользу расстройства психической деятельности определённого вида. Но формулируется нозологический диагноз, без уточнения синдрома. Психологический критерий, так сказать, естественным образом вытекает из установленной нозоформы и не требует дополнительных аргументов. Причина ошибки в подмене содержания понятий.

7. «Возможное за действительное».

   Отдельные выявленные признаки психической патологии, которые в динамике могут иметь разное экспертное значение, толкуются только в одном из возможных будущих вариантов этого значения.

Изложенные выше ошибки хорошо иллюстрируют важное значение мотивировочной части. Для того, чтобы их избежать, нужно помнить следующее.

Во-первых. Не существует каких-либо самостоятельных признаков, присущих только медицинскому или только психологическому критерию, необходимых для решения вопроса, касающегося способности лица понимать значение своих действий и руководить ними. Эта способность является качественной характеристикой психики и сознания лица. Она обязательно проявляется поведением, мимикой, пантомимикой, высказываниями и т. п. Поэтому, определяя состояние этой способности, опираясь на конкретные признаки, которые выявлены при экспертном исследовании, эксперт одновременно определяет психическое состояние этого лица. Тем самым в психиатрических терминах определяется состояние указанной способности.

Во-вторых. Доказывая болезненную природу утраты способности понимать значение своих действий и руководить ними, эксперт, в соответствии с ст. 16 ГК Украины [Гражданский кодекс Украины, 1998] должен разграничить две группы расстройств: душевную болезнь и слабоумие. Эта формула закона (как и сам термин «душевная болезнь») явно устарела. Она не учитывает синдромы общего нарушения сознания при тяжёлых соматических заболеваниях, которые сопровождаются аутоинтоксикацией, при опухолевых образованиях. Это самостоятельная большая группа психических расстройств, которые довольно часто встречаются в практике посмертной СПЭ. С целью унификации экспертных подходов (до изменения зафиксированной в законе дихотомии) указанные расстройства следует относить к группе душевных болезней.

Таким образом, под душевной болезнью при посмертной СПЭ в гражданском процессе следует понимать болезненное расстройство психической деятельности, которое проявляется в форме психоза и синдромов нарушенного сознания. Под слабоумием

понимаются состояния психического дефекта, независимо от их происхождения (врождённые, органические, постпсихотические).

В-третьих. Предметом посмертной СПЭ в гражданском процессе является определение психического состояния лица относительно совершённых ним юридически значимых действий на момент их совершения. Поэтому именно этот отрезок времени должен быть подвергнут особенно тщательному анализу. При этом аргументы, касающиеся психологического критерия, обязательно следует излагать отдельно и именно в отношении к определённому отрезку времени.

Научное формулирование выводов возможно лишь на основе использования экспертного метода исследования с его клиническими принципами, а именно: принципами презумпции, согласуемости данных и принципом обоснованности. Коротко остановимся на их содержании.

Напомним, прежде всего, что понятие «презумпция» означает предположение, основанное на вероятности. В свою очередь, вероятность является мерой объективной возможности появления случайного события (Э. Н. Шиган, 1986). Это определение необходимо знать и для правильного формулирования выводов.

В соответствии с первым правилом принципа презумпции — презумпцией психического здоровья — лицо считается психически здоровым и способным осознавать свои действия и руководить ими, пока обратное не будет доказано. В соответствии с этим определением каждое лицо, которое достигло установленного законом возраста, априори считается психически здоровым и способным к сознательным действиям, то есть, в определении действующего законодательства, дееспособным.

В соответствии со вторым правилом презумпции, сомнения, которые невозможно устранить, толкуются в пользу состояния, которое является более вероятным или возможным. Напомним, что при проведении экспертиз по уголовным делам, в соответствии со вторым правилом, сомнения толкуются в пользу обвиняемого. В этом контексте польза связывается с наименьшим ограничением прав и свободы подекспертного, связанных с наказанием. При посмертной экспертизе речь о наказании не идёт. Поэтому разрешение сомнений осуществляется непосредственно через определение определённого психического состояния.

При посмертной СПЭ проблема разрешения сомнений наиболее часто касается динамики заболевания.

Принцип презумпции тесно связан с принципом согласуемости данных. В сжатом виде он предусматривает, что выводы эксперта основываются на данных, полученных при исследовании максимально возможного количества объектов экспертизы, данных, которые согласуются между собой и диагностическим стандартом. Поскольку диагностический стандарт со времени изменяется (совершенствуется), следует исходить из стандарта, который действовал на период совершения юридически значимого действия. Это не запрещает его сопоставления со стандартом, действующим на период проведения экспертизы с соответствующими пояснениями для суда возможных отличий.

Необходимость применения принципа согласуемости данных определяется наличием при посмертной СПЭ нескольких объектов экспертизы. Принцип согласуемости данных позволяет методически правильно определить существенные признаки из разных

объектов исследования, сопоставить их с диагностическим стандартом и таким образом получить вероятный вывод.

Принцип обоснованности имеет отношение к мотивировочной части акта в целом и отображает ход мысли эксперта при обосновании выводов, он является динамической характеристикой процесса экспертного исследования. В научном аспекте этот принцип отображает то, что является краеугольным камнем теории аргументации, а именно — структуру доказательства: тезис, аргументы, демонстрацию (В. С. Жеребкін, 1998). Тезисом является экспертный вывод, соответствие которого истине эксперт должен доказать. Аргументами являются факты, которые он получил, исследуя объекты экспертизы. Демонстрацией является способ, с помощью которого эксперт обосновывает свой вывод (табл. 2). То есть демонстрация — это сведение полученных фактов к определённой системе.

Таблица 2

Соотношение структуры доказательства и структуры экспертного исследования

Структура экспертного исследования	**Структура доказательства**
Факты, полученные при исследовании объектов СПЭ	Аргументы
Анализ, сопоставление, обобщение полученных фактов, устранение противоречий, обоснование выводов	Демонстрация
Выводы эксперта	Тезис

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование при посмертном судебно-психиатрическом экспертном исследовании вышеизложенных сведений и предложений, квалифицированное применение экспертного метода с его клиническими принципами позволяет предотвратить ошибки, устранить противоречия, в условиях дефицита объективной информации, необходимости принятия вероятного решения и обеспечить научность и доказательность экспертных выводов.

Литература

1. Гражданский кодекс. Гражданский процессуальный кодекс Украины. — Харьков: Консум, 1998. — 528 с.
2. Гражданский процессуальный кодекс Украины. — Одесса, 1994. — 192 с.
3. *Жеребкін В. С.* Логіка. — Київ: Знання, 1998. — 256 с.
4. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб: Адис, 1994. — 304 с.
5. *Первомайский В. Б.* Невменяемость. — Киев, 2000. — 320 с.
6. *Шиган Е. Н.* Методы прогнозирования и модернизирования в социально-гигиенических исследованиях. — М.: Медицина, 1986. — 208 с.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДИНАМИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ ДЕЕСПОСОБНОСТИ

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко

С введением в уголовное законодательство института ограниченной вменяемости естественно возникает вопрос о наличии оснований для распространения существующего в гражданском праве института ограниченной дееспособности на лиц с иными психическими расстройствами кроме лиц, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими веществами.

Анализ исследований и публикаций по данной проблеме [3, 6–8, 10–12, 14, 15] свидетельствует об: а) неэффективности функционирования института ограниченной дееспособности в отношении лиц с токсикоманической зависимостью и отсутствии подобной юридической нормы в отношении лиц с иными психическими расстройствами непсихотического уровня; б) необходимости правовой защиты лиц с непсихотическими психическими расстройствами при совершении ими тех или иных юридических действий в случаях, когда имеющиеся у них психические расстройства существенно ограничивали их способность осознавать свои действия и (или) руководить ими в юридически значимый промежуток времени; в) важности рассмотрения и разработки проблемы ограниченной дееспособности как с медицинской (психиатрической), так и с гуманистической, правовой точек зрения в рамках гарантируемой государством помощи некоторым контингентам населения, в том числе лицам преклонного возраста, а также лицам с трудностями социального функционирования и адаптации вследствие имеющихся у них психических расстройств.

Цель настоящего исследования — обоснование функционально-динамической концепции ограниченной дееспособности как методологической базы для решения проблемы ограниченной дееспособности в отношении лиц с непсихотическими психическими расстройствами в рамках действующего законодательства Украины.

Материалы и методы исследования: проведён теоретический анализ ряда статей Гражданского, Гражданского процессуального кодексов Украины, специальной литературы в аспекте проблемы ограниченной дееспособности. Проанализированы 100 случаев судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) в гражданском процессе (посмертных и очных), проведённых в отделе СПЭ УНИИССПН за период 1991–2001 гг. Методы исследования: теоретический, системный, клинико-психопатологический.

Результаты исследования. На сегодняшний день в отечественном законодательстве принята юридическая модель ограниченной дееспособности. Она закреплена в ст. 15 ГК [16][1].

Ст. 15 ГК. Ограничение дееспособности граждан, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими веществами.

Гражданин, который вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами ставит себя и свою семью в тяжёлое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом Украинской ССР, и над ним устанавливается попечительство.

Из цитированной нормы видно, что законодатель не оговаривает ни медицинский, ни психологический критерии ограниченной дееспособности. Её субъект воспринимается не как лицо, страдающее психическим расстройством, а скорее как нарушающее нормы общежития. И в этом смысле нет принципиального значения, страдает ли лицо, злоупотребляющее спиртными напитками или наркотическими веществами, алкоголизмом или наркоманией. Отсутствие в законе критериев ограниченной дееспособности и нечёткость понятий «злоупотребление…» и «тяжёлое материальное положение» имеет своим следствием то, что этот институт практически не работает и эта судебно-наркологическая проблема в Украине не изучается, хотя актуальность её несомненна. Отсутствие медицинских критериев исключает необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы, вопрос о которой нередко возникает уже после совершения сделки. Законодатель предусмотрел возможность совершения сделок лицом, злоупотребляющим спиртными напитками или наркотическими веществами. Такая сделка, если она совершена без согласия попечителя, по его иску признаётся судом недействительной в соответствии со ст. 54 ГПК. Обязательным условием её применения является признание лица, злоупотребляющего спиртными напитками или наркотическими веществами, ограниченно дееспособным до совершения им сделки.

Недостатки и уязвимость юридической модели ограниченной дееспособности очевидны. Во-первых, она нарушает права психически здоровых лиц, не страдающих алкоголизмом или наркоманией, но проявляющих так называемое злоупотребление этими веществами. Напомним, что наркология различает понятия «злоупотребление» как донозологическую форму и проявление социальной распущенности и «алкоголизм» как заболевание психиатрического ряда [3].

Во-вторых, она абсолютно игнорирует права значительной части лиц с психическими расстройствами, которые сохраняют способность понимать значение своих действий и руководить ими, но в весьма ограниченном диапазоне социальных обстоятельств. Это делает их практически беззащитными перед нарушающими их интересы умышленными действиями третьих лиц. В экспертной практике следствием этого становится дилемма: отвечать ли на вопросы, поставленные судом в строгом соответствии с дихотомией — «способен–неспособен понимать значение своих действий и руководить ими» или при существенном ограничении обозначенной способности указывать на это обстоятельство? При первом варианте велика вероятность того, что лицо с фактически ограниченной дееспособностью будет признано полностью недееспособным либо, напротив, дееспособным с вытекающими отсюда последствиями для его гражданских прав. При втором варианте проблема возникает перед судом, поскольку отсутствует юридический механизм учёта ограниченной дееспособности лица применительно к совершённой им сделке.

В-третьих, действующая юридическая модель ограниченной дееспособности не имеет обратного действия и не предусматривает ретроспективного решения вопроса об этом. Это порождает коллизию между научным пониманием проблемы ограниченной дееспособности и нормой закона. Отсюда, если лицо, страдающее алкоголизмом или наркоманией, обнаруживающее признаки зависимого поведения с выраженным ограничением способности понимать значение своих действий и руководить ими, до совершения сделки не было de jure признано ограниченно дееспособным, то эта сделка не может быть признана недействительной.

В то же время завещание, совершённое лицом, признанным ограниченно дееспособным вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими веществами, не может быть признано недействительным. По мнению авторов комментария к ГПК, права

наследников находятся под охраной закона и поэтому завещание ограниченно дееспособного лица не может поставить семью в тяжёлое материальное положение. А именно ограждение интересов семьи имеет целью ограничение дееспособности указанных лиц.

Юридическая модель ограниченной дееспособности не учитывает медицинскую, или правильнее назвать её психиатрической, предпосылку ограничения дееспособности в виде недостаточного понимания лицом своих действий и ограниченной способности руководить ими. Поэтому соответствующая статья закона, при её сохранении в новом кодексе, нуждается в изменении в соответствии с научным пониманием проблемы ограниченной способности лиц, совершающих сделки, осознавать свои действия и руководить ими [1].

Теперь посмотрим, каким образом закон охраняет право гражданина на свободное волеизъявление. Что касается выраженных психических расстройств, то здесь законодатель достаточно категоричен. Согласно ст. 52 ГК, недействительна сделка, совершённая гражданином, признанным недееспособным вследствие душевной болезни или слабоумия. Экспертная практика показывает, что это наиболее часто встречающееся основание для назначения судебно-психиатрической экспертизы при оспаривании сделок. При этом используются далеко не все возможности, предоставляемые законом.

Следующей по частоте применения является ст. 55 ГК. Согласно её норме, сделка, совершённая гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент её совершения в таком состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина. Авторы комментария к этой статье полагают, что в данном случае речь идёт о «временном расстройстве психики, нервном потрясении и т. д.», в силу которых лицо не могло понимать свои действия и не имело возможности руководить ими. Обращает на себя внимание отсутствие в законе указания на болезненный характер такого состояния гражданина и возможность достаточно широкой трактовки состояний, подпадающих под ст. 55 ГК. Она может быть применена только по иску гражданина, находившегося в момент совершения сделки в состоянии, исключающем понимание им своих действий и способность руководить ими. Это обстоятельство и нечёткость формулировок статьи на практике порождает абсурдные ситуации. Так, нередки случаи, когда иск подаёт лицо, утверждая, что оно (это лицо) в момент совершения сделки находилось в состоянии слабоумия и поэтому не могло понимать значение своих действий и руководить ими. Суд принимает иск к рассмотрению. Лицо, de facto неспособное понимать свои действия и руководить ими, подписывает доверенность на представление его интересов и т. д.

Наконец, есть ещё две статьи, в которых отражается психический компонент как основание для признания сделки недействительной. Ст. 56 ГК предусматривает, что сделка, совершённая вследствие заблуждения, имеющего существенное значение, может быть признана недействительной по иску стороны, действовавшей под влиянием заблуждения. Заблуждение рассматривается как ошибочное представление о фактических обстоятельствах сделки, возникшее в силу оплошности, невнимательности одной из сторон. Логика под заблуждением понимает несоответствующее, неправильное, одностороннее отражение предметов, явлений в сознании человека[2].

Ст. 57 ГК предусматривает, что сделка, совершённая вследствие обмана, насилия, угрозы, злонамеренного соглашения представителя одной стороны с другой стороной, а также сделка, которую гражданин был вынужден совершить на крайне невыгодных для себя условиях вследствие стечения тяжёлых обстоятельств, может быть признана

недействительной по иску потерпевшего либо по иску государственной или общественной организации. Под обманом в этом контексте понимается преднамеренное введение в заблуждение другой стороны относительно предмета сделки и других существенных моментов. Насилие понимается как оказание на сторону или близких к ней лиц физического или морального давления. Угроза — противоправное психическое воздействие на сторону, вызывающее опасение причинения в будущем, если не будет заключена сделка, имущественного или морального вреда. И под стечением тяжёлых обстоятельств, под воздействием которых была заключена сделка, понимается такое имущественное или физическое состояние гражданина или его близких лиц (болезнь, затруднительное материальное положение и т. д.), которое вынуждает гражданина к совершению сделки на крайне невыгодных для него условиях.

Общей концептуальной основой применения указанных в этих статьях обстоятельств в качестве основания признания сделки недействительной является ограничение свободного волеизъявления стороны, совершающей сделку. Исходя из концепции единства сознания и деятельности и понимания психического заболевания как количественного либо качественного расстройства сознания и критичности, в отечественной судебной психиатрии сформулировано принципиальное положение, согласно которому любое расстройство психической деятельности в той или иной мере отражается на способности субъекта осознавать свои действия и руководить ими. Отсюда следует, что свободное волеизъявление, реализующееся в процессе взаимодействия субъекта с окружающей средой, может быть полностью исключено психическим расстройством субъекта, лишающим его способности осознавать свои действия и руководить ими. При непсихотических расстройствах эта способность в той или иной мере ограничена. Это внутренний фактор, ограничивающий свободное волеизъявление. Поскольку волеизъявление лица реализуется в конкретных условиях и в отношении определённых обстоятельств, то очевидно, что эти компоненты взаимодействия также могут в той или иной мере ограничивать свободу волеизъявления. Количество характеристик этого внешнего фактора, которые могут быть формализованы, достаточно ограничено. Часть из них учтена законодателем в ст.ст. 56, 57 ГК, цитированных выше. Различие между ними состоит в том, что в ст. 57 ГК предусмотрена недействительность сделки, совершённой лицом, которое способно понимать значение своих действий, но не может свободно руководить ими в силу воздействия внешних обстоятельств. Таким образом, лицо сознательно действует во вред своим интересам.

В ст. 56 ГК предусмотрена иная ситуация. Лицо совершает сделку в силу ошибочных представлений о её фактических обстоятельствах. Причём в данном случае не имеет значения, является ли такое заблуждение добровольным, либо оно инспирировано иным лицом путём индуцирования. Закон не оговаривает какой-либо медицинский критерий заблуждения как определённого психического состояния. Между тем экспертная практика показывает, что нередко субъектом заблуждения являются лица, перенёсшие психическое заболевание, оставившее после себя различной степени дефект психики, который не исключает способность осознавать свои действия и руководить ими в повседневной жизни. К этой же категории относятся лица с умственной отсталостью, адаптированные в обществе в определённом микросоциуме, пожилые лица с признаками атеросклероза сосудов головного мозга, маргинальные личности с определёнными характерологическими особенностями, делающими их уязвимыми в определённых житейских ситуациях, наконец, те же лица с зависимым поведением. Всех их объединяет то, что в обыденной, повседневной, привычной для них жизни их способность осознавать свои действия и руководить ими может не вызывать сомнений. Их психическая несостоятельность проявляется лишь в определённых ситуациях, предъявляющих

повышенные требования к уровню психического функционирования, либо прямо адресованных к слабым, дефектным сторонам психики.

При таком понимании заложенной в законе нормы становится очевидным, что в ст.ст. 56, 57 ГК существенным моментом, влияющим на правильное разрешение дела, является определение психического состояния лица, совершившего сделку, и установление степени ограничения способности осознавать свои действия и руководить ими. Поскольку в данном контексте объектом исследования могут быть как психически здоровые лица, так и обнаруживающие признаки психического расстройства, решение указанных вопросов целесообразно проводить комплексной психолого-психиатрической экспертизой. Как пример можно вспомнить иски о признании недействительными сделок с недвижимостью в период активной деятельности «Белого братства». Многие его последователи, будучи индуцированными руководителями этой организации, передали им свои квартиры. Руководствуясь наработанной практикой и исходя из дихотомии: дееспособен– недееспособен, эксперты признавали этих лиц дееспособными на период сделки. В действительности же речь шла хотя и о психически здоровых, но ограниченно дееспособных лицах, действовавших в состоянии заблуждения.

Таким образом, ст.ст. 56, 57 фактически содержат в себе норму ограниченной дееспособности на момент совершения сделки применительно как к психически здоровым лицам, так и к лицам, имеющим психические расстройства непсихотического уровня. Разумеется, это не препятствует формулированию отдельной статьи закона относительно ограниченной дееспособности второй категории лиц.

В отечественной судебной психиатрии проблема ограниченной дееспособности лиц с психическими расстройствами в скрытом виде существует давно. Так, ещё в 1984 г. мы обратили внимание на серьёзные трудности в решении вопросов дееспособности, особенно на ранних стадиях церебрального атеросклероза [6]. Экспертные ошибки, возникающие в этих случаях, сводились к двум вариантам. В одних случаях при амбулаторном освидетельствовании удавалось выявить лишь фасад внешней поведенческой упорядоченности и психической сохранности. Более длительное наблюдение в ряде случаев выявляло нарушение высших форм анализа и синтеза со снижением критических способностей. В других случаях психогенные наслоения, связанные с судебной ситуацией, маскировали истинный уровень и состояние интеллектуальных возможностей. Психологическое исследование помогало выявить истинное состояние интеллектуально-мнестических возможностей испытуемых.

Характерным признаком оказалась блокировка способности использования прежнего интеллектуального опыта в нестандартных ситуациях, при наличии большого количества внешних помех и в условиях дефицита времени. Естественно возникающие или искусственно создаваемые помехи подобного рода, являясь стрессогенными для данного лица, обусловливали принятие испытуемыми решений, противоречащих их собственным интересам. В частности, было показано, что в таких случаях испытуемыми учитываются только ближайшие, актуальные в данный момент и имеющие более выраженную эмоциональную окраску обстоятельства. Нарушается функция прогнозирования и целеобразования. Мотивация приобретает прямолинейный, локальный характер, связывая в причинно-следственную цепь факторы не по ведущим, а по второстепенным, внешним признакам. Всё это в совокупности отражает формирующуюся интеллектуальную несостоятельность, имеющую на ранних стадиях функциональный характер. Указанные проявления характерны для лакунарной деменции в описании Б. А. Лебедева [7]. По его мнению, для этого вида деменции характерно постепенное нарастание мнестических и интеллектуальных нарушений при относительной сохранности личностных особенностей

и критики к имеющемуся дефекту. Больные теряют возможность использовать свой прежний опыт, прибегают к конкретно-ситуационным решениям, сиюминутным ассоциациям с сужением их круга. Установление внутренних связей между предметами и явлениями значительно затрудняется, обедняется запас знаний и утрачиваются навыки. В. А. Абрамов и соавт. [12] наиболее характерной особенностью атеросклеротической деменции считают флюктуирующий распад психической деятельности в направлении от дисмнестических расстройств к лакунарным формам слабоумия при относительной сохранности базисных особенностей личности.

В подобных случаях патогенетическое значение имеет не только характер психической патологии (в обсуждаемых случаях — церебральный атеросклероз), но и собственно возрастные изменения психики. Так, Н. Ф. Шахматов [14] указывает, что «возрастные ограничения физических возможностей старика за счёт снижения силы и подвижности представляются настолько закономерными и привычными, что не возникает мысли о каких-либо исключениях» (с. 18). Отмечается снижение силы и ослабление подвижности психических процессов. Возрастные нарушения высшей нервной деятельности при этом, по мнению Н. Ф. Шахматова, носят характер функциональных и дефицитарных психических нарушений. В первом случае это ошибки памяти (амнезии, парамнезии, конфабуляции), ошибки суждений (сверхценные образования, бред), обманы восприятий (иллюзии, галлюцинации), аффективные расстройства, во втором — признаки психического оскудения (интеллектуальное снижение, личностное уплощение).

H. Ruffin [15], описывая нарушения в процессе психического старения, отмечает, что в этот жизненный период тесно переплетаются друг с другом не только угасание жизненных инстинктов и факты индивидуальной жизни, но и другие, в частности так называемые «возрастные» осложнения. К ним относятся, прежде всего, атеросклеротические изменения мозговых сосудов, которые нарушают способность к критике, меняют жизнеощущение, чувство уверенности и могут побуждать к агрессиям.

Р. Дж. Моррис [8] указывает, что возрастное снижение памяти у пожилых пациентов имеет значение при оказании медицинской помощи, включая понимание и запоминание рекомендаций, и может влиять на адекватный приём лекарственных средств. При этом более страдает оперативная память. То же относится к когнитивным расстройствам и нарушениям интеллекта.

В плане судебно-психиатрической оценки глубины таких расстройств наиболее существенным является то, что, по мнению ряда авторов, при тяжёлой и умеренной степени выраженности деменции «это расстройство выводит человека из строя в любой обстановке: больной теряет ориентировку, не может себя обслуживать и нуждается в постоянном уходе и наблюдении» [10, с. 388]. Иными словами, нарушается одна из существенных характеристик сознательного поведения — способность модифицировать его в соответствии с требованиями окружения, т. е. нарушается модальность поведения, лежащая в основе адаптации. Вполне естественно, что в случаях лёгкой деменции, пока эта способность не утрачена полностью, будет существовать неопределённость в отношении точного диагноза. В МКБ-10 сделана попытка разрешить эту проблему следующим образом.

В разделе F00–F09 [9] (Органические, включая симптоматические, психические расстройства) диагностика деменции в соответствии с критерием G1 требует наличия двух признаков: ухудшения памяти и снижения других когнитивных способностей с ослаблением критики и мышления в планировании и организации, ухудшением общей обработки информации. Эти признаки должны наблюдаться отчётливо на протяжении не

менее 6 месяцев. Критерием G3 предусмотрено снижение эмоционального контроля или мотивации, или изменение социального поведения, проявляющееся одним из следующих признаков: эмоциональная лабильность, раздражительность, апатия, огрубение социального поведения. Общая тяжесть деменции зависит от уровня нарушения памяти или когнитивных функций в зависимости от того, что более выражено.

Предложенные МКБ-10 критерии степени нарушения памяти и когнитивных функций показывают, что с экспертной точки зрения уже умеренное расстройство памяти и когнитивных способностей определяет недееспособность лица. Лёгкое расстройство этих функций лишь ограничивает способность лица осознавать значение своих действий и руководить ими. Для памяти это затруднение повседневной деятельности при сохранении независимого проживания. Нарушение, главным образом, усвоения нового материала. Трудности в повседневной жизни в фиксации, хранении и воспроизведении относительно местонахождения бытовых предметов, социальных договорённостей, информации, полученной от родственников. Для когнитивных способностей — это их снижение с нарушением продуктивности в повседневной жизни, не обусловливающие зависимость больного от других.

Видно, что предложенные МКБ-10 критерии лёгкой степени нарушения памяти и когнитивных функций относительны. Больной с такими нарушениями может не попасть в поле зрения психиатра, а окружающими на бытовом уровне общения они могут не обнаруживаться. Это обстоятельство и делает диагностику лёгкой степени слабоумия проблематичной. Сомнения возникают тогда, когда больной неожиданно для родственников совершает не вполне объяснимую сделку. Приведём цитату из Оксфордского руководства по психиатрии: «Деменция обычно проявляется нарушением памяти… Хотя деменция развивается, как правило, постепенно, в большинстве случаев окружающие начинают замечать её после обострения, вызванного либо изменениями в социальных условиях, либо интеркуррентным заболеванием… При хорошем владении социальными навыками больному нередко удаётся, несмотря на серьёзное снижение интеллекта, поддерживать видимость нормальной социальной жизни» [4, с. 255].

В этой ситуации кроется существенное отличие в характеристике психопатологической симптоматики психотического и непсихотического уровня. Больной с психозом модифицирует своё поведение в соответствии с болезненными переживаниями, а не согласно реалиям окружающей среды. Это и есть внешний эквивалент его неспособности осознавать свои действия и руководить ими, которая существует безотносительно к окружающей среде и сопровождается полной утратой критичности. При расстройствах непсихотического уровня ситуация иная. Больной сохраняет связь с окружающей средой, строит свое отношение с ней в соответствии с её стимулами в той мере, в какой этому не препятствуют болезненно изменённые психические функции. Способность осознавать свои действия и руководить ими у него сохранена, хотя и ограничена. Степень этого ограничения является производной взаимодействия с окружающей средой. В каждый конкретный момент взаимодействия она определяется констелляцией количества и степени нарушенных психических функций и количества физических и информационных характеристик стимулов внешней среды. Изменение любой из этих составляющих меняет степень ограничения способности осознавать свои действия и руководить ими. Отсюда следует функционально-динамическая природа ограниченной дееспособности. Это понятие не ново для психиатрии и судебной экспертизы.

Известно, что определение функциональной системы дано П. К. Анохиным: «Под функциональной системой мы понимаем такую динамическую организацию процессов и механизмов, которая, отвечая запросам данного момента, обеспечивает организму какой-

либо приспособительный эффект и вместе с тем определяет потоки обратной, т. е. результативной афферентации, информирующей центральную нервную систему о достаточности или недостаточности полученного приспособительного эффекта. Иначе говоря, любая функциональная система, врождённая или динамически складывающаяся в данной ситуации, непременно обладает чертами саморегуляции с характерными только для неё узловыми механизмами» [2, с. 307].

Ю. А. Александровский использует понятие «функционально-динамическое» [1] в отношении индивидуального для каждого человека адаптационного барьера, являющегося интегрированным функционально-динамическим выражением своей биосоциальной основы.

В судебной экспертологии понятие «функционально-динамические связи» используется для обозначения вида связей взаимодействия по содержанию отражённой информации [13]. Имеется в виду информация о навыковых действиях людей или программированной работе механизмов (устройств). Применительно к судебно-психиатрической экспертизе речь идёт о поведенческих актах людей и идеальных следах-отображениях, формирующихся в результате взаимодействия субъекта с окружением и являющихся источником доказательственной информации, обеспечивая принципиальную возможность судебно-экспертного познания.

Наконец, представления об уровне социального функционирования как критерии полноценности психической деятельности, интенсивно развивающиеся в психиатрии последнее десятилетие, естественно вписываются в функционально-динамическую концепцию ограниченной дееспособности. В наиболее общем виде её суть состоит в следующем:

- психическая патология формируется и распознаётся при взаимодействии субъекта со средой обитания;
- субъект как носитель психики и сознания обладает определённым диапазоном возможностей восприятия внешних воздействий и способностей выбора (изменения) среды обитания;
- любое психическое расстройство пограничного характера ограничивает способность субъекта осознавать свои действия и (или) руководить ими;
- среда обитания содержит определённый спектр воздействий на субъекта, которые могут быть им восприняты;
- субъект может модифицировать своё поведение в соответствии с изменением своего внутреннего состояния и среды обитания;
- превышение возможностей или способностей субъекта, как в силу их исчерпания, так и вследствие расширения спектра внешних воздействий формирует специфические психические проявления и поведение, ограничивающие социальное функционирование субъекта;
- к внешним воздействиям, ограничивающим способность лица осознавать свои действия и (или) руководить ими, относятся: избыточное количество внешних стимулов, помехи, дефицит времени, игра на эмоциональной слабости, использование психоактивных веществ, использование суггестии, индуцирования.

Выводы. Функционально-динамический подход к пониманию ограниченной дееспособности диктует соответствующую экспертную практику [5]. Из него следует, что при судебно-психиатрической оценке дее-недееспособности необходимо исходить не только из уровня психической сохранности испытуемого на момент обследования. Обязательно следует учитывать, с одной стороны, состояние способности испытуемого

использовать свои психические ресурсы в определённых стрессогенных ситуациях и степень их сохранности, с другой — особенности ситуации непосредственно перед, во время и после совершения юридически значимого действия.

Перспективы дальнейших исследований. При продолжении научных исследований в данном направлении судебной психиатрии, перспективными, по нашему мнению, являются: а) практическое (по проводимым экспертизам) применение статей действующего гражданского законодательства в аспекте проблемы ограниченной дееспособности в отношении лиц с непсихотическими психическими расстройствами с накоплением экспериментального материала для его анализа и обобщения; б) изучение различных контингентов подэкспертных с непсихотическими психическими расстройствами для совершенствования методических подходов в отношении этих видов психической патологии в аспекте проблемы ограниченной дееспособности.

Литература

1. *Александровский Ю. А.* Состояния психической дезадаптации и их компенсация. — М.: Наука, 1976. — 272 с.
2. *Анохин П. К.* Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 446 с.
3. *Бехтель Э. Е.* Донозологические формы злоупотребления алкоголем. — М.: Медицина, 1986. — 273 с.
4. *Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р.* Оксфордское руководство по психиатрии. — Киев: Сфера, 1997. — Т. 1. — 300 с.
5. *Ілейко В. Р., Первомайський В. Б.* Обмежена дієздатність: пошук шляхів вирішення проблеми // Архів психіатрії. — 2003. — Т. 9, № 2. — С. 59–62.
6. *Кравчук Г. А., Первомайский В. Б., Аликина Н. В.* Оценка в экспертной практике глубины интеллектуальных нарушений при церебросклерозе // VII Съезд невропатологов и психиатров Украинской ССР: Тезисы докладов. — Винница, 1984. — Ч. 1. — С. 79.
7. *Лебедев Б. А.* Психические расстройства сосудистого генеза // Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова: В 2 т. — М.: Медицина, 1988. — Т. 2. — С. 5–27.
8. *Моррис Р. Дж.* Когнитивные функции и старение // Психиатрия позднего возраста / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер. — Киев: Сфера, 2001. — Т. 1. — С. 40–66.
9. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. — СПб, 1998. — 208 с.
10. Охрана психического здоровья в мире: проблемы и приоритеты в развивающихся странах / Р. Дежарле, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман; Пер. с англ. — Киев: Сфера, 2001. — 575 с.
11. *Первомайський В. Б., Ілейко В. Р.* Обмежена дієздатність: проблеми і перспективи // Архів психіатрії. — 2001. — № 4. — С. 53–56.
12. Прогрессирующие деменции: клинико-диагностическое разграничение / В. А. Абрамов, А. В. Абрамов, Н. В. Воропаев и др. // Казуистика в клинической психиатрии: Тезисы докладов областной научно-практической конференции. — Стрелечье, 1993. — С. 3.
13. *Сегай М. Я., Стринжа В. К.* Судебная экспертиза материальных следов-отображений (проблемы методологии). — Киев: Ін Юре, 1997. — 174 с.
14. *Шахматов Н. Ф.* Психическое старение: счастливое и болезненное. — М.: Медицина, 1966. — 304 с.

15. *Ruffin H.* Старение и психозы позднего возраста // Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. — М.: Медицина, 1967. — С. 780–805.

Примечания

1. Цивільний кодекс України. — Київ: Велес, 2002. — 88 с.; Гражданский кодекс Украинской ССР: Научно-практический комментарий. — Киев: Политиздат Украины, 1981. — 639 с.
2. *Кондаков Н. И.* Логический словарь. — М.: Наука, 1971. — С. 155.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ (КАК КЛИНИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА) ПРИ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

В. Р. Илейко

Диапазон психических расстройств, которые преимущественно являются предметом исследования при посмертной судебно-психиатрической экспертизе (СПЭ) в гражданском процессе, составляют: 1) континуум психических расстройств цереброваскулярного генеза в рамках психоорганического синдрома (от церебрастенических до слабоумия); 2) психические расстройства при соматических заболеваниях — симптоматические психические расстройства; 3) психические расстройства при собственно психических заболеваниях (в соответствии с МКБ-10) [7]. Последняя группа психических расстройств при посмертной СПЭ в гражданском процессе является малочисленной, и практический экспертный интерес представляют случаи экспертной оценки психических расстройств при шизофрении и хронических бредовых расстройствах, эпилептической болезни, умственной отсталости (в нашем материале эти случаи составили 10,9%). Следует отметить, что при очной СПЭ в гражданском процессе, предметом исследования которой является оценка психического состояния лица на период юридического действия в прошлом, чаще встречаются случаи шизофрении, встречаются также случаи реактивного состояния от психоза до невротических синдромов различной структуры, фазы аффективного психоза (депрессивного эпизода, биполярного аффективного расстройства, рекуррентного депрессивного расстройства по МКБ-10).

Медицинский критерий недееспособности (ст. 16 ГК Украины) включает в себя душевную болезнь (т. е. психоз или выраженное психическое расстройство) и слабоумие. Психоз, являющийся тотальной дезорганизацией психики с расстройством самосознания и критичности как стержневой его составляющей может сопровождаться продуктивными (позитивными) психическими расстройствами, а также синдромами нарушения сознания (как клинического феномена). Синдромы нарушенного сознания при посмертной СПЭ могут иметь место во всех вышеобозначенных группах психических расстройств, являясь основным психическим расстройством, требующим экспертной оценки при соматических заболеваниях и достаточно часто встречаются в группе психических расстройств вследствие цереброваскулярных заболеваний, при их осложнениях в виде острых и динамических нарушений мозгового кровообращения.

Анализ исследований и публикаций по данной проблеме [1, 2, 8–12] свидетельствует об:

а) отсутствии исследований, касающихся экспертной оценки нарушений сознания при посмертной СПЭ в гражданском процессе в отечественной судебной психиатрии;
б) сложности дифференциально-диагностического разграничения отдельных клинических форм нарушения сознания и схожих клинических симптомокомплексов, в частности астенического синдрома (особенно «глубокой» или выраженной астении — термина, употребляемого в экспертной практике и не имеющего чёткого клинического оформления, но иногда отождествляемого с медицинским критерием недееспособности);
в) необходимости выделения критериев экспертной оценки подобных симптомокомплексов.

Цель настоящего исследования — анализ синдромов нарушенного сознания при посмертной СПЭ, выделение критериев их экспертной оценки.

Материалы и методы исследования. Проведено сплошное исследование случаев посмертной СПЭ по архиву Киевского городского Центра СПЭ (1991–1997 гг.). Из 183 случаев посмертной СПЭ синдромы нарушенного сознания на период юридически значимого действия выявлены в 21 (11,5%) случае. В группе цереброваскулярных заболеваний было выявлено 11 случаев синдрома нарушенного сознания, в группе соматических заболеваний (злокачественные новообразования, декомпенсация органов и систем организма — сердечно-сосудистой, почек, печени, ожоговая болезнь и т. д.) — 10 случаев. Для выделения критериев экспертной оценки использовались также результаты 14 случаев собственных наблюдений посмертной СПЭ (непосредственное участие в проведении экспертизы), при которых предметом исследования были синдромы нарушенного сознания.

Кроме того, для выделения экспертных дифференциально-диагностических критериев были проанализированы 37 случаев посмертной СПЭ, при которых у испытуемых на период юридически значимого действия был диагностирован астенический синдром (соматогенного, интоксикационного генеза). При этом в 9 случаях имелось указание на наличие у подэкспертного «глубокой, выраженной» астении.

Методы исследования: экспертный, клинико-психопатологический, статистический.

Результаты исследования. В клинической практике выделяют следующие синдромы нарушенного сознания — продуктивные: делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания, аменция; и непродуктивные: оглушение, сопор, кома.

В свою очередь в континууме синдрома оглушения выделяют различные степени (количественные) нарушения сознания: обнубиляция — сомноленция — собственно оглушение. Д. Л. Спивак в своей монографии «Лингвистика изменённых состояний сознания» [10], обобщая данные физиологии, психиатрии и электроэнцефалографии и проводя градацию диссолюции (распада) сознания в эксперименте, выделяет следующие её (диссолюции) этапы: а) лёгкая сонливость (сомноленция с увеличением латентного периода реакций; б) лёгкое оглушение с эпизодами обманов восприятий; в) умеренно выраженное (среднее) оглушение с визуальными проявлениями мышления и наглядно-образной символикой, связанной с изменённым восприятием схемы тела; г) тяжёлое оглушение; д) сопор — состояние почти полного отсутствия реакций и сведения сознания к действию простейших рефлексов с постепенным развитием арефлексии, атонии и анестезии; е) прекоматозное и коматозное состояние. А. Биликевич, В. Жицинский выделяют три основных синдрома количественных расстройств, или утраты сознания (сомнолентность; патологический сон — сопор; кому) и три главных психопатологических синдрома качественного расстройства сознания (делирий, сумеречное помрачение сознания и аменцию). При этом, цитируя мнение некоторых авторов, в частности Walther-Buhel (1951), указывают, что этими авторами обращено внимание «на так называемую пресомнолентность, которая предшествует состоянию патологической сомнолентности. Практически она сводится к дискретным расстройствам активного внимания» [2].

В других синдромах нарушенного сознания также выделяют различные клинические формы, например, мусситирующий делирий, профессиональный делирий; ориентированное сумеречное помрачение сознания, галлюцинаторно-бредовые формы сумеречного помрачения сознания. В рамках настоящего исследования это не имеет значения и поэтому мы не останавливаемся на подобной детализации.

В исследуемом материале можно было выделить следующие синдромы нарушенного сознания: различные степени синдрома оглушения — 18 случаев; аментивно-делириозный синдром — 1 случай; делириозный синдром (включающий состояния спутанности в вечерне-ночное время) — 2 случая.

Случаев сумеречного, онейроидного, аментивного расстройства сознания в исследуемом материале не отмечалось. Следует отметить, что 20-летний опыт экспертной практики свидетельствует об отсутствии таких форм расстройства сознания на период юридически значимого действия. Видимо, их выраженность и специфичность не даёт возможности нотариусу убедиться в дееспособности таких лиц, как того требует процедура удостоверения сделки.

Из этого следует, что наибольший практический интерес среди синдромов нарушенного сознания представляет экспертная оценка оглушения с отграничением этого расстройства от сходных клинических феноменов, в первую очередь выраженного астенического синдрома. При этом некоторые авторы при состояниях интоксикации выделяют начальную, точнее сказать — переходную стадию от выраженной астении к оглушению, при которой ещё отсутствуют качественные нарушения восприятия поступающей информации, а лишь замедляется латентный период её переработки.

Синдром оглушения соматогенного, интоксикационного генеза, являясь признаком неблагоприятного, прогрессирующего течения соматического заболевания, развивается на фоне (преимущественно из) астенического синдрома, степень выраженности которого имеет количественную градацию. Формирование синдрома нарушенного сознания является качественно иным состоянием как с клинической (при этом нарушается стержневая составляющая сознания — самосознание и критичность), так и с экспертной точки зрения, так как наличие синдрома нарушенного сознания исключает способность лица осознавать свои действия и руководить ими.

Для выделения критериев разграничения рассмотрим сравнительную характеристику синдрома оглушения и астенического синдрома по данным литературы и по данным, которые получены при экспертной оценке медицинской документации в рамках проводимого посмертного экспертного исследования (табл. 1, 2).

Таблица 1

Сравнительная характеристика астенического синдрома и синдрома оглушения (по данным литературы)

Астенический синдром	**Глубокая астения**	**Синдром оглушения**
Слабость, повышенная утомляемость, истощаемость, эмоциональная лабильность, сентиментальность, раздражительность, рассеянность, гиперестезия, затруднение усвоения нового материала и воспроизведения необходимого в данный момент, нарушение сна, вегетативные	Отсутствует как общепринятый термин. Отсутствует стандартизованное клиническое описание понятия	Ориентирование в окружающем неполное или отсутствует; затруднено восприятие внешних воздействий вследствие повышения порога возбудимости анализаторов; сужено осмысление окружающего мира из-за замедления мышления и ослабления анализа, синтеза;

расстройства		пассивность и малоподвижность мышления вследствие понижения волевой активности; ослабление запоминания с последующей амнезией

Предваряя сравнительную таблицу по материалам посмертной СПЭ, для понимания её содержания неспециалистами в области СПЭ, следует отметить, что: а) эксперту-психиатру при посмертной СПЭ приходится воссоздавать психическое состояние лица на юридически значимый период времени, исходя из отдельных (иногда на первый взгляд малозначительных, но значимых при их совокупной оценке) фактов; при этом любая информация, характеризующая психическое состояние, которую можно выделить, а затем проанализировать и обобщить, принимается во внимание; б) воссозданный ретроспективно психический статус для его максимально возможного приближения к истинному требует сравнения с определённым стандартом, т. е. имеющимся научным представлением о том, каким могло быть психическое состояние лица при сочетании имеющихся (заданных) характеристик, например: диагноз, возраст, преморбид, динамика заболевания, воздействующие внешние факторы, для исключения случайных (выскакивающих) характеристик исследуемого в экспертизе состояния.

Поэтому в табл. 2 приводятся признаки, полученные из медицинской документации, других объектов экспертизы, которые можно отнести к анализируемым синдромам. При этом приводимые признаки не являются диагностическими выводами врача-психиатра, а отмечены другими медицинскими работниками (врачами, средним медицинским персоналом), либо неспециалистами в области медицины.

Таблица 2

Сравнительная характеристика астенического синдрома и синдрома оглушения (по материалам посмертной СПЭ)

Астенический синдром	**Глубокая астения**	**Синдром оглушения**
Жалобы: слабость, вялость, разбитость, головная боль, головокружение. Объективно: раздражительность, эмоциональная лабильность, истощаемость, слезливость, соматические признаки астении (бледность, тахикардия и т. п.). Общее состояние удовлетворительное	Жалобы: слабость, вялость, разбитость, головная боль, головокружение. Объективно: замедленность (медлительность), сонливость, некоторая заторможенность, адекватность, сохранность ориентировки во времени, окружающей обстановке, правильное восприятие окружающего, ответы на вопросы после паузы, ответы по существу задаваемых вопросов. Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжёлое	Жалобы: не предъявляет. Объективно: вялость, сонливость, заторможенность, ответы после паузы, не всегда по существу, речь невнятная, путается при ответах на вопросы, путается при ответах о местонахождении, дате, не сразу узнаёт знакомых, близких, не помнит фамилию, имя, отчество врача, путает медперсонал, неадекватен, загружен. Общее состояние: тяжёлое, ухудшается, динамика

		неблагоприятная

Из приведённых данных видно, что разграничение собственно астенического синдрома и синдрома оглушения не представляет затруднений, исходя как из данных литературы, так и по материалам посмертной СПЭ. При сравнении понятий «глубокая (выраженная) астения» и «синдром оглушения» видно, что первое состояние качественно отличается от второго по таким характеристикам, как: ориентирование во времени и окружающей обстановке, правильность восприятия и оценки окружающего, понимание вопросов и адекватность ответов (сохранение способности воспринимать, перерабатывать информацию, но с удлинением латентного периода восприятия и переработки), т. е имеет место различие в первую очередь по когнитивным характеристикам обозначенных состояний.

Сходными и спорными являются такие характеристики психического состояния, как: замедленность (медлительность), сонливость и, в особенности, заторможенность. Эти признаки (симптомы) сами по себе, взятые в отдельности, могут присутствовать как при глубокой психической астении (характеризуя ослабление возбудительного процесса, повышение порога восприятия раздражителей, удлинение латентного периода переработки поступающей информации), так и при синдроме оглушения (дополняя структуру этого синдрома в сочетании с когнитивными и гностическими нарушениями). Поэтому наличие только таких признаков (симптомов) в сочетании с сохранностью ориентировки, адекватностью поведения, правильностью понимания вопросов и способностью правильного ответа на них (хотя и с удлинением этого процесса) не может свидетельствовать о наличии синдрома нарушенного сознания и являться экспертным доказательством неспособности лица осознавать свои действия и руководить ими в конкретный период времени.

Основную сложность, по нашему мнению, составляют случаи сочетания выраженных проявлений астенического синдрома и начальных проявлений нарушения сознания в виде синдрома оглушения. В этих случаях доказательное экспертное заключение должно основываться на поиске и вычленении вышеперечисленных (когнитивных, гностических и т. д.) признаков, которые объективизируют грань перехода количественных расстройств астенического в качественно иное клиническое состояние — синдром нарушенного сознания.

При очной СПЭ для подобной объективизации необходимо углублённое клиническое обследование; при временной и иной невозможности — экспресс-исследование с использованием специальных методик, учитывающих как клиническую оценку психического состояния лица, так и его осведомлённость в вопросах (юридических, психологических, социальных, касающихся предполагаемого юридического действия).

При посмертной СПЭ для подобной объективизации необходимо получение максимально возможного количества характеристик психического состояния лица на интересующий суд период времени (клинических, вербальных и поведенческих), так называемых идеальных следов материальных объектов, их анализ (в том числе ситуационный), синтез и обобщение с использование экспертного метода и существующих методических подходов [5, 6].

При отсутствии этих признаков астенический синдром (в том числе выраженная, глубокая астения) должен рассматриваться как один из факторов (а именно клинический фактор) в совокупности с другими факторами (например, сомато-неврологическим,

психологическим, ситуационным), которые оказывали влияние (существенное влияние) на способность лица осознавать и (или) руководить своими действиями в юридически значимый период времени, в рамках ограниченной дееспособности.

Выводы

1. Основным синдромом нарушенного сознания, требующим экспертной оценки при посмертной СПЭ, является синдром оглушения.
2. Дифференциально-диагностические трудности возникают при разграничении выраженной стадии астенического синдрома (т. н. глубокая астения) и начальных проявлений синдрома оглушения.
3. Понятие «выраженная (глубокая) астения» входит в объём понятия «астенический синдром» и не может рассматриваться как медицинский критерий формулы недееспособности, т. е. служить основанием для признания лица неспособным осознавать свои действия и руководить ими.
4. Констатация выраженной стадии астенического синдрома (так называемой глубокой астении) может приниматься во внимание как наличие фактора (клинического), несомненно оказывающего влияние (существенное влияние) на способность лица осознавать свои действия и руководить ими в совокупности с другими факторами (соматоневрологическим, психологическим, ситуационным), в том числе и при обосновании существенного ограничения способности лица осознавать свои действия и руководить ими в юридически значимой ситуации.
5. Наличие отдельных признаков (симптомов), которые могут иметь место как при выраженной психической астении, так и при синдроме оглушения, не может являться основанием для констатации более тяжёлого психического расстройства, т. к. это противоречит как логике развития болезненного (психопатологического) синдрома, так и принципу презумпции.

Перспективы дальнейших исследований. При продолжении научных исследований в данном направлении судебной психиатрии перспективными, по нашему мнению, являются: а) непосредственное клиническое исследование динамики состояния сознания при неблагоприятно протекающих соматических (соматоневрологических) заболеваниях с выделением значимых с экспертной и клинической точки зрения симптомов на этапах этой динамики; б) разработка и внедрение экспресс-методик обследования и оценки психического состояния лица (включая состояние сознания) непосредственно накануне осуществления им юридически значимого действия; в) решение методологических и методических подходов к судебно-экспертной интерпретации клинических данных психиатрии в отношении конкретного экспертного случая с учётом определённых различий клинико-психопатологического и экспертного методов исследования.

Литература

1. *Авербух Е. С.* О психической астении // Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. — Харьков, 1968. — С. 19–20.
2. *Биликевич А., Жицинский В.* Ранняя психопатологическая диагностика острых инфарктов головного мозга и синдрома острой ишемии // Ранняя диагностика психических заболеваний. — Киев: Здоров’я, 1989. — С. 100–108.
3. *Блейхер В. М., Крук И. В.* Толковый словарь психиатрических терминов. — Воронеж: Модэк, 1995. — 640 с.
4. *Жмуров В. А.* Психопатология. — М.: Медицинская книга; Нижний Новгород: НГМА, 2002. — 668 с.

5. *Ілейко В. Р., Первомайський В. Б.* Структура акту посмертної судово-психіатричної експертизи у цивільному процесі // Вісник психічного здоров'я. — 2001. — № 3. — С. 27–30.
6. *Ілейко В. Р., Первомайський В. Б.* Обґрунтування експертних висновків в акті судово-психіатричної експертизи // Український медичний часопис. — 2003. — № 4. — С. 105–108.
7. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. — СПб, 1998. — 208 с.
8. *Печерникова Т. П.* Посмертные судебно-психиатрические экспертизы в гражданском процессе // Судебная психиатрия: Учебник для вузов / Под ред. Б. В. Шостаковича. — М.: Зерцало, 1997. — С. 144–159.
9. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза лиц с онкологическими заболеваниями в гражданском процессе: Пособие для врачей. — М., 2000. — 32 с.
10. *Спивак Д. Л.* Лингвистика изменённых состояний сознания. — Л.: Наука, 1986. — 92 с.
11. Судебная психиатрия / Под ред. Б. В. Шостаковича. — М.: Зерцало, 1997. — 385 с.
12. *Шостакович Б. В., Ревенок А. Д.* Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. — Киев: Здоров'я, 1992. — 184 с.

К ОБОСНОВАНИЮ ЭКСПЕРТНОГО МЕТОДА В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

В. Р. Илейко, В. Б. Первомайский

В иерархии механизмов получения и осмысления экспертом научных фактов в процессе экспертного исследования, метод занимает центральное, стержневое место, так как преломляет в себе методологию данной области знания и является выражением конкретных методик, направленных на исследование определённых объектов судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ).

В общей психиатрии основным клиническим методом исследования является клинико-психопатологический метод, сущность которого заключается во всестороннем и непосредственном исследовании пациента, обратившегося к специалисту-психиатру, с вычленением тех или иных психопатологических феноменов (клинических фактов, симптомов), их увязывания между собой в определённую очерченную, устойчивую совокупность, т. е. синдром, с последующей диагностической оценкой.

Клинико-психопатологический метод предполагает как получение у пациента анамнестических сведений, так и исследование различных сфер его психики путём непосредственного наблюдения, направленного опроса, обобщения и анализа полученных данных.

Помимо традиционных клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов, в настоящее время исследователи дополнительно выделяют ряд методов (напр. катамнестический, клинико-прагматический, физиогномический, этологический, эпидемиологический, эволюционный или историогенетический и др.), которые используются ими в научных исследованиях и психиатрической практике.

Судебно-психиатрическая экспертиза, имеющая психиатрические корни, но являясь частью экспертологии, в связи с этим имеет не только внешние, формальные, но и существенные отличия от диагностики в общей психиатрии, что связано с предметом, объектами экспертного исследования, его выводами и предназначением в целом. Принадлежность СПЭ, как определённой области знаний, к экспертологии, основывается в том числе и на наличии определённых методов исследования. Одним из ведущих и универсальных для СПЭ является, по нашему мнению, т. н. экспертный (рабочее название авторов) метод.

Анализ исследований и публикаций по данной проблеме [1–3, 6–12, 14] свидетельствует о:

а) внимании, которое уделяется методологическим и методическим проблемам в области экспертологии и наличии лишь единичных работ в этом направлении в области судебно-психиатрической экспертизы;
б) необходимости приведения судебно-психиатрической экспертизы как части экспертологии к тем чётким, понятным, однозначным, научным требованиям, которые касаются как объектов экспертного исследования, так и способов решения экспертных задач.

Цель настоящего исследования — дать обоснование и общую характеристику метода, который необходимо использовать в СПЭ, с учётом требований экспертологии и доказательной медицины.

Материалы и методы исследования: проведено сплошное исследование 270 случаев СПЭ в гражданском процессе (183 случая посмертной экспертизы, 87 случаев очной экспертизы, основной задачей которой была оценка психического состояния лица на период юридического действия в прошлом) по архиву Киевского городского Центра СПЭ (1991–1997 гг.).

Разработка и обоснование метода проводились на основании проводимых в отделе СПЭ УНИИССПН экспертиз (посмертных, преимущественно, и очных) за период 1991–2001 гг. (100 наблюдений). В связи с тем, что ряд экспертиз, проводимых в Киевском городском Центре СПЭ и большинство экспертиз, проводимых в отделе СПЭ Института, являлись повторными, были проанализированы и 100 случаев СПЭ из различных регионов Украины.

Результаты исследования. Научность, объективность, доказательность экспертного исследования обеспечивается: а) использованием определённых методов исследования и экспертной оценки, через которые преломляется общенаучная методология, с одной стороны, и специфичность данной области знаний с другой; б) применением конкретных методик, позволяющих вычленить конкретные факты, оценить их взаимосвязь, взаимозависимость, динамику и трансформацию.

Для однозначности трактовки применяемых терминов следует отметить, что под термином «методологические подходы» мы понимали общенаучные методы познания предметов и явлений действительности, их связей и отношений в статике и динамике, в единстве, взаимообусловленности и взаимозависимости. Такими общенаучными методами познания являются формально-логический, диалектический и системный методы. Под термином «метод» мы понимали структурный элемент экспертного исследования, а именно основной способ достижения цели этого исследования (разрешения поставленных перед ним вопросов), определяемой классом задач, которые могут быть разрешены данным видом экспертизы. Под термином «методика» мы понимали определённый алгоритм или систему организационных, тактических, технических операций, приёмов и средств, направленных на оптимальную реализацию системы методов (как данной области знаний, так и других областей знаний) для решения конкретной экспертной задачи.

Анализ тематического материала позволил выделить типичные недостатки, объективные трудности как в отношении составления экспертного заключения (содержания его структурных частей в тех актах СПЭ, где они присутствовали), так и в отношении обоснования экспертного и диагностического решений.

При составлении экспертного заключения типичными недостатками были следующие: 1) несоответствие оформления актов СПЭ требованиям ГПК Украины; 2) несоответствие оформления актов СПЭ действующим методических рекомендациям и современным научным разработкам [4, 5, 13]; 3) отсутствие верификации данных, которые используются для обоснования экспертных выводов; 4) отсутствие в большинстве случав анализа и оценки противоречивых данных, касающихся психического состояния подэкспертного на интересующий суд период времени (в первую очередь, это касалось свидетельских показаний); 5) недостаточная обоснованность выводов, касающихся степени тяжести психических расстройств, обозначенных в диагностическом решении; 6) недостаточная обоснованность выводов (а иногда и отсутствие обоснования), касающихся экспертного решения; при этом речь идёт не о неполноте обоснования, а о неумении обосновать диагностическое и экспертное решения, которое подменяется кратким и обобщённым перечислением данных, изложенных в исследовательской части

акта СПЭ; 7) несоответствие в некоторых случаях установленного диагноза исходным данным акта СПЭ и диагностическому стандарту.

Следует отметить, что составление акта СПЭ, т. е. алгоритм создания экспертного заключения — от определённого порядка изложения и представления фактических данных до анализа, обобщения, построения, обоснования диагностических и экспертных выводов, что с одной стороны является актом индивидуального творчества, а с другой — должно подчиняться определённым закономерностям (методологическим и методическим) с использованием методов, в том числе и описываемого в настоящей работе, т. е. по своей сути является методикой.

Основным качеством СПЭ, стержневой его составляющей является необходимость обоснования экспертного и диагностического выводов, доказывания (со всеми атрибутами этой логической операции) точки зрения, которая находит отражение в акте СПЭ. В общей психиатрии долгие годы господствовал подход, при котором на первый план выступало мнение врача, иногда подкреплённое определённым набором аргументов, иногда же подкреплённое лишь званиями и регалиями и такими понятиями, как опыт, интуиция — «я так считаю», «он болен, т. к. я считаю, что он болен», «у него такой диагноз, т. к. это очевидно и понятно» и т. п. При первичном осмотре, первичном освидетельствовании обычно к полученному клиническому впечатлению «подтягивались» данные анамнеза, а при повторном осмотре к имеющемуся описанию, первичному впечатлению «подтягивались» данные очередного осмотра. Речь идёт, конечно, не обо всех случаях, представленная картина несколько упрощена и утрирована, но в целом она отражает существовавшую и, к сожалению, существующую практику и объясняет как психиатрические штампы при описании психического состояния («неадекватен, эмоционально беден, холоден, туп, паралогичен, расплывчат, маловыразителен, недостаточно критичен» и т. п.), несоответствие анамнеза, поведения в социуме синдромальной и диагностической оценке.

В настоящее время подобный подход, в условиях новой общественно-политической реалии, не устраивает ни самих экспертов, ни участников процесса, что обусловлено как экономическими (в т. ч. повышение благосостояния части населения), так и правовыми рычагами, когда «просто мнение» может стать предметом рассмотрения в суде и «просто диагноз», оказавшись неверным и повлекшим за собой социальные последствия и ущерб здоровью, может послужить основанием для судебного иска и требования материальной компенсации.

Необходимость доказывания своей точки зрения, обоснования своих выводов, более присущая экспертному исследованию вообще и, с целым рядом оговорок, которые могут стать предметом отдельной статьи, связанной с историей судебной психиатрии советского периода, СПЭ, в частности, требует и соответствующего методического подхода, т. е. метода, который наряду с клинико-психопатологическим, экспериментально-психологическим и другими поможет обеспечить преодоление обозначенных выше трудностей.

Основными составляющими предлагаемого метода исследования являются принципы презумпции, согласуемости данных и обоснованности. Остановимся на них подробнее.

Принцип презумпции (презумпция — предположение, основанное на вероятности; вероятность, в свою очередь, — мера объективной возможности появления случайного события) имеет два правила. Первое правило презумпции — презумпция психического здоровья — гласит: лицо считается психически здоровым и способным осознавать свои

действия и руководить ими, пока не будет доказано обратное (добавим, в порядке, установленном действующим законодательством, в частности Законом «О психиатрической помощи»). В соответствии с этим определением гражданин, достигший совершеннолетия, т. е. возраста психической зрелости, априори считается психически здоровым, способным совершать правовые действия и нести за них ответственность, т. е. дееспособным. Таким образом, изначально психическое здоровье не требует доказывания. Типичной ошибкой в актах СПЭ является попытка обоснования психического здоровья в случаях, когда отсутствуют анамнестические факты, позволяющие усомниться в этом (при этом «обоснование» представляет собой перечисление тех или иных жизненных событий — развивался, учился, женился, работал и т. п., которые сами по себе не исключают болезнь и не подтверждают здоровье).

Доказывать и обосновывать необходимо наличие психического расстройства и способность осознавать свои действия и (или) руководить ими, изменённую (и насколько существенно) имеющимся психическим расстройством. При установленном (анамнестическом, клиническом) факте психического расстройства и отсутствии данных о таковом на интересующий суд, следствие период времени, при экспертизе с необходимостью ретроспективной оценки психического состояния лица, диагностический вывод о психическом здоровье и экспертный вывод о способности осознавать свои действия и руководить ими требует обоснования и доказывания в сопоставлении и с учётом данных об имевшихся психических расстройствах в анамнезе.

В соответствии с вторым правилом презумпции, сомнения, которые невозможно устранить, трактуются в пользу состояния, которое является более вероятным или достоверным. Так, более вероятным является менее тяжкое психическое расстройство, и наличие отдельных неспецифических психопатологических симптомов, которые могут иметь место и при более тяжёлом расстройстве (при поражении более глубокого регистра психики) не может однозначно являться доказательством и основанием для констатации этого более тяжёлого расстройства.

При проведении экспертизы в криминальном процессе, в соответствии со вторым правилом презумпции, сомнения трактуются в пользу обвиняемого (подэкспертного). В этом контексте польза увязывается с наименьшим ограничением прав и свободы, связанных с наказанием, т. е. наличие отдельных сомнений в психическом здоровье подэкспертного (особенности поведения и высказываний, настораживающие сведения из анамнеза, которые невозможно уточнить) не может служить основанием для установления диагноза — «на всякий случай, а вдруг заболеет», и направления в психиатрическое учреждение только на основании сомнений, превентивного лечения.

В гражданском процессе, особенно при посмертной экспертизе и других экспертизах, задачей которых является оценка психического состояния на определённый юридически значимый период времени, решающее значение имеет свобода волеизъявления гражданина и сомнения в отношении его психического состояния должны трактоваться с учётом наименьшего ограничения этой свободы. Т. е. для того, чтобы поставить под сомнение способность лица осознавать свои действия и руководить ими при совершении последним сделки, необходимы весомые, значимые факты, а при их наличии оценка ограничения подобной способности должна проводиться специалистом необходимой (достаточной) квалификации и с учётом (обязательным использованием) разработанных и утверждённых методических подходов. В этом смысле нарушение экспертом принципов экспертного метода, последовательности применения и алгоритма методик эквивалентно юридическому значению нарушения процессуальных требований, поскольку не гарантирует истинности полученных данных и однозначно является основанием для

назначения повторной экспертизы. Априори законодатель дал право оценки дееспособности, т. е. в том числе и психического состояния как основной её предпосылки, неспециалисту в области психиатрии — нотариусу, де-факто подтверждая обсуждаемый в настоящей статье принцип презумпции.

При посмертной СПЭ наибольший удельный вес занимают и соответственно требуют экспертной оценки психические расстройства вследствие цереброваскулярной патологии в континууме психоорганического синдрома — от церебрастенической симптоматики до слабоумия, поэтому экспертная оценка касается динамики психических расстройств сосудистого генеза и устранения сомнений зачастую требуют вероятностного подхода с теми допущениями, о которых говорилось выше (таблица).

Содержание экспертного метода и задачи составляющих его принципов

Экспертный метод		
Принципы	**Содержание принципов**	**Основные задачи**
Презумпции	• лицо считается психически здоровым и способным осознавать свои действия и руководить ими, пока не будет доказано обратное в порядке, установленном действующим законодательством; • сомнения, которые невозможно устранить, трактуются в пользу состояния, которое является более вероятным	• защита гражданских прав; • трактовка сомнений в пользу гражданина; • защита свободы волеизъявления
Согласуемости данных	выводы эксперта основываются на данных: • полученных при исследовании максимально возможного количества объектов СПЭ; • которые (данные) согласуются между собой и с диагностическим стандартом	• устранение противоречий; • устранение крайних вариантов; • соответствие стандарту
Обоснованности	• отражает ход мыслительного процесса эксперта при обосновании диагностического и экспертного решений в целом, формулировании промежуточных и конечных выводов	• соответствие логическим приёмам формирования понятий; • соответствие требованиям теории аргументации

Принцип презумпции тесно связан со вторым принципом экспертного метода, а именно принципом согласуемости данных, суть которого состоит в том, что выводы эксперта основываются на: а) данных, полученных при исследовании максимально возможного количества объектов экспертизы (т. е. на максимально возможном количестве фактических данных о психическом состоянии подэкспертного, которое требует оценки); б) данных, которые согласуются между собой и с диагностическим стандартом (действовавшим на период юридически значимого события). В качестве диагностического стандарта должны использоваться международные диагностические критерии, отечественные и зарубежные научные разработки, утверждённые в виде методических рекомендаций, учебных пособий, глоссариев и т. д.

Принцип согласуемости данных позволяет, с одной стороны, устранить противоречия, имеющиеся в различных исследуемых объектах экспертизы, а с другой — выделить (обозначить) существенные признаки из различных объектов экспертизы, обобщив которые и сопоставив их с диагностическим стандартом, получить достоверный вывод.

Принцип обоснованности имеет отношение к мотивировочной части акта в целом и отражает ход мысли эксперта при обосновании диагностического и экспертного решения, выводов. Он является динамической характеристикой процесса экспертного исследования и показывает: а) соответствие логическим приёмам формирования понятия (анализ, синтез, сравнение, абстрагирование, обобщение); т. е. как понятие формируется на основе обобщения существенных признаков (свойств и отношений), присущих ряду однородных предметов, так и экспертный вывод формируется на основе обобщения существенных характеристик исследуемого психического состояния (либо в виде различных материальных следов отражения — при экспертизах с ретроспективной оценкой; либо в виде непосредственного восприятия при экспертизах с настоящей и перспективной оценкой); б) соответствие требованиям теории аргументации, а именно структуре доказательства: тезис, аргументы, демонстрация. При этом тезисом является экспертный вывод, соответствие которого истине эксперт должен показать и доказать; аргументами являются факты о психическом состоянии, полученные в процессе экспертизы, при исследовании объектов экспертизы; а демонстрацией является систематизация полученных фактов, их анализ, сопоставление с устранением противоречий, обоснованием промежуточных и конечных выводов.

В завершение следует отметить, что по аналогии с классами экспертных задач, разрешаемых судебной экспертизой в криминалистике, а именно идентификацией, диагностикой и ситуалогией, в судебно-психиатрической экспертизе также необходимо выделение видов СПЭ в соответствии с группами задач, которые они разрешают и соответственно — методических направлений (экспертный, клинико-психопатологический методы, метод ситуационного анализа и т. д.), которые преимущественно должны при этом использоваться. Разработка подобных методических направлений — следующий этап научных исследований

Выводы

1. СПЭ, как часть экспертологии, предполагает наличие собственного метода исследования, что связано как со спецификой предмета, объектов этого специального научного исследования, областью его применения и решаемыми задачами.
2. Помимо существующих и используемых в судебно-психиатрической экспертизе методов, включая традиционный клинико-психопатологический, одним из основных (де-факто используемых в том или ином приближении к обозначенному

в настоящей статье) и необходимых в рамках доказательной и научной экспертизы является экспертный метод.
3. Структурными составляющими экспертного метода являются принципы презумпции, согласуемости данных и обоснованности, а методологической основой — законы логики (формальной и диалектической) и системный метод.
4. Апробирование указанного метода в экспертной практике (в отделе СПЭ УНИИССПН) показало его эффективность в решении экспертных задач. Анализ экспертной практики в динамике (по актам СПЭ из различных регионов Украины, включая г. Киев), показал, что де-факто (в основном используя экспертные заключения отдела СПЭ Института) вышеуказанные методические подходы находят понимание и применение.
5. Для внедрения, более широкого применения и осознанного применения настоящего метода требуется ознакомление и обучение экспертов-психиатров с его содержанием и порядком применения на курсах стажировки по СПЭ.

Перспективы дальнейших исследований. При продолжении научных исследований в данном направлении судебной психиатрии, перспективными, по нашему мнению, являются: а) совершенствование экспертного метода и его включение в учебные программы подготовки (специализации и стажировки) экспертов-психиатров; б) дальнейшая разработка методик оценки объектов экспертизы при различных видах СПЭ, их стандартизация и внедрение в экспертную практику; в) разработка метода ситуационного анализа и его апробирование при некоторых видах СПЭ.

Литература

1. *Белкин Р. С.* Криминалистика: проблемы, тенденция, перспективы. От теории — к практике. — М.: Юридическая литература, 1988. — 304 с.
2. *Боброва И. Н., Осколкова С. Н.* Некоторые аспекты теории диагноза в психиатрии (обсуждение) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — Т. 90, вып. 3. — С. 143–147.
3. *Винберг А. И., Малаховская Н. Т.* Судебная экспертология (общетеоретические и методологические проблемы судебных экспертиз): Учебное пособие / Отв. ред. Б. А. Викторов. — Волгоград, 1979. — 184 с.
4. *Илейко В. Р.* Оценка объектов исследования при посмертной судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе // Архів психіатрії. — 2002. — № 3. — С. 47–51.
5. *Ілейко В. Р., Первомайський В. Б.* Структура акту посмертної судово-психіатричної експертизи у цивільному процесі // Вісник психічного здоров'я. — 2001. — № 3. — С. 27–30.
6. *Кирсанов З. И.* Связь и соотношение криминалистических методов и методик // Актуальные проблемы судебной экспертизы и криминалистики: Тезисы научно-практической конференции. — Киев, 1993. — С. 70–73.
7. *Первомайский В. Б.* О методологии научных исследований в судебной психиатрии // Судебно-психиатрическая экспертиза: статьи (1989–1999). — Киев: Сфера, 2001. — С. 126–134.
8. *Первомайский В. Б.* К теории судебной психономики // Архів психіатрії. — 2002. — № 2. — С. 44–50.
9. *Прохоров-Лукин Г. В., Сегай М. Я.* Общая теория судебной экспертизы: функции и структура // Актуальные проблемы судебной экспертизы и криминалистики: Тезисы научно-практической конференции. — Киев, 1993. — С. 61–63.
10. *Сегай М. Я., Стринжа В. К.* Судебная экспертиза материальный следов-отображений (проблемы методологии). — Киев: Ін Юре, 1997. — 174 с.

11. *Сегай М. Я.* Методология судебной идентификации. — Киев, 1970. — 256 с.
12. *Сегай М. Я., Стринжа В. К.* Проблемы методологии экспертного исследования материальных следов преступления // Актуальные проблемы судебной экспертизы и криминалистики: Тезисы научно-практической конференции. — Киев, 1993. — С. 59–61.
13. *Первомайський В. Б., Ілейко В. Р., Цубера А. І., Кригіна Л. О., Шурдук В. І.* Складання акту судово-психіатричної експертизи: Методичні рекомендації. — Київ, 1995. — 25 с.
14. Судебная психиатрия / Под ред. Б. В. Шостаковича. — М.: Зерцало, 1997. — 385 с.

СОСТАВЛЕНИЕ АКТА ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко

ВВЕДЕНИЕ

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза вообще и по гражданским делам в частности справедливо считается одним из наиболее сложных видов экспертизы. Это обусловлено целым рядом обстоятельств.

Первое. При посмертной судебно-психиатрической экспертизе отсутствует основной объект исследования — сам испытуемый. Его психическое состояние на интересующий суд период приходится реконструировать ретроспективно на основании письменных объектов экспертизы. Именно здесь скрыты второе и третье обстоятельства, усложняющие работу эксперта.

Второе. Письменные объекты экспертизы, как правило, неполны как в количественном, так и в качественном отношении. Вместо первичных документов эксперту нередко предоставляются всякого рода справки, выписки, эпикризы. Первичная же медицинская документация (медицинские карты стационарного и амбулаторного больного) могут не иметь признаков документа. Их содержание в значительной части в стереотипных фразах отражает психическое состояние, по которым нельзя установить истинный характер проявлений. Обычно используются психиатрические штампы, характерные для диагностированной психиатрической нозологической формы заболевания.

Сюда же следует отнести и то, что в подавляющей части случаев, когда речь идёт об утрате способности лица понимать значение своих действий и руководить ими, это связано с различной степени выраженности общими нарушениями сознания при тяжёлых соматических заболеваниях, сосудистых мозговых катастрофах, новообразованиях.

Естественно, что соматическими врачами, курирующими этих больных, меньшее значение придаётся описанию формы и глубины расстройства сознания, особенно когда это не проявляется беспокойством, возбуждением и продуктивными психопатологическими расстройствами. «Тихие» формы нарушения сознания нередко маскируются общей тяжестью состояния больного и так и отражаются в медицинской документации.

Третье. Информация, содержащаяся в письменных объектах экспертизы (медицинская документация, показания свидетелей), как правило, противоречива в силу причин субъективного и объективного характера.

К субъективным причинами следует отнести заинтересованность свидетелей, представляющих противостоящие стороны, если не осознанная, то, во всяком случае, подсознательная.

К объективным причинам относятся уровень психиатрической осведомлённости лиц, дающих свидетельские показания, длительность и периодичность их контакта с лицом, в отношении которого даются показания.

Все перечисленные обстоятельства требуют особой чёткости в методических подходах к исследованию, анализу материала и формулированию выводов с тем, чтобы, не выходя за пределы своей компетенции, максимально приблизиться к истине. Методика же должна

опираться на определённую методологию. Так мы подошли к последнему, четвёртому обстоятельству.

Четвёртое. Методология и методика посмертной судебно-психиатрической экспертизы разработаны (по данным литературы) крайне недостаточно и значительно отстают от требований судебной экспертологии и потребностей времени. Между тем, актуальность обсуждаемого вида экспертизы возрастает. Расширение круга объектов частной собственности и несовершенство законодательства делает их привлекательными для различного рода мошеннических действий, особенно в отношении лиц пожилого возраста. Рост стоимости недвижимости обостряет отношения между наследниками. А в силу сложившейся практики, при которой эксперт-психиатр рассматривается как «судья в белом халате», именно он — эксперт, а не суд, как это ни парадоксально, оказывается в центре этой борьбы.

Разумеется, все затронутые выше проблемы требуют тщательного детального анализа, как и вообще изложение современных представлений о судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе. Это задача будущего. А пока мы решили сосредоточить внимание на ключевом итоговом документе, по которому судят о качестве работы психиатра-эксперта, уровне его квалификации и возможности обращения к нему в будущем.

Этот документ далее по тексту мы будем называть «акт судебно-психиатрической экспертизы», а не «заключение эксперта», прежде всего потому, что в Законе Украины «О судебной экспертизе» использовано понятие «акт экспертизы» и именно так этот документ называют психиатры-эксперты.

Общие принципы проведения посмертной судебно-психиатрической экспертизы

Изложенные ниже принципы называются общими потому, что они применимы к любому виду экспертизы. Эти принципы закреплены в ст. 3 Закона Украины «О судебной экспертизе»: «судебно-экспертная деятельность осуществляется на принципах законности, независимости и полноты исследования». Все они взаимосвязаны и одновременно представляют определённую иерархию. Из них, естественно, принцип законности — главенствующий, определяющий все остальные. Независимость эксперта, объективность и полнота исследования возможны постольку, поскольку они предусмотрены законом. Любое исследование, сколь бы объективным оно ни было, будучи проведённым вне процедуры, предусмотренной законом, не может претендовать именоваться судебной экспертизой. Это обстоятельство важно помнить, поскольку экспертам приходиться сталкиваться с заключениями, которые именуются «мнениями специалиста», «экспертными заключениями», однако проведены без предусмотренных законом оснований.

Нам известны случаи, когда такие заключения уравниваются с судебно-психиатрической экспертизой, хотя они, как правило, готовятся на неполном материале, психиатры не предупреждаются об ответственности и не соблюдают требуемой законом формы изложения результатов исследования.

Принцип независимости — один из краеугольных принципов судебной экспертизы. Закон закрепляет ряд гарантий, обеспечивающих независимость судебного эксперта и правильность его выводов.

Так ст. 4 Закона Украины «О судебной экспертизе» в качестве таких гарантий предусматривает:

- процессуальный порядок назначения эксперта;
- запрет на вмешательство в проведение судебной экспертизы;
- существование учреждений судебной экспертизы, независимых от органов дознания и предварительного следствия;
- создание необходимых условий для деятельности судебного эксперта, его материальным и социальным обеспечением и ряд других.

Важно отметить то, что субъектом экспертизы является эксперт, а не какой-либо административный орган, учреждение или комиссия. Пока в судебно-психиатрической экспертизе принцип независимости не выдержан в полном объёме. Эксперты и экспертные подразделения являются частью общепсихиатрической службы и входят в структуру психиатрических учреждений, находясь, таким образом, в определённой административной зависимости. Поэтому тем более важно помнить, что в своей деятельности эксперт подчиняется в первую очередь закону, который предоставляет ему право отстаивать своё мнение отдельным заключением.

Принцип объективности является принципом, определяющим суть судебной экспертизы, и составляет содержание этого понятия. Согласно ч. 1 ст. 57 ГПК Украины, экспертиза назначается «для выяснения обстоятельств, имеющих значение по делу и требующих специальных познаний в области науки, искусства, техники или ремесла». К какой из этих областей знаний относится психиатрия? Вряд ли к области ремесла или техники. В медицине иногда используют выражение «искусство диагностики», но это отнюдь не означает, что медицина является искусством, поскольку она отражает действительность не в художественных образах, а в понятиях, содержащих знания о природе общества, человека, мышления, об объективных законах их развития.

Таким образом, медицина относится к области науки. В этом смысле применительно к судебно-психиатрической экспертизе принцип объективности должен восприниматься как принцип научности, потому, что наука тогда является действительно наукой, когда она объективна. В соответствии с этим процесс экспертного исследования является научным процессом, а основное действующее лицо — эксперт — обязан применять научные методики, научные знания, использовать научные стандарты диагностики, т. е. проявлять себя научным работником. Но для этого психиатру-эксперту нужно отбросить гордое название «практик» и помнить, что нет «практической» судебно-психиатрической экспертизы, как не может быть доказательства без аргументов. Психиатрическая экспертиза «есть научное исследование, но по своему характеру она носит особую, ему присущую форму», — писал С. С. Корсаков, формулируя «практические правила» экспертизы[1].

Принцип объективности в судебно-психиатрической экспертизе имеет ещё один оттенок. Он обязывает эксперта руководствоваться исключительно своими знаниями и научными критериями, но никак не чувствами. Специфика и сложность судебно-психиатрической экспертизы состоит в том, что изучаемая экспертом информация провоцирует его эмоции, будь-то уголовное дело о жестоком убийстве или гражданское дело об обмане престарелого наследодателя. И пока ещё встречаются акты экспертизы, в которых сквозит желание экспертов «помочь больному». Особенно наглядно это выступает в тех случаях и ситуациях, которые не отрегулированы полностью действующим законодательством (например, в случаях фактической ограниченной вменяемости и ограниченной дееспособности). Чисто эмоционально сторонников такой позиции можно понять, если

они искренни в своем стремлении помочь больному. Поскольку в суде встречается две стороны, такая помощь больному всегда влечёт причинение вреда другой стороне. А иногда это оказывается всего лишь фраза, за которой скрываются совершенно иные интересы. Однако эмоции не являются доказательством в суде. Поэтому эксперт не имеет права на эмоциональное решение поставленных перед ним вопросов.

Наконец, принцип полноты исследования. Его соблюдение является основной предпосылкой объективности выводов эксперта. В соответствии с этим принципом выводы должны формулироваться на основании исследования максимально возможного числа объектов экспертизы, объёма информации, достаточного как с точки зрения количества, так и качества объектов экспертизы. Отсюда необходимость исследования первичной медицинской документации и лишь при невозможности её добыть могут исследоваться документы, заменяющие её (выписки, эпикризы), в той мере в какой они содержат описание психического состояния подэкспертного.

Разумеется, на посмертную судебно-психиатрическую экспертизу распространяются и иные принципы экспертизы[2]. С учётом специфики данного вида экспертизы к ним мы будем обращаться по мере изложения материала по теме. Теперь перейдём непосредственно к вопросу составления акта посмертной судебно-психиатрической экспертизы.

Общие положения

Исходя из общих принципов назначения посмертной судебно-психиатрической экспертизы, посмертная СПЭ в гражданском процессе может быть назначена в тех случаях, когда для выяснения обстоятельств, имеющих значение для разрешения дела, требуются специальные знания в области науки, т. е. в данном случае судебной психиатрии. Такую экспертизу может назначить суд во время рассмотрения дела либо судья в порядке обеспечения доказательств во время подготовки дела к слушанию.

Необходимость назначения посмертной СПЭ чаще всего возникает в исковом производстве по делам, разрешение которых зависит от определения психического состояния лица в момент совершения им юридически значимого действия. Это дела о признании сделок недействительными, а именно завещаний, доверенностей, договоров дарения, пожизненного содержания, купли-продажи, акта приватизации жилья, признании брака недействительным.

О назначении экспертизы выносится мотивированное определение (постановление), которое для эксперта является основанием для её производства. Этот документ не может быть заменён письмом, запросом или иным предложением провести экспертизу.

Согласно ч. 5 ст. 57 ГПК Украины, экспертиза производится специалистами соответствующих учреждений либо иными специалистами, назначенными судом. В качестве эксперта может быть назначено любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения. Это последнее утверждение иногда понимается как возможность поручить производство экспертизы любому психиатру, тем более если он имеет научную степень. В действительности это не так. И теория, и практика проведения посмертной СПЭ показывают, что это наиболее сложный вид экспертизы в гражданском процессе. Поэтому поручать её следует психиатрам-экспертам, аттестованным не ниже первого квалификационного класса.

По установившейся практике суд обычно не указывает фамилии экспертов, а поручает производство экспертизы в общей форме экспертам экспертного учреждения. Такая практика имеет ряд отрицательных сторон. В частности, она таит в себе возможность непроцессуального отвода эксперта путём воздействия заинтересованной стороны на руководителя экспертного учреждения. Получив определение и перечисленные в нём материалы, руководитель экспертного учреждения проверяет их соответствие требованиям ГПК. При несоблюдении этих требований руководитель экспертного учреждения сообщает об этом суду. При неполучении ответа в течение месяца, или при отсутствии в учреждении специалистов, или если поставленные вопросы выходят за пределы компетенции психиатров-экспертов, руководитель возвращает материалы без исполнения.

Если поступившие материалы отвечают необходимым требованиям, а суд не определил эксперта или группу экспертов, руководитель поручает производство экспертизы одному или нескольким сотрудникам. При этом он обязан выполнять требования «Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы», утверждённого приказом МЗ Украины от 08.10.2001 г. № 397 и зарегистрированного в Министерстве юстиции Украины 01.03.2002 г. за № 215/6503. В частности, учитывать п. 6 о поручении проведения повторной экспертизы иному, более квалифицированному составу экспертов и п. 12 об учёте при назначении экспертов руководителем экспертного учреждения формы проведения экспертизы, её вида и сложности.

Далее руководитель контролирует срок проведения экспертизы, а по её завершении проверяет научную обоснованность заключения эксперта и соответствие акта экспертизы требованиям ГПК. Если экспертиза проводилась экспертом единолично и руководитель не согласен с уровнем научной обоснованности его заключения, он может поручить производство данной экспертизы комиссии экспертов с включением в неё эксперта, производившего экспертизу. Однако руководитель не вправе давать указания эксперту о даче определённого заключения, изменять его или не направлять заключение суду, назначившему экспертизу. Ничто не препятствует руководителю экспертного учреждения, если он имеет соответствующую подготовку, лично провести экспертизу, дать заключение от своего имени и нести за него личную ответственность.

Заключение эксперта оформляется актом экспертизы в письменном виде и представляет собой самостоятельный процессуальный документ, являющийся источником судебных доказательств. Акт экспертизы оценивается следствием и судом наряду с другими доказательствами. Он должен содержать факты, имеющие значение для правильного разрешения дела, полученные экспертом с помощью специальных знаний, на основании исследования представленных ему материалов дела и медицинской документации (объектов экспертизы).

В акте экспертизы излагаются основания для проведения экспертизы, указываются объекты, ход и результаты экспертного исследования. Выводы эксперта должны соотноситься с результатом исследования объектов экспертизы и иметь соответствующее обоснование. В своих выводах эксперт не может выходить за пределы своих специальных знаний. Ответы на вопросы, входящие в компетенцию эксперта, должны быть даны в категорической форме. Предположительные (вероятные) ответы допустимы лишь на вопросы, касающиеся причинно-следственных отношений между данным лицом и его действиями, если одним из элементов такой связи являются психические расстройства. Нельзя исключит вероятные ответы и в некоторых других случаях, как-то утрата объектов экспертизы, сложность экспертной оценки в связи с отсутствием научных разработок и пр.

Выводы эксперта не имеют заранее установленной силы и подлежат оценке судом на основании всестороннего, полного и объективного рассмотрения всех обстоятельств дела в их совокупности. Поэтому по форме акт экспертизы должен соответствовать требованиям процессуального закона, а по содержанию быть ясным, полным и доступным для понимания как врачам-психиатрам, так и не специалистам в области психиатрии. В нём не могут использоваться специальные термины без соответствующего разъяснения.

Акт судебно-психиатрической экспертизы состоит из четырёх частей: вводной, исследовательской, мотивировочной и выводов.

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вводная часть имеет целью сообщить пользователю основные юридические и медицинские обстоятельства назначения и производства данной экспертизы.

Во вводной части указываются:

- наименование учреждения, специалисты которого провели экспертизу;
- дата и место производства экспертизы, исследования материалов дела (в суде, в экспертном учреждении);
- форма проведения экспертизы: посмертная;
- фамилия, имя, отчество и год рождения лица, в отношении которого производится экспертиза;
- наименование гражданского дела, номер, фамилии истца и ответчика;
- сведения об экспертах: фамилия, имя, отчество, должность, квалификационный класс, научная степень, научное звание;
- основания для производства экспертизы: кто и когда назначил экспертизу;
- вид экспертизы: первичная, дополнительная, повторная и мотивы назначения. При производстве дополнительной экспертизы указывается, кто и когда проводил основную экспертизу, в чём, согласно определению суда, состоит её неясность или неполнота. При производстве повторной экспертизы указывается, кто проводил первичную экспертизу и её выводы по тем вопросам, которые поставлены на повторное разрешение, и почему они вызвали сомнение у суда;
- подписка экспертов под предупреждением об ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения (ст.ст. 384, 385 УК Украины);
- перечень объектов и других материалов, поступивших на исследование, с указанием их отличительных признаков (номера, количество страниц, наименование учреждения и т. д.), идентифицирующих данный объект экспертизы;
- вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, в формулировке, приведённой в постановлении (определении). Эксперт может группировать вопросы и излагать их в порядке, необходимом для последовательного изложения результатов исследования. При неясности смысла вопроса эксперт должен обратиться к судье за соответствующим разъяснением. Изменение судьёй формулировок вопросов оформляются постановлением (определением). Во вводной части перечисляются все вопросы, поставленные перед экспертом, независимо от того, относятся ли они к его компетенции.

Если экспертиза проводилась в присутствии прокурора, судей, защитника или других участников процесса, во вводной части указываются сведения об этих лицах: фамилия, инициалы, процессуальное положение.

II. ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ

В исследовательской части акта СПЭ даётся описание объектов экспертизы и излагаются содержащиеся в них факты, отражающие психическое состояние и поведение подэкспертного в различные периоды времени, в том числе и в период совершения юридически значимых действий.

Образно говоря, эта часть акта СПЭ должна содержать отдельные блоки, из которых в мотивировочной части акта будет строиться здание экспертного заключения. С точки зрения логики понятий, в исследовательской части содержатся суждения, а в мотивировочной — умозаключения. В исследовательской части отражается статика фактов, в мотивировочной — динамика и взаимоотношения между ними, их согласуемость.

Главную сложность при составлении исследовательской части представляет выбор принципа изложения материала с точки зрения его структурирования, последовательности и необходимости для дальнейшего анализа. Перед экспертом, как правило, возникает вопрос — что выбрать из всей массы изученного материала, как 100–200 страниц дела и медицинской документации превратить в 2–3 страницы акта, чему отдать предпочтение в показаниях свидетелей, цитировать ли документы дословно либо использовать обобщения, что делать с противоречивыми данными? Поэтому часто акт посмертной СПЭ представляет собой сплошной конгломерат информации, почерпнутой из неизвестных источников, подтверждающей лишь выводы эксперта и дополненной общими размышлениями о закономерностях формирования установленной патологии. Во избежание этого следует придерживаться нескольких простых и обязательных правил:

- Все источники информации должны быть чётко обозначены с тем, чтобы пользователь акта экспертизы мог убедиться в отсутствии искажения экспертом смысла информации.
- При применении стандартизированных методик исследования необходимо дать их наименование. Если использованные методики не являются общеизвестными и широко распространёнными, то следует сослаться на литературные источники, в которых они описаны, с тем чтобы можно было проверить правильность исследования и, в частности, повторить его. Ссылки на источники необходимы и в случаях, когда эксперт пользуется нормативными и методическими материалами, справочными данными и иными сведениями, взятыми из литературы.
- При цитировании данных, имеющих существенное значение для обоснования выводов, следует указывать листы дела или дату показаний и фамилию лица, сообщившего эти сведения, номер и страницу медицинского или иного документа, содержащего использованные данные.
- Результаты исследования каждого объекта экспертизы должны излагаться отдельно. Модус, принятый в настоящее время, когда после вступления «из материалов дела и представленной медицинской документации известно следующее…», в повествовательной форме излагается история жизни подэкспертного, в акте посмертной СПЭ себя не оправдывает. Такая форма изложения представляет собой конгломерат исследовательской и мотивировочной части. Она трудна для восприятия и, что основное, затрудняет разделение установленных фактов от предположений и домыслов эксперта.
- При изложении материала необходимо постоянно помнить о принципе презумпции психического здоровья. Это означает, что изначально состояние психического здоровья не нуждается в доказывании. Соответственно в гражданском процессе презюмируется и дееспособность. Доказательству подлежит психическая болезнь, исключающая способность лица понимать (суть осознавать) значение своих действий и руководить ими. И лишь после того, как такая болезнь доказана, в

случае её благоприятного течения может возникнуть необходимость определения степени восстановления психических функций.
- Не всё, что есть в экспертной документации, должно быть перенесено в акт экспертизы. Нет необходимости в исследовательской части приводить диагностически нейтральные факты, которые не будут использоваться в мотивировочной части акта.
- В акте экспертизы не может быть такой информации, которой нет в исследованных объектах экспертизы и которая отсутствует в исследовательской части акта.
- Все факты, представленные в исследовательской части акта экспертизы, должны быть подвергнуты анализу в мотивировочной части.

Теперь перейдём непосредственно к содержанию исследовательской части акта. Собственно говоря, психиатр-эксперт при проведении посмертной СПЭ имеет дело с двумя объектами исследования: материалами дела и медицинской документацией. Формально медицинская документация также относится к материалам дела. В действительности же она обособлена от них и часто по окончании рассмотрения дела возвращается медицинскому учреждению. Мы не говорим сейчас о тех случаях, когда медицинская документация вообще находится на руках у сторон.

Разделение объектов экспертизы на материалы дела и медицинскую документацию оправдано и с методической точки зрения, поскольку представляет собой акт первичного анализа исходной документации, подлежащей экспертизе. Последовательность рассмотрения объектов экспертизы не имеет принципиального значения. Важно чтобы они были определённым образом сгруппированы. Это значительно облегчает подготовку мотивировочной части акта. Начнём с анализа материалов дела.

1. Анализ материалов дела

Чаще всего встречаются акты экспертизы, в которых данные из материалов дела приводятся в соответствии с его заполнением. Исследовательская часть начинается с подробного цитирования искового заявления и завершается изложением материалов последнего судебного заседания. Это делает акт громоздким, переполненным ненужными деталями, затрудняет его восприятие и анализ.

В материалах дела можно выделить три группы документов:

- организационно-распорядительные документы;
- документы, содержащие факты, добытые в процессе слушания дела;
- документы, содержащие факты, полученные вне связи с данным процессом.

1.1. Организационно-распорядительные документы

К ним мы относим документы, которые обеспечивают движение процесса, процессуальную сторону дела. Это исковые заявления, определения и постановления, протесты и кассационные жалобы, переписка по поводу предоставления документов и пр. Эти документы в большинстве случаев нет необходимости отражать в исследовательской части акта. Содержание части из них (определение о назначение экспертизы, исковые заявления), отражающих суть дела, описано во вводной части акта. Другие же, как правило, не содержат фактов, представляющих научный интерес для эксперта. Это не относится к тем ответам на запросы, которые содержат информацию о поведении, высказываниях, психическом состоянии лица, в отношении которого решаются экспертные вопросы.

1.2. Документы, содержащие факты, добытые в процессе слушания дела

Ко второй группе документов мы относим все протоколы судебных заседаний, на которых рассматривались вопросы по сути данного дела. Из них экспертное значение имеют все показания участников процесса, непосредственно наблюдавших лицо, в отношении которого решаются экспертные вопросы. На это обстоятельство необходимо обратить особое внимание. Нередко в актах СПЭ перечисляются в обобщённой форме или приводятся дословно показания свидетелей, которые непосредственно подэкспертного не наблюдали, а знают о его состоянии здоровья со слов третьих лиц. Такие показания не имеют экспертного значения, так как устанавливают лишь факт общения свидетеля с третьим лицом. Для получения же фактов относительно психического состояния подэкспертного судом должно быть допрошено это третье лицо. Поэтому в отношении подобных показаний можно ограничиться одной обобщённой фразой: «Свидетели А., Б., В. … непосредственно подэкспертного не наблюдали, а знают о его состоянии со слов иных лиц».

Как указано выше, эти показания не имеют экспертного значения и не могут повлиять на выводы эксперта. Однако в силу обязательности соблюдения принципов объективности и полноты экспертного исследования на них необходимо указать в акте СПЭ. Этим же объясняется необходимость указывать в акте все свидетельские показания относительно психического состояния подэкспертного, даже если они взаимно исключают друг друга. Именно в этом часто допускается ошибка. Эксперт перечисляет только показания, подтверждающие его выводы, не упоминает о противоречащих этому показаниях и не даёт объяснение такому расхождению. В результате экспертиза признаётся судом неполной и назначается дополнительная либо повторная экспертиза.

Все документы, относящиеся у этой группе, могут быть разделены на две части:

- отражающие факт события юридически значимого действия;
- содержащие факты, отражающие психическое состояние подэкспертного, полученные в процессе слушания дела.

Рассмотрим их последовательно. Но прежде несколько слов о понятии «факт».

Факт (от лат. factum — сделанное, совершившееся) — действительное, реально существующее, невымышленное событие, явление; то, что произошло на самом деле; основание теоретического обобщения, выводы.

Различают понятие объективного, или научного факта. Под объективным фактом понимается событие, явление, которые составляют объект познания. Под научным фактом понимается отражение объективного факта в человеческом сознании, т. е. его описание посредством определённого языка. Общим правилом работы с фактами является требование рассматривать их не раздельно, выборочно, а во всей совокупности относящихся к исследуемому предмету. При этом рассмотрении не должно быть исключений, поскольку иначе возможно обвинение в произвольном подборе фактов. Теперь поясним сказанное на примере.

Человек заболел психическим заболеванием. Какое-то время он продолжает выполнять свои социальные функции. Он общается с сотрудниками, знакомыми, соседями, продолжает жить в семье. Попадая в поле зрения медицины, он может наблюдаться врачами разных специальностей — терапевтами, невропатологами, психиатрами и т. д. В сознании всех этих лиц, так или иначе, в большем или меньшем объёме отражается факт

наличия определённых изменений в психике данного лица. Будет ли это отражение научным фактом? Отрицательный ответ очевиден. Восприятие признаков психического расстройства подвержено искажающему влиянию большого количества факторов как субъективного, так и объективного характера. Однако если искомый факт имел место в действительности, то он в той или иной форме, в разном объёме, обязательно найдёт отражение в исследуемых объектах экспертизы. Научным он становится, будучи освобождённым от всех искажающих влияний.

1.2.1. Факт события юридически значимого действия

Факт юридически значимого события является системообразующим моментом. С него начинается гражданское дело. Относительно времени его события формулируются вопросы эксперту. Именно этот факт и время его события являются тем ключевым моментом, к которому соотносятся все данные о психическом состоянии лица, совершившего это юридически значимое действие. Все эти данные становятся доступными познанию экспертом в той мере, в какой они находят своё отражение в материалах дела (медицинской документации, показаниях свидетелей, иных документах) и могут быть выявлены при непосредственном исследовании подэкспертного.

Поэтому в начале исследовательской части необходимо сразу же отразить, когда состоялось юридически значимое действие (составление завещания, подписание договора дарения, купли-продажи и т. д.). Если таких осматриваемых документов было несколько, то все они должны быть отражены в акте. При этом обязательно необходимо отразить следующие данные:

- документ в деле представлен оригиналом, заверенной копией, ксерокопией;
- имеется ли на документе подпись лица, в отношении которого назначена экспертиза;
- соответствует ли этот документ требованиям ГПК, особенно в отношении документов, составленных в больнице без нотариуса, или в сельской местности;
- проводилась ли судебно-почерковедческая экспертиза;
- указано ли на документе время (час, минута) его составления.

Все перечисленные факты имеют непосредственное отношение к проведению экспертизы и к форме, в которой должны быть представлены выводы психиатра-эксперта. Дело в том, что подпись документа и время её совершения есть непосредственный акт волеизъявления лица. Если подпись подлинна — волеизъявление состоялось. Если она поддельна или совершена другим лицом, а причина этого в документе не оговорена — могут возникнуть сомнения в событии факта волеизъявления.

В нашем архиве имеются наблюдения, когда при подписании завещания лицом с правосторонним гемипарезом ручка была вложена в руку завещателя и подпись была совершена как бы этим лицом, но другим человеком.

Или другой пример. На экспертизу поступило дело, в котором оспаривалось завещание, якобы составленное в сельсовете. Это завещание в деле отсутствовало. В показаниях одного из свидетелей в качестве завещания упоминался листок тетрадной бумаги, заверенный одним из членов сельсовета. Чтобы убедиться в факте события юридически значимого действия, а значит и наличии юридического основания для проведения экспертизы, эксперт попросил суд представить оригинал либо заверенную копию завещания. В ответ на это суд потребовал вернуть дело без исполнения.

Ещё один пример. Человек, в отношении которого назначена судебно-психиатрическая экспертиза, находясь в терминальной стадии ракового заболевания, в 9.00 подписал договор дарения, а в 9.30 — завещание на это же лицо и вечером умер. Уже сам факт подписи этих документов в такой последовательности вызывает сомнение в том, что он понимал свои действия и суть происходящего, а, следовательно, не мог и руководить ими. В совокупности с клиническими данными о нарушении сознания этот факт способствовал вынесению категорического заключения.

Что касается подлинности подписи, то если она установлена, эксперт вправе указывать в выводах на состояние способности лица понимать значение своих действий и руководить ими «во время подписания» документа. Во всех иных случаях он может писать лишь о «времени, к которому относится составление» документа (если он не подписан или подпись чужая или подлинность её не устанавливалась). Это позволяет эксперту не выйти за пределы своей компетенции, поскольку при повторной экспертизе подлинность подписи может быть не подтверждена.

1.2.2. Документы, отражающие психическое состояние подэкспертного, содержащие факты, полученные в процессе слушания дела

Под указанными документами понимаются материалы, отражающие показания участников процесса, непосредственно лично наблюдавших подэкспертного при жизни. Это обстоятельство (непосредственность наблюдения) является главным условием судебно-психиатрического анализа таких показаний. Эти показания, в свою очередь, подразделяются на две группы: отражающие психическое состояние подэкспертного на период времени события юридически значимого действия и в иные периоды времени, как до события юридически значимого действия, так и после него.

В российской судебно-психиатрической литературе высказывалась точка зрения о том, что эксперт не имеет права оценивать показания свидетелей, заключения прежних экспертиз и что делать это имеет право только суд. В подтверждение обычно приводится норма статьи, аналогичной ст. 62 ГПК Украины, согласно которой суд оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном и объективном рассмотрении в судебном заседании всех обстоятельств дела в их совокупности.

Представляется, что эта формула не препятствует эксперту анализировать и оценивать все материалы, содержащие факты, относящиеся к предмету экспертизы. Без такого анализа и оценки эксперт вообще не смог бы ответить на вопросы суда. Нужно только помнить, что эксперт оценивает анализируемый материал не в категориях «правда–ложь», а в категориях «болен–здоров», с точки зрения характера и степени выраженности психических расстройств применительно к способности понимать свои действия и руководить ими. Таким образом, оценка экспертом проводится не с точки зрения достоверности показаний, а с точки зрения их соответствия существующим в психиатрии взглядам на проявления определённых психических расстройств.

С научных позиций проблема психологии свидетельских показаний в гражданском процессе вообще и при посмертной экспертизе, в частности, не исследовалась. Мы не имеем в виду случаи назначения СПЭ с целью определения способности свидетеля давать показания. Между тем, при сохранной способности давать такие показания на их содержание и информативность может влиять большое количество факторов как объективного, так и субъективного характера. К объективным факторам относятся следующие:

- имело ли место только наблюдение за подэкспертным или свидетель общался с ним;
- период времени, в течение которого такое наблюдение или общение имело место;
- обстоятельства (место, время), при которых проходило наблюдение или общение;
- этап или период течения болезни у подэкспертного, во время которого происходило общение со свидетелем;
- время, которое прошло между общением (наблюдением) свидетеля с подэкспертным и дачей показаний;
- степень родства.

К субъективным факторам относятся:

- образовательный ценз свидетеля;
- степень осведомлённости о проявлениях психических расстройств;
- характер взаимоотношений со сторонами;
- степень заинтересованности в исходе дела.

Из перечисленных факторов лишь два последних не могут оцениваться и влиять на выводы эксперта. Все остальные эксперт обязан учитывать при проведении экспертизы и обязательно отражать их наличие или отсутствие в исследовательской части акта. Следует отметить, что это не всегда возможно и это обусловлено спецификой методики проведения посмертной СПЭ. Её особенность состоит в том, что эксперт не имеет права самостоятельно добывать информацию для дачи заключения, а исследует информацию, полученную в суде при допросе свидетелей, как правило, без его участия.

Экспертная практика показывает, что перечисленные выше объективные и субъективные факторы при допросе свидетелей в суде не уточняются или вовсе не выясняются. Как правило, не устраняются и противоречия между показаниями разных свидетелей, как и между показаниями одного свидетеля, данными в разное время. Допросы свидетелей ведутся непрофессионально с психиатрической точки зрения. Это вполне естественно, если вспомнить высказывание С. С. Корсакова (1954) по этому поводу: «Врач не может считать себя компетентнее юриста в юридических вопросах, как не может врач допустить полную компетентность юриста в медицинских вопросах». При этом следует учитывать, что эксперт получает информацию в изложении секретаря суда, что также накладывает отпечаток на её содержание. Это даже не стенограмма судебного заседания. А магнитозапись в судебной практике нам вообще пока не встречалась. Поэтому эксперт получает не только неполную, но и в определённой мере искажённую информацию. Это делает более чем желательным проведение посмертной экспертизы в судебном заседании, в части допроса свидетелей и сторон. На практике же это осуществляется далеко не всегда, ввиду чрезвычайной трудоёмкости такой формы проведения посмертной СПЭ и отсутствия в практическом здравоохранении соответствующего норматива нагрузки психиатра-эксперта.

Итак, что же делать с имеющейся информацией? Прежде всего, следует провести её простейшую классификацию по содержанию и по источнику. Необходимо разделить противоречащие показания, т. е. свидетельствующие о наличии расстройства психики и о его отсутствии. Третью группу составят прочие показания, касающиеся тех или иных сторон здоровья подэкспертного.

Далее в каждой группе целесообразно выделить подгруппы по источникам информации: медицинские работники, близкие родственники, знакомые, случайные лица. Часто эксперты задают вопрос: как лучше отражать в исследовательской части показания,

имеющиеся в деле, — цитируя материалы дела либо излагать их в произвольной форме. Здесь нельзя дать однозначного совета. Приемлемы обе формы изложения. И чаще всего обе они и применяются. Важно лишь то, чтобы в акт переносились только те факты, которые имеют значение для формирования ответов на поставленные вопросы. Обязательно при этом необходимо обращать внимание на время, к которому относится информация, сообщённая свидетелем и обстоятельства, при которых он наблюдал подэкспертного. Излагая показания свидетелей, имеет смысл разделить их ещё на 2 группы. Первая — отражающие психическое состояние непосредственно в период, когда произведены юридически значимые действия. Вторая — отражающие психическое состояние подэкспертного в иные периоды времени. Такое разделение значительно облегчит последующую мотивировку выводов.

Хотим ещё раз напомнить, что каждый факт, указанный в исследовательской части акта, должен иметь ссылку на лист дела, откуда он взят, или наименование документа, учитывая, что листы дела нередко проставляются карандашом, и нумерация после проведения СПЭ может изменяться.

1.3. Документы, содержащие факты, полученные вне связи с данным процессом

К третьей группе документов мы относим те, которые отражают психическое состояние подэкспертного и существовали до появления данного гражданского дела.

Это письменные доказательства, предусмотренные ст. 46 ГПК Украины. К ним относятся фотографии, фонограммы, видеозаписи, всякого рода документы, переписка служебного или личного характера, содержащие в себе сведения о состоянии здоровья, психическом состоянии, поведении, нарушении психики у подэкспертного.

Вполне понятно, что сюда же относится и медицинская документация. Как уже указывалось ранее, письменные доказательства являются основным объектом экспертного исследования при посмертной СПЭ. Для удобства будем дальше называть их «документы».

Документы различаются:

- по содержанию: распорядительные и информационные;
- по форме: простые и нотариальные;
- по источнику: официальные и частные;
- по происхождению: оригинал или подлинник первичный и производный и их копии.

Распорядительные документы отражают волю лица, от которого исходит документ, направленную на возникновение, изменение или прекращение правоотношения (например, на заключение сделки).

К информационным документам в судебно-психиатрическом смысле относятся все прочие, принадлежащие подэкспертному или третьим лицам, в которых содержатся факты, касающиеся его психического состояния и составленные до появления гражданского дела.

Документ может быть нотариально заверен, исходить от государственных, иных форм собственности или общественных организаций либо от частного лица.

Документ может быть представлен в подлиннике или в копии, заверенной в установленном порядке. Нередко эксперт анализирует материалы, представленные в ксерокопиях. Поэтому следует помнить, что доказательством может быть только ксерокопия, засвидетельствованная в установленном порядке либо сверенная с оригиналом.

В СПЭ к первичным документам относятся оригиналы или их заверенные копии, непосредственно отражающие данные о психическом состоянии лица, составленные и подписанные лицом, наблюдавшим или обследовавшим подэкспертного. Это может быть история болезни, медицинская карта амбулаторного больного, журнал наблюдений среднего медицинского персонала. Все документы, составленные вслед за названными и отражающие выборочные данные из первичного документа, относятся к производным. Это могут быть всякого рода выписки, справки, эпикризы, листки нетрудоспособности, направления на медико-социальную экспертизу (МСЭК).

При работе с указанными выше документами необходимо соблюдать следующие правила:

1. Эксперт не имеет права самостоятельно добывать, приобщать к делу или ссылаться в подтверждение своих выводов на документы, которые не приложены судом к определению о проведении СПЭ.
2. В соответствии со ст. 50 ГПК Украины письменные доказательства, как правило, предоставляются в подлиннике. Если представлена копия, то суд вправе по ходатайству лиц, участвующих в деле, или по собственной инициативе, в случае необходимости, потребовать предоставления подлинника.
   Экспертная практика свидетельствует, что в тех случаях, когда эксперт ограничивается исследованием производных документов, вероятность диагностических и экспертных ошибок возрастает. Существенную роль в этом играет так называемый «гипноз диагноза», который устанавливался ранее. Во избежание этого следует всегда запрашивать первичную медицинскую документацию. Факт запроса и его выполнения должен быть зафиксирован в акте экспертизы. Производная документация может исследоваться лишь при наличии документально подтверждённой невозможности предоставить эксперту первичную документацию. Говоря о письменных доказательствах, которыми являются медицинские документы, следует упомянуть об ещё одном важном обстоятельстве. Предоставляя эксперту для исследования, например, заключение врача-психиатра об исследовании больного, суд, как правило, предварительно не устанавливает факт события такого исследования. Поэтому, если это обстоятельство не учитывается и этот документ кладётся в основу экспертных выводов, то вероятность экспертной ошибки существенно возрастает.
3. При исследовании документов необходимо обязательно отражать в акте их отличительные признаки. Такими признаками официального документа является номер, штамп учреждения, дата заполнения. Частный документ должен иметь дату и подпись. Копия должна быть удостоверена в установленном порядке. При этом необходимо помнить, что копией признаётся документ, идентичный по своему содержанию и форме подлиннику. Учреждения, являющиеся юридическим лицом, могут выдавать засвидетельствованную копию, но лишь с такого документа, который исходит от данного учреждения. Поэтому лечебное учреждение может представить заверенную копию истории болезни только того больного, который в этом учреждении лечился.
   Копии с документов, находящихся на руках у гражданина, производятся нотариальными конторами, а где их нет — исполкомами местных органов самоуправления. Несоблюдение этих требований может свидетельствовать не

только о незнании должностными лицами закона, но и порождать сомнения в достоверности представленной информации.

Приведём случай из практики, когда оспаривалось завещание, удостоверенное администрацией больницы, в которой находилась завещательница по поводу инсульта. После составления завещания на свой дом и имущество в пользу квартирантов она на второй день была выписана ими домой, где сразу же скончалась. Дочь наследодательницы обратилась в суд с иском о признании завещания недействительным в связи с болезненным состоянием матери. Вследствие инсульта она утратила речь и была парализована, что подтверждалось записями в истории болезни. При исследовании истории болезни в суде возникли сомнения относительно врачебной записи в день подписания завещания.

Судебная экспертиза установила, что лист, на котором находилась сомнительная запись, вклеен позже, чем все остальные листы. А все записи на нём сделаны пастой, отличающейся от той, которой заполнялась история болезни. Будучи по просьбе эксперта-психиатра допрошенной в суде, лечащий врач пояснила, что она действительно вклеила этот лист позже, как только узнала, что историю болезни запрашивает суд. По её утверждению, это было сделано для того, чтобы облегчить работу суда, поскольку прежние записи были весьма неразборчивые. На вопрос суда знает ли врач, что в подобных случаях должен обязательно сохраняться оригинал, доктор с 30-летним стажем ответила, что не знает и поэтому оригинал заменённого листа уничтожила.

В связи с нарушениями правил хранения медицинской документации (свободный доступ к архивным документам и несоблюдение правил сдачи документов в архив, документ не прошит и листы не пронумерованы) суд направил в органы здравоохранения соответствующее представление для принятия мер.

Как же быть эксперту с подобными записями? В экспертной практике бывают случаи, когда суд исключает фальсифицированную запись из рассмотрения экспертом. Если это не было сделано, содержание записи наряду с другими фиксируется в исследовательской части акта. Затем в мотивировочной части проводится полный анализ документа на предмет соответствия всех записей характеру заболевания, объективной динамике, исходу и на предмет согласуемости со всеми иными материалами.

В данном случае описанное в день составления завещания резкое улучшение состояния с прояснением сознания и восстановлением речи настолько противоречило неврологическому и психическому состоянию больной и их динамике за весь предшествующий период и на следующий день, что не смогло повлиять на экспертное решение. Наследодательница была признана неспособной понимать значение своих действий и руководить ими (кстати, подпись на завещании была сделана другим лицом).

Самое простое объяснение действий врача — это нежелание ухудшать показатели работы отделения ещё одним смертельным исходом. В результате квартиранты получают желаемое завещание и сразу же выписывают умирающую больную домой. Разумеется, могут быть и другие объяснения, но всё это вне компетенции психиатра-эксперта.

Как рассматривать этот случай с точки зрения требований, предъявляемых к документу как доказательству? Учреждение, которому принадлежит рассматриваемый документ (история болезни), вправе представить по своей инициативе его полную разборчивую заверенную копию. Поскольку это сделано не было, оказалось, что в официальный документ, который является доказательством, вклеили лист, не являющийся ни

документом, ни доказательством. Поэтому он вполне мог быть изъят судом из рассмотрения экспертом. Но эксперт по своему усмотрению не имеет права его игнорировать.

Приведённый пример иллюстрирует значение медицинской документации при проведении посмертной СПЭ. Необходимость тщательного описания документа и отражения его в исследовательской части акта определяется ещё и тем, что в настоящее время медицинская документация часто оказывается на руках у сторон. Это способствует не только появлению в ней исправлений и дополнений, но и благоприятствует утере. В результате повторная экспертиза оказывается в положении худшем, чем первая, поскольку не располагает ни подлинником, ни копией документа, а только его интерпретацией.

1.4. Непроцессуальные источники информации

Все источники исходной информации, о которых мы писали выше, относятся к категории процессуальных. Но есть ещё большая группа источников исходной информации, которые относятся к категории непроцессуальный. В судебной экспертологии к таким источникам относят справочные издания, эталоны, стандарты, типовые образцы, предметные коллекции, альбомы, картотеки, литературу, методические рекомендации, инструкции.

В судебно-психиатрической экспертизе в качестве непроцессуальных источников могут использоваться: литература (включая справочные издания, глоссарии, международные классификации), методические рекомендации и инструкции. Использование этих источников, цель и способ применения в судебно-психиатрической литературе не обсуждается. В отечественной судебно-психиатрической практике эти источники информации начали применять лишь в последнее время в крайне ограниченном числе экспертиз. Считается, что если природа процессуальных источников информации доказательственная и ориентирующая, то природа непроцессуальных только ориентирующая. Конкретный набор источников исходной информации непроцессуального характера определяется конкретным экспертным заданием, профессиональным уровнем эксперта и их доступностью.

С точки зрения необходимости использования исходной информации непроцессуального характера при производстве конкретной экспертизы необходимо выделять обязательную и условно-обязательную информацию. К обязательной информации относятся официально принятые в стране стандарты обследования, диагностики, составления документов, формулирования результатов. Например, последним международным стандартом диагностики является МКБ-10 (официально в Украине введена с 1999 г.). Это могут быть стандартизированные методики исследования, лечения. Сюда же можно отнести, например, информацию об оформлении завещаний лицами в период пребывания их на лечении в лечебном учреждении. После распада СССР новая инструкция в Украине не принималась, что затрудняет решение экспертных вопросов. Большое место среди обязательной исходной информации занимают методические рекомендации, изданные Минздравом Украины, освещающие методические аспекты различных видов судебно-психиатрической экспертизы.

Условно-обязательная информация от обязательной отличается тем, что она не является официально утверждённой к использованию. Это диагностические стандарты типа глоссариев симптомов и синдромов, описания методик исследования, опубликованные результаты научных исследований по проблемам судебной психиатрии. Сюда же следует отнести научные и научно-практические комментарии кодексов. Эта информация отражает авторские точки зрения по определённым вопросам методического,

диагностического или экспертного характера и зачастую носит противоречивый характер. Поэтому эксперт вправе выбирать ту информацию, которая, по его мнению:

- представляется наиболее научно обоснованной;
- более всего соответствует особенностям рассматриваемого экспертного случая;
- более всего соответствует принятому стандарту.

Это не лишает эксперта права указать и на противоречащие точки зрения, обосновав затем выбор одной из них. Необходимость в этом может возникать при проведении повторной экспертизы. Обязательным правилом при использовании непроцессуальной информации является указание на её источник. В исследовательской части акта необходимая для выводов непроцессуальная информация может излагаться отдельным подразделом после результатов исследования процессуальных источников.

III. МОТИВИРОВОЧНАЯ ЧАСТЬ

Мотивировочная часть акта является наиболее ответственной и её подготовка при посмертной СПЭ требует достаточно высокой квалификации. Применительно к рассматриваемой теме понятие «мотивировка» используется в значении использование аргументов, доводов в доказательство чего-либо.

Поскольку акт СПЭ является источником доказательств, а выводы — одним из доказательств в суде, то, следовательно, процесс получения выводов должен иметь доказательный характер. Это означает, что заключение эксперта не может быть основано на интуитивном убеждении в наличии или отсутствии у подэкспертного психического расстройства. Это убеждение, представленное в выводах, должно логически вытекать из фактов, выявленных экспертом при исследовании представленных объектов экспертизы, т. е. должно быть доказано. По существу мотивировочная часть — это есть доказательная часть или доказательство выводов эксперта в судебно-психиатрическом смысле.

В отличие от исследовательской части, где излагаются факты, характеризующие психическую деятельность подэкспертного в различные периоды его жизни, в мотивировочной части приводится обобщающая характеристика добытых клинических фактов, их психиатрическая квалификация в терминах действующей классификации психических расстройств. Осуществляется дифференциальная диагностика, как между состоянием здоровья и болезни, так и между различными видами психических расстройств. Этим достигается цель судебно-психиатрического исследования — определение медицинского и психологического критериев недееспособности лица на период времени, интересующий суд, и применительно к определённым обстоятельствам, имеющим юридическое значение.

Мотивировочная часть акта — это показатель профессионального уровня эксперта, его квалификации, способности к логическому осмыслению фактов. Эта важная часть профессиональной деятельности психиатра-эксперта в судебно-психиатрической литературе не освещена. Логические основы клинического мышления психиатра-эксперта не преподаются ни на одном из этапов подготовки. Опыт проведения повторных экспертиз показывает, что одни эксперты эмпирически познают эти основы, другие не в состоянии их освоить и рано или поздно покидают экспертизу. Из этого простого факта следует очевидный вывод. Судебно-психиатрическая экспертиза как самостоятельный вид профессиональной деятельности, как и любая другая профессия, предполагает наличие у её субъекта определённого набора профессиональных качеств, способности, характерологических, психических и личностных свойств. Но это другая тема.

Приведём типичные ошибки, допускаемые при составлении мотивировочной части акта.

1. *«Мотивировка без мотивировки»* — характерна для большинства актов посмертной СПЭ. Существует в двух вариантах.
   При первом варианте мотивировочная часть не выделяется вообще, также как и выводы. В конце акта формулируются ответы на вопросы и далее в их подтверждение приводится несколько фактов, изложенных выше по тексту акта.
   При втором варианте выделяется мотивировочная часть и далее после слов «таким образом» перечисляются в сокращённом виде избирательно факты, изложенные выше по тексту акта.
2. *«Игнорирование противоречий»* — характерно для начинающих психиатров-экспертов, имеющих подготовку только по общей психиатрии. Существует в двух вариантах, по числу сторон в деле (истец — ответчик).
   При первом варианте в конце акта перечисляются только те данные, которые свидетельствуют в пользу истца. При этом противоречащие данные, как и нейтральные, в смысле ответов на вопросы суда эксперту, опускаются и не обсуждаются экспертом.
   При втором варианте всё делается наоборот. Выбор экспертом варианта зависит от количества показаний в пользу той или иной стороны. Чем больше определённых показаний, тем больше вероятность соответствующих им выводов эксперта.
   Такая мотивировка часто сопровождается игнорированием противоречий и в исследовательской части акта.
3. *«Желаемое за действительное»* — характерно для экспертов, имеющих определённый опыт работы. Этот вид ошибки характеризуется тем, что в мотивировочной части приводится ряд фактов, которые в принципе могут быть при формулируемой в выводах психической патологии. Но в исследованных материалах они отсутствуют и в исследовательской части не описаны. При изучении таких актов возникает ощущение определённой избирательности изложения материала и очень сильного желания эксперта как можно лучше обосновать экспертный вывод, не опираясь на установленные факты.
   Например. Акт № 593 от 12 мая 1999 г. на К. Зинаиду Анатольевну, 1926 г. р. о признании завещания недействительным.
   Выдержка из заключительной части акта: «Несмотря на то, что в меддокументации нет записей, сделанных психиатром, есть все основания для вывода о том, что к моменту оформления завещания (11 октября 1990 г.) нарушения психики болезненного характера достигли такой степени, что уровень критических способностей, суждений и умозаключений был в значительной степени снижен и К. по своему психическому состоянию не могла понимать значение своих действий и руководить ими». Никакие аргументы в пользу такого вывода в акте не приводятся.
4. *«Излишнее доказательство»* — приводится много различных аргументов, которые либо не имеют отношения к выводу, либо не обязательно доказывают его. Качество аргументов заменяется их количеством, в соответствии с логической ошибкой «кто много доказывает, тот ничего не доказывает».
5. *«Полная бездоказательность»* — аргументы в пользу выводов не приводятся вообще. После исследовательской части сразу следуют выводы. Этим показывается, что связь между фактами и выводами настолько очевидна и понятна, что любая аргументация излишня.
6. *«Неполное доказательство»* — приводятся аргументы в пользу наличия расстройства психической деятельности определённого вида. Однако диагноз формулируется в понятиях нозологии, без уточнения синдрома. Психологический критерий как бы естественно вытекает из установленной нозологической формы и

как бы не требует дополнительных аргументов.
Причина этой ошибки состоит в подмене понятий, а вернее содержания понятий.

7. *«Возможное за действительное»* — отдельные выявленные признаки психической патологии, которые в динамике могут иметь различное экспертное значение, истолковываются в плане только одного из возможных исходов.
Например. При посмертной экспертизе эксперты нашли в исследованных материалах достаточно доказательств ослабления памяти у подэкспертного, обусловленного атеросклерозом сосудов головного мозга. Однако, вместо того, чтобы формулировать диагноз и экспертные выводы на основании выявленных фактов, эксперты определили диагноз как атеросклероз сосудов головного мозга с формирующимся слабоумием и признали его носителя неспособным понимать значение своих действий и руководить ими. Решающим экспертным признаком в данном случае явилось слабоумие, появление которого было только вероятным в будущем. Повторная экспертиза доказала, что слабоумие у подэкспертного не успело сформироваться вплоть до смерти. Сделка была признана действительной.
Следующий пример процитируем: «Наличие дисциркуляторной энцефалопатии и генерализованного атеросклероза сосудов головного мозга свидетельствует о наличии у П. органического поражения головного мозга с выраженным волевым и интеллектуально-мнестическим снижением, которое достигает степени слабоумия. Достоверность этого вывода подтверждается результатами патологоанатомического вскрытия тела П., когда окончательно было доказано наличие у подэкспертной цереброваскулярной болезни и генерализованного атеросклероза сосудов головного мозга. Клиническое психиатрическое исследование П. при её жизни свидетельствует о значительных изменениях в её интеллектуальной и волевой сферах, что в значительной мере отразилось на её возможности понимать свои действия и руководить ими».
В приведённом заключении слабоумие доказывается наличием дисциркуляторной энцефалопатии и генерализованного атеросклероза головного мозга. И далее в подтверждение достоверности вывода приводится ссылка на результаты патологоанатомического вскрытия, которые не цитируются в исследовательской части акта экспертизы. Вследствие такого манипулирования аргументами у неспециалиста возникает впечатление, что вскрытие подтвердило не только дисциркуляторную энцефалопатию и церебральный атеросклероз, но и наличие слабоумия. В данном случае лицом, проводившим экспертизу, допущена логическая ошибка, именуемая «подменой тезиса». Она возникает в результате нарушения закона тождества и, по мнению Н. И. Кондакова (1971), чаще всего совершается теми людьми, которые убеждаются в том, что открыто доказать выставленный тезис они не могут. А если это так, то вполне естественно возникает вопрос об ответственности за дачу заведомо ложного заключения. В пользу такого предположения свидетельствуют оставленные экспертом без объяснения показания нотариуса, которая дважды общалась с больной 3.10 при составлении доверенности и 6.10 при составлении оспариваемого договора пожизненного содержания. Не объяснены также диагностические заключения невропатолога и участкового врача от 9.10, которые, констатируя ряд соматических заболеваний, не указывали на какие-либо психические расстройства и, имея медицинское образование, не могли не заметить признаков слабоумия.

Для того, чтобы избежать ошибок, которые продемонстрированы выше, при обосновании экспертных выводов, а именно это и составляет содержание мотивировочной части, следует помнить о следующем.

Первое. Не существует каких-либо самостоятельных признаков, характеризующих раздельно медицинский и психологический критерии, необходимые для решения вопроса о состоянии способности лица понимать значение своих действий и руководить ими. Эта способность есть качество, характеризующее психику и сознание лица, обязательно появляющееся вовне поведением, мимикой, пантомимикой, высказываниями и др. Поэтому, определяя состояние этой способности, опираясь на конкретные признаки, выявленные при экспертном исследовании, эксперт неизбежно определяет психическое состояние этого лица. Тем самым в психиатрических терминах характеризуется состояние указанной способности.

Второе. Доказывая болезненную природу утраты способности понимать значение своих действий и руководить ими, эксперт в соответствии со ст. 16 ГК Украины должен разграничить две группы расстройств: душевную болезнь и слабоумие. Эта формулировка закона давно устарела. Так, она не учитывает синдромы общего нарушения сознания, достаточно характерные для тяжёлых соматических заболеваний, сопровождающихся аутоинтоксикацией, опухолевых процессов, острых нарушений мозгового кровообращения. Это самостоятельная большая группа психических расстройств, наиболее часто встречающихся в практике посмертной СПЭ. В целях унификации экспертных подходов, до изменения закреплённой в законе дихотомии, указанные расстройства приходится относить к группе душевных болезней.

Таким образом, под душевной болезнью при посмертной СПЭ в гражданском процессе понимается болезненное расстройство психической деятельности, проявляющееся в форме психоза, и синдромов нарушенного сознания (общее нарушение, помрачение). Соответственно под слабоумием понимаются состояния психического дефекта, независимо от их генеза (врождённые, органические, постпсихотические).

Третье. Предметом посмертной СПЭ является определение психического состояния субъекта юридически значимых действий на момент их совершения. Поэтому именно этот отрезок времени должен подвергаться особенно тщательному анализу. Аргументы, касающиеся определения в этот период состояния лица понимать значение своих действий и руководить ими, обязательно излагаются и рассматриваются отдельно от определения психического состояния в иные отрезки времени.

Мотивировочная часть акта посмертной СПЭ наиболее сложна и ответственна, поскольку содержит аргументацию выводов эксперта. Спецификой этого вида экспертизы является то, что эти аргументы не могут быть верифицированы исследованием подэкспертного. В данном случае невозможно выдержать один из основных принципов СПЭ — непосредственность исследования объекта экспертом. Поэтому аргументы, используемые экспертом, есть знание, опосредованное иными лицами. Отсюда следует необходимость особенно тщательного отбора аргументов с максимальной опорой на первичные признаки. При составлении мотивировочной части акта необходимо постоянно помнить и учитывать, что эксперт имеет дело, как правило, с неполными данными, противоречиями, взаимоисключающими показаниями свидетелей, различными диагнозами. Отсюда необходимость ясных представлений о «весе» каждого выявленного признака, о главных, ведущих проявлениях, без которых определяемое явление просто не существует, как не может быть депрессии без болезненно сниженного настроения, а шизофрении — без интрапсихической атаксии.

При повторной экспертизе при наличии расхождений с выводами первой экспертизы эксперт, в пределах своей компетенции, должен дать анализ причин такого расхождения. Поэтому, помимо строгого следования доказанным фактам, эксперт при их анализе и

обобщении, представляющих собой мыслительный процесс, должен непременно соблюдать требования традиционной логики с её основными законами: тождества, противоречия, исключённого третьего и достаточного основания.

IV. ВЫВОДЫ

Эта часть акта СПЭ является итогом проведённой работы. В ней эксперт даёт ответы на вопросы суда. Они должны быть конкретными, ясными и понятными, не допускающими различных толкований. Выводы эксперта должны логически следовать из приведённых в мотивировочной части аргументов и продемонстрированной связи между ними. Фактически в общей форме ответы на вопросы обычно представляются в мотивировочной части. Поэтому в «Выводах» эксперт должен более чётко сформулировать свой ответ в соответствии с заданными вопросами.

Правильное формулирование ответов на вопросы, их соответствие изложенному фактическому материалу имеет решающее значение для последующей проверки и оценки выводов эксперта и акта экспертизы в целом судом. Необходимо помнить, что эксперт должен по возможности дать категорические ответы на вопросы, входящие в его компетенцию. Она ограничивается предметом СПЭ и включает определение медицинского диагноза психического расстройства и связанного с ним изменения способности понимать свои действия и руководить ими.

Обычно определение медицинского критерия составляет содержание ответа на первый вопрос. При формулировании диагноза следует придерживаться критериев действующей международной классификации болезней. Учитывая переходной период, в настоящее время целесообразно использовать параллельно МКБ 9-го и 10-го пересмотров.

Практика показывает, что при посмертной СПЭ нередко на синдромальном уровне диагноз установить значительно легче, чем определить нозологическую принадлежность синдрома. Такие случаи не должны вызывать растерянности и попыток в категорической форме представить нозологический диагноз при недостаточных данных. Тем более это недопустимо в тех случаях, когда подэкспертному устанавливались различные диагнозы. Известно, что состояние психологического критерия определяется в первую очередь психопатологическим синдромом, в то время как нозологический диагноз всегда имеет более общий характер и допускает различные состояния на синдромальном уровне, различные стадии течения заболевания и глубину нарушений психики.

Содержание второго вывода обычно составляет характеристика психологического критерия, а именно состояние способности понимать значение своих действий и руководить ими. При формулировании этого вывода следует иметь в виду, что установление факта совершения подэкспертным юридически значимого действия (сделки) находится полностью в компетенции суда. Поэтому любые утверждения эксперта относительно его события может быть истолковано как выход за пределы своей компетенции. Поэтому с этой точки зрения правильным будет отнесение медицинского и психологического критерия не непосредственно к действию, а к определённому периоду времени, который интересует суд.

Компетенция эксперта ограничивается констатацией фактов, которые могут быть познаны с помощью его специальных знаний. Это означает, что своими выводами эксперт не может кого-либо в чём-то убеждать, давать рекомендации или применять императивные формулировки. Эксперт лишь высказывает своё научно обоснованное мнение на основании исследования представленных объектов экспертизы.

Третий вывод обычно содержит ответы на иные вопросы, интересующие суд. Это могут быть вопросы, касающиеся отдельных фактов поведения подэкспертного, правильного понимания им тех или иных обстоятельств, влияния определённых психоактивных веществ на психику (транквилизаторы, наркотики и др.). Нередко суд интересует вопрос: относится ли обнаруженное у подэкспертного заболевание к хроническим или временным. Адвокатов, при допросе эксперта в суде, могут интересовать различные частные вопросы психиатрии, на первый взгляд не имеющие непосредственного отношения к данному делу.

Формулируя ответы на эти вопросы, следует соблюдать особую осторожность. Прежде всего, необходимо следить за тем, чтобы не выйти за пределы своей компетенции, особенно в случаях психических нарушений при соматических и неврологических заболеваниях.

Далее нужно всегда помнить, что эксперт высказывает не своё субъективное мнение, а научно обоснованную точку зрения, отражённую в литературе. Поэтому нужно быть готовым сослаться на источник.

Поскольку Вы не знаете, как далее будет интерпретироваться Ваш вывод (ответ) и какую версию намерен отстаивать адвокат, нужно иметь в виду, что вопрос может задаваться с целью проверки уровня Вашей компетенции в целях ходатайства о проведении повторной экспертизы.

Общими требованиями к выводам являются их полнота, соответствие поставленным вопросам и, что основное, обоснованность. Логическим следствием этого является некорректность построения выводов экспертом на предполагаемых обстоятельствах, которые имеют значение для разрешения гражданского дела. Такие выводы, в соответствии с общими правилами, не могут быть использованы судом как доказательство, ибо противоречат требованиям, предъявляемым к доказательствам. В немногочисленной литературе о судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе можно встретить упоминание о вероятностных выводах по конкретным делам. Эта проблема в научном плане в судебной психиатрии не разработана. Экспертная практика показывает, что вероятностный ответ допустим в тех случаях, когда не исчерпаны все возможности получения дополнительной информации путём переноса окончательного решения в судебное заседание с участием эксперта. Возможна также ситуация, когда все возможные источники информации исчерпаны, но их недостаточно для категорического ответа, либо проблема недостаточно проработана с научной точки зрения. В этих случаях вероятный ответ всегда лучше, чем никакого, ибо дело есть и оно не может быть решено без специальных психиатрических знаний.

Если какие-то из вопросов оставлены без ответа, в выводах должна быть дана мотивировка такого решения. Это может быть сделано по причине постановки вопросов, не входящих в компетенцию эксперта, отсутствии материалов для ответа на вопрос и др. То же необходимо сделать в том случае, если эксперт считает целесообразным перенести решение экспертных вопросов в судебное заседание.

Акт подписывается экспертом и заверяется печатью экспертного учреждения либо его врачебной печатью, если экспертиза проводилась в судебном заседании. Если экспертизу проводили несколько экспертов, то при совпадении их выводов составляется общий акт. Любое иное мнение может быть оформлено полностью отдельным актом или в одном акте отдельной мотивировочной частью с выводами, если эксперты достигли согласия

относительно содержания исследовательской части акта. Соответственно эта часть акта подписывается только её автором.

Оценка акта посмертной судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе

Обычно оценку акта СПЭ относят к компетенции юристов. Хотя в действительности акт СПЭ оценивается и психиатрами-экспертами при проведении повторной экспертизы и при составлении консультативного заключения вне судебного процесса.

Оценка акта СПЭ — это большая, важная и малоисследованная в судебной психиатрии тема. Фактически в ней мало что изменилось с 1903 года, когда эта проблема обсуждалась на II съезде отечественных психиатров в г. Киеве.

Итог этого обсуждения состоял в том, что юристы не могут оценить акт СПЭ по существу, поскольку это документ, отражающий профессиональные (психиатрические) знания. Юрист компетентен оценить только формальную, процессуальную сторону этого документа.

Опрос судей, проведённый несколько лет назад в г. Киеве, показал, что на вопрос, располагает ли суд методикой оценки заключения СПЭ, 73% из них ответили отрицательно, 17,8% — утвердительно и остальные не смогли дать ответ. Тем не менее, каждый из них в своей работе как-то оценивает этот документ и либо соглашается с выводами эксперта, либо отвергает их, назначая повторную экспертизу.

Законодательные предпосылки для оценки заключения эксперта содержатся в ст.ст. 60, 62 ГПК Украины. Согласно первой — заключение эксперта для суда не является обязательным, но несогласие суда с заключением должно быть мотивировано в решении или определении. Согласно второй — суд оценивает доказательства (к которым относятся и выводы эксперта) по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном и объективном рассмотрении в судебном заседании всех обстоятельств дела в их совокупности. При этом никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы.

Пленум Верховного Суда Украины в своём постановлении от 30 мая 1997 г. (п. 17) указал, что при проверке и оценке экспертного вывода суд обязан выяснить:

- соблюдены ли требования законодательства при назначении и проведении экспертизы;
- не было ли обстоятельств, которые исключали бы участие эксперта в деле;
- компетентность эксперта и не вышел ли он за пределы своих полномочий;
- достаточность представленных эксперту объектов исследования;
- полноту ответов на поставленные вопросы и их соответствие другим фактическим данным;
- согласованность между исследовательской частью и итоговым выводом экспертизы;
- обоснованность экспертного вывода и его согласованность с другими материалами дела.

В отношении судебно-психиатрической экспертизы парадокс состоит в том, что при действительности вышеприведённого утверждения суд, не согласившись с выводами эксперта, не может самостоятельно разрешить вопрос даже при абсолютно всестороннем

и объективном рассмотрении дела. В тех случаях, где разрешение вопроса невозможно без назначения судебно-психиатрической экспертизы (как, например, в нашем случае), назначив её, суд обречён принять одно из заключений, назначая вторую, третью и т. д. экспертизу. Это означает, что экспертное заключение оценивается не только как самостоятельный документ, но и в сравнении с другими заключениями.

Наконец, нужно учитывать ещё один важный момент. В соответствии с Законом Украины «О судебной экспертизе» судебно-экспертная деятельность осуществляется на принципах законности, независимости, объективности и полноты исследования. Очевидно, что это лишь основные принципы. Но столь же очевидно, что на этих же принципах осуществляется и правосудие. Таким образом, можно обоснованно утверждать, что психиатр-эксперт формулирует свои выводы по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном и объективном рассмотрении всех обстоятельств дела в их совокупности. Но значит ли это, что психиатр-эксперт выполняет практически ту же работу что и судья? Может, эксперт рассматривает не все обстоятельства дела? Ответим вопросом: а разве, кроме психиатра-эксперта, кто-то может до него и за него решить, в каких именно материалах содержится информация, необходимая для ответов на вопрос суда? И теория и практика судебной психиатрии показывают, что это сделать может только психиатр-эксперт. Любое выборочное, по усмотрению суда, представление материалов эксперту нарушает принцип полноты исследования и подвергает сомнению обоснованность выводов. Так в чём же различие?

Чтобы ответить на этот вопрос, нужно найти общее, то, что входит в компетенцию и юриста и психиатра, то, что составляет неотъемлемую часть знаний и юриста и психиатра. Причём нужно сразу отбросить мысль, что это судебная психиатрия, которую усердно изучают юристы. Изучение юристами судебной психиатрии, тем более в нынешнем виде, совсем не означает знание её и, конечно, умение применять полученные знания.

Начнём с понятия внутреннего убеждения психиатра-эксперта. Под ним в судебной психиатрии понимается его категоричное мнение по определённым вопросам, которые составляют предмет судебно-психиатрической экспертизы, убеждённость в соответствии или несоответствии действительности данных, добытых в процессе экспертизы. Специфика, состоящая в большинстве случаев в определении психического состояния лица ретроспективно (на определённое время в прошлом) определяет необходимость дифференцировать внутреннее убеждение относительно судебно-психиатрического диагноза и относительно психического состояния. Непосредственно экспертом могут быть добыты факты о психическом состоянии подэкспертного только на момент её проведения. Все остальные факты относительно его психического состояния в другие отрезки времени опосредуются показаниями свидетелей, потерпевших, другими материалами дела и медицинской документацией, которая отображает субъективное восприятие обследуемого третьими лицами. Таким образом, требование непосредственности исследования в этом случае касается не психического состояния лица, а информации, содержащейся в письменных объектах экспертизы. Фактически эксперт оценивает содержание исследуемых источников информации на предмет его соответствия представлениям, существующим в психиатрии относительно определённой психической патологии, применительно к действующим диагностическим стандартам. Именно это и составляет содержание его внутреннего убеждения, которое в значительной мере зависит от полноты и информативности исследованных документов.

Внутреннее убеждение относительно психического состояния подэкспертного на определённое время в прошлом зависит от соответствия письменных объектов экспертизы требованиям допустимости документа как доказательства, степени соответствия их

содержания истине, согласуемости данных, содержащихся в различных исследованных объектах, а также уровня квалификации эксперта.

При посмертной судебно-психиатрической экспертизе живого лица нет. Следовательно, непосредственно экспертом исследуются только материалы. Эксперт лишён возможности соотнести данные, полученные при исследовании материалов, со своими собственными впечатлениями о психическом состоянии подэкспертного. Поэтому он может категорически высказаться лишь об одном: соответствуют ли данные, содержащиеся в исследованных объектах, принятым стандартам психиатрической диагностики. Если соответствуют, то поскольку материалы относятся к конкретному лицу, можно считать, что данное лицо обнаруживало признаки данного заболевания. Таким образом, ответ эксперта о заболевании подэкспертного фактически состоит из двух частей. Первая — о соответствии описанных признаков диагностическому стандарту — имеет характер научно установленного факта. Вторая — о заболевании подэкспертного, предположения, опосредованного достоверностью представленных объектов экспертизы.

Чтобы правильно понять это утверждение, дадим эксперту на исследование полностью фальсифицированные материалы, отражающие признаки психического заболевания. Эксперт установит, что эти признаки соответствуют существующему диагностическому стандарту. Если бы исследованные экспертом материалы содержали информацию, соответствующую истине, далее следовало бы, что этим заболеванием страдает лицо, о котором в них шла речь. Если материалы фальсифицированы, то из вывода эксперта может следовать только один вывод: лицо, фальсифицировавшее материалы, имеет достаточные психиатрические знания.

Соответствуют ли материалы истине, устанавливает суд, решая вопрос о допустимости документов как доказательств, допрашивая свидетелей и предупреждая их об ответственности за дачу ложных показаний.

Решая указанные задачи, суд, конечно, оценивает материалы и документы на предмет наличия в них информации, которая будет необходима эксперту. Но суд не может оценить содержательную сторону этой информации.

В завершение темы приведём ориентировочную структуру акта посмертной судебно-психиатрической экспертизы.

Структура акта посмертной судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе

I. **Вводная часть (не обозначается)**
   1. Наименование экспертного учреждения.
   2. Дата проведения и номер акта экспертизы, вид и форма проведения (отметить, является ли экспертиза повторной, дополнительной, комиссионной, комплексной), наименование и номер гражданского дела, Ф. И. О. подэкспертного, в отношении которого проводится посмертная экспертиза.
   3. Наименование органа, назначившего экспертизу и дата определения о назначении экспертизы.
   4. Сведения об эксперте (экспертах), фамилия, инициалы, специальность, должность, квалификационный класс судебного эксперта, стаж экспертной работы, научная степень и звание.

5. Подпись эксперта (экспертов) под предупреждением об уголовной ответственности по ст. 384 УК за дачу заведомо ложного заключения и по ст. 385 УК за отказ от дачи заключения.
6. Дата поступления материалов на экспертизу. Дата поступления дополнительных материалов. Дата начала и окончания производства экспертизы.
7. Обстоятельства дела.
8. Вопросы эксперту в формулировках определения суда (постановления судьи).
9. Вопросы, поставленные по инициативе эксперта.
10. Перечень объектов, представленных на экспертизу. Запрошенные дополнительные материалы и результаты рассмотрения ходатайства.
11. Мотивы назначения повторной или дополнительной экспертизы (указывается, кто проводил предыдущие экспертизы, номер и дата заключений, их выводы).

II. **Исследовательская часть**

1. Методы исследования, справочно-нормативные и инструктивно-методические документы, которыми эксперт руководствовался при проведении экспертизы.
2. Материалы дела (описание состояния материалов дела), способ доставки, вид упаковки.
   2.1. Факт события юридически значимого действия.
   2.2. Показания участников процесса.
   2.2.1. Свидетели.
   2.2.2. Медицинские работники.
   2.2.3. Нотариус.
   2.2.4. Эксперты.
   2.3. Медицинская документация (описание состояния, способ доставки, вид упаковки).
   2.3.1. Медицинская карта стационарного больного.
   2.3.2. Медицинская карта амбулаторного больного.
   2.3.3. Иные медицинские документы.
   2.3.4. Акты экспертиз.
   2.4. Иные документы.
3. Непроцессуальные источники информации (выдержки из текстов, имеющие значение для ответа на вопросы).
   3.1. Инструктивные материалы.
   3.2. Методические рекомендации.
   3.3. Диагностические стандарты.
   3.4. Литературные источники.

III. **Мотивировочная часть**

1. Доводы (аргументы).
   1.1. Доводы в пользу экспертного вывода относительно медицинского критерия.
   1.2. Доводы в пользу экспертного вывода относительно психологического критерия.
   1.3. Доводы, противоречащие экспертному выводу относительно медицинского критерия.
   1.4. Доводы, противоречащие экспертному выводу относительно психологического критерия.
   1.5. Иные доводы.

2. Демонстрация взаимосвязи между доводами на основе совокупности логических правил, используемых в теории и практике аргументации, с целью показать какой из тезисов необходимо обосновывается выводами и поэтому соответствует истине.

IV. **Выводы**

1. Ответы на вопросы.
   1.1. О психическом расстройстве.
   1.2. О состоянии способности понимать значение своих действий и руководить ими на момент времени, интересующий суд.
   1.3. Ответы на иные вопросы суда.
   1.4. О причинах, по которым вопрос остался без ответа.
2. Ответы на вопросы, поставленные экспертом по своей инициативе.

Печать **Подпись**

Примечания

1. *Корсаков С. С.* Курс психиатрии. — М., 1893. — С. 520–521.
2. *Первомайский В. Б.* Судебно-психиатрическая экспертиза: десять основных принципов. — Киев: Ассоциация психиатров Украины, 1998. — 18 с.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко

ПРЕДИСЛОВИЕ

В Украине ощущается серьёзный дефицит публикаций по теоретическим и практическим вопросам судебной психиатрии. Вместе с тем отмечается опасная тенденция невосприимчивости практикой собственно экспертных методов работы, которые давно уже не являются новостью для прочих видов экспертиз. Остаются невостребованными научные разработки. Конечно, можно объяснить сложившуюся ситуацию сложностями переходного периода. Но это не исключает необходимости каким-то образом повлиять на ситуацию.

Занимаясь на протяжении длительного времени сложными, повторными экспертизами из разных регионов Украины, включая г. Киев, мы не только реально представляем себе истинное положение с качеством судебно-психиатрических экспертных заключений, но и располагаем достаточно иллюстративным материалом.

Изложенные выше обстоятельства и привели к мысли обратиться к опыту наших предшественников, которые не только были известными учёными и опытными практиками в области общей и судебной психиатрии, но и оставили образцы своих экспертных заключений. Здесь можно вспомнить П. И. Ковалевского, профессора Харьковского университета, редактора журнала «Архив психиатрии, нейрологии и судебной психопатологии», в котором публиковались заключения судебно-психиатрической экспертизы. П. И. Ковалевским издан двухтомник (1880, 1881) «Судебно-психиатрические анализы».

В «Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова» в период 1902–1905 гг. печатались психиатрические экспертизы, проведённые С. С. Корсаковым.

В «Вестнике клинической и судебной психиатрии и невропатологии» (вып. 1, 1885 г.) опубликована экспертиза, проведённая И. М. Балинским по делу Семёновой.

Известны «Судебно-психиатрические очерки» Е. К. Краснушкина (1926) и другие работы. Все они свидетельствуют о том, что каждая судебно-психиатрическая экспертиза — это действительно научное исследование, а разделение науки и практики в этой области — ничто иное, как лукавство. Нет лучшего способа приложения научных знаний и проверки научных концепций, чем конкретный клинический экспертный случай. Поэтому в настоящей небольшой работе мы сочли целесообразным наряду с материалами теоретического и методического характера обязательно представить конкретный экспертный случай и его анализ.

Если настоящая работа вызовет интерес и найдёт понимание у практикующих психиатров-экспертов — будем надеяться на её продолжение. А чтобы оно было актуальным, просим присылать предложения по интересующей Вас тематике в отдел судебно-психиатрической экспертизы Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии. Так мы сможем изучить приоритетность вопросов и, по возможности, купировать дефицит информации.

В этом разделе мы решили привести одно наблюдение. Это достаточно демонстративный и типичный случай посмертной судебно-психиатрической экспертизы, проведённой в

одном из экспертных учреждений Украины. Его анализ даёт возможность наглядно показать характерные ошибки, допускаемые при назначении и проведении подобных экспертиз, и, надеемся, избежать их в будущем.

Определение и акт экспертизы приводятся дословно с устранением лишь явных опечаток.

Случай 1

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

4 августа 1995 г. Д. суд г. К. в числе председательствующего П. при секретаре М., рассмотрев в открытом судебном заседании г. К. дело по иску К. Евгения Ивановича к С. Юлии Ивановне и С. Евгению Борисовичу, 3-е лицо 11-я контора г. К. о признании недействительными доверенности и завещания и о признании недействительным договора купли-продажи

УСТАНОВИЛ:

Истец К. обратился в суд с иском к ответчикам о признании недействительными доверенности завещания и договора купли-продажи домовладения № 15 по ул. Ч. в г. К.

Свои исковые требования мотивирует тем, что он является единственным наследником по закону после смерти родной сестры М. Александры Ивановны, которая скончалась 19.11.1994 г. в возрасте 87 лет.

Сестра имела в собственности домовладение, которое она 14.10.1994 г. завещала С., а он в свою очередь продал его 17.11.94 г. своей матери С. Ю. И.

Истец указывает, что его сестра М. была престарелым больным человеком, состояла на учёте, её поведение и образ жизни дают основания предполагать, что она не понимала смысла и значения своих действий и последующие правовые последствия при составлении договора дарения.

В судебном заседании представитель истца заявил ходатайство о назначении посмертной судебно-психиатрической экспертизы М. Суд, исследовав материалы дела, выслушав мнение участников судебного разбирательства, считает, что заявленное ходатайство подлежит удовлетворению.

Руководствуясь ст.222, 57 ГПК Украины

ОПРЕДЕЛИЛ:

Назначить посмертную судебно-психиатрическую экспертизу М. по гражданскому делу по иску К. Евгения Ивановича к С. Юлии Ивановне и С. Евгению Борисовичу о признании недействительными доверенности и завещания, а так же договора купли-продажи.

Производство экспертизы поручить … отделению больницы №.

Производство по делу до получения результатов экспертизы приостановить.

Наименование учреждения

19 сентября 1995

АКТ № …

посмертной судебно-психиатрической экспертизы на испытуемого М. Александра Ивановна, рождения 1907 г., обвиняемого по ст. … на предмет определения психического состояния на 14.10.94 г. или являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком; лицом, в отношении которого решается вопрос о дееспособности (подчеркнуть) в деле …….

Судебно-психиатрическое освидетельствование произвела судебно-психиатрическая экспертная комиссия в составе:

Председателя	Эксперт-психиатр, врач I категории	Ф. И. О.
Членов комиссии	Эксперт-психиатр, врач	Ф. И. О.
Врача- докладчика	Эксперт-психиатр, врач высшей категории	Ф. И. О.

на основании постановления (определения) …… Д. суда г. К.от 4 августа 1995.

Об ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по ст. 178, 179 УК Украины эксперты предупреждены.

Вопросы, подлежащие разрешению при экспертизе, и другие разделы «Акта» излагаются на следующих … листах.

Из материалов гражданского дела видно, что в суд обратился К. с исковым заявлением, в котором сообщил следующее: 19 ноября 1994 г. умерла его родная сестра М. Она имела в собственности домовладение в г. К., которое она 14 октября 1994 г. завещала С., а тот в свою очередь продал домостроение 17 ноября 1994 г. своей матери С.

Истец в своём заявлении просит признать завещание недействительным, а также договор купли-продажи недействительными в связи с тем, что завещательница была больным человеком, обнаруживала странности в поведении, не понимала смысла и значение своих действий.

В связи с этим назначена настоящая судебно-психиатрическая экспертиза.

Экспертам представлены материалы гражданского дела и амбулаторная карта М. Анамнестических сведений о М. в предъявленных документах не имеется, лишь из амбулаторной карты можно выяснить, что она в детстве болела сыпным и брюшным тифом, «испанкой», позже болела малярией, простудными заболеваниями. Была замужем, детей не имела. С 1964 года состояла на учёте в поликлинике по месту жительства, как видно из амбулаторной карты обращалась к врачам по поводу простудных заболеваний, мелких травм, радикулита, с 70-х годов стала жаловаться на боли в области сердца,

диагностировали атеросклеротический коронарокардиосклероз. С 1983 года появились жалобы на головные боли, головокружение, слабость. С апреля 1990 года — жалобы на снижение памяти, боли в ногах, слабость, плохой сон, шаткость при ходьбе, одышку. В записи врача от 30.04.90 г. наряду с перечислением вышеизложенного записано, что больная несколько заторможенная и выставлен диагноз: «Атеросклероз сосудов головного мозга». В октябре 1990 года отмечено, что больная: «…Заторможена, на вопросы отвечает с трудом, от обследования и осмотра другими специалистами категорически отказывается…». Диагноз прежний. В марте 1991 года больная продолжает жаловаться на головные боли, головокружение, шаткость при ходьбе. Выходя на улицу, забывает куда идти, хочет что-то сказать и тут же забывает, о чём хотела говорить. Отмечено, что больная немного возбуждена, якобы боится, чтобы не забрали в больницу, отвечает на вопросы неохотно (запись 28 марта 1991 г.) И далее врач отмечает, что у больной имеется «гипертоническая болезнь второй стадии. Атеросклероз сосудов головного мозга. Старческий маразм». От обследования больная категорически отказывается. Со слов родственников — лечение принимает с трудом, так как «боится отравления». В последующих дневниках отмечается нарастание психических изменений. Так, 28 ноября 1991 г. записано, что больная, предъявляя жалобы, тут же заявляет, что не хочет, чтобы её помещали в больницу или «не забрали ещё куда-то». Лекарства не принимает, боится. На вопросы отвечает неохотно, от обследования отказывается, считает себя здоровой, не желает, чтобы её осматривали. Диагноз прежний, «Атеросклероз сосудов головного мозга, старческий маразм». В последующих записях врача отмечается утяжеление соматического состояния, нарастание органических изменений в области сердца, печени. Отмечается, что больная заторможена, что всё забывает. Со слов родственников, лечение не принимает, считает, что ей навредит. Отказывается от осмотра другими врачами. К концу 1993 года больная начала терять в весе, цифры артериального давления оставались высокими, нарушилась сердечная динамика. От помещения в больницу отказывается, отказывается от консультации других врачей, участкового терапевта. 5 апреля 1994 г. врач записывает, что больная живёт одна, родственники её навещают, приносят еду, которую она съедает, а через короткое время заявляет, что она голодная, что никто её не кормил, что на день осмотра ей никто не приносил еду. К 14 сентября 1994 г. соматическое состояние М. ухудшается, 11 октября 1994 г. — состояние здоровья ухудшается, ослаблена, заявляет много соматических жалоб, заявляет, что упала в комнате, что у неё всё болит, одышка, эмоционально лабильна. То плачет, то молчит. На вопросы отвечает с трудом. Диагноз: «Ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический коронарокардиосклероз. Гипертоническая болезнь второй стадии, экстрасистолия. Атеросклероз сосудов головного мозга». 19 ноября 1994 г. М. умерла.

Таким образом, анализ представленной медицинской документации показывает, что у М. с возрастом, на фоне гипертонической болезни постепенно развивались признаки церебрального атеросклероза с нарушениями памяти, забывала, что и кому хочет сказать, не находила свой дом. Кроме того, больная изменялась эмоционально, была эмоционально лабильна, на этом фоне имелись бредовые включения, что выражалось в боязни отравления, отказе поэтому в приёме лекарств, пищи. Соответственно нарастали соматические изменения в сердце, изменении печени, нарушился сердечный ритм. Уже в декабре 1993 года психическое состояние М. расценивается как «старческий маразм». Под этим определением подразумевается нарастающее слабоумие и развивающиеся симптомы общего истощения, когда все интересы сводятся в основном к еде, то резко снижается память, угасают интересы, нарушается речь наряду с явлениями физического ослабления, ведущего к истощению. Все эти изменения физического и психического состояния зависят от нарушения регуляторных и трофических функций измененного мозга за счёт церебросклероза.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Исходя из изложенного, комиссия пришла к Заключению, что М. Александра Ивановна на период, интересующий суд (14 октября 1994 г.) обнаруживала признаки ЦЕРЕБРОСКЛЕРОЗА СО СЛАБОУМИЕМ И ПАРАНОИДНЫМИ ВКЛЮЧЕНИЯМИ. По своему психическому состоянию не могла понимать значение своих действий и руководить своими поступками.

Подписи экспертов.

Анализ определения суда[1]

Из определения суда следует, что суд, назначая экспертизу, руководствовался ст. 222 и 57 ГПК Украины. Ссылка на ст. 222 ГПК дана в обоснование приостановки производства по делу до получения результатов экспертизы. Ст. 222 ГПК действительно предусматривает такое право суда и содержит исчерпывающий перечень случаев, когда это право может быть реализовано. Среди них не упоминается необходимость производства экспертизы.

Теперь приведём содержание ст. 57 ГПК (назначение экспертизы), чтобы были понятны наши замечания.

Ст. 57 ГПК.

1. Для выяснения обстоятельств, имеющих значение по делу и требующих специальных познаний в области науки, искусства, техники или ремесла, судья в порядке обеспечения доказательств и во время подготовки дела или суд во время рассмотрения дела могут назначить экспертизу.
2. Экспертиза производится в суде или вне суда, если это необходимо по характеру исследования или если объект исследования невозможно доставить в суд.
3. Назначая экспертизу и определяя круг вопросов, которые следует поставить перед экспертами, судья или суд должен по этому поводу учесть предложения сторон и других лиц, участвующих в деле. Отклонение вопросов, предложенных лицами, участвующими в деле, суд обязан мотивировать.
4. В определении о назначении экспертизы следует указать, по каким вопросам нужны выводы экспертов и кому поручается произвести экспертизу.
5. Экспертиза производится экспертами соответствующих учреждений либо иными специалистами, назначенными судом. В качестве эксперта может быть назначено любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения.

Медицинские основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы в определении указаны в самой общей форме: *«М. была престарелым человеком, состояла на учёте, её поведение и образ жизни дают основания предполагать, что она не понимала смысла и значения своих действий и последующие правовые последствия при составлении договора дарения»*.

Очевидно, что в цитированной части определения нет ни одного признака, который бы давал основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы. Где М. состояла на учёте — не известно, может у терапевта или невропатолога или в территориальной организации ветеранов? Что именно из поведения и образа жизни М. позволило предполагать, что она не понимала значений своих действий и пр.? В этой части определения речь идёт о договоре дарения, хотя дело рассматривалось по иску о признании недействительными доверенности, завещания и договора купли-продажи.

В определении не указаны юридические основания назначения экспертизы. Можно предполагать, что поскольку назначена судебно-психиатрическая экспертиза, таким основанием может быть ст. 55 ГК или 52 ГК. Касательно этих статей существует ряд вопросов, на которых мы сейчас не останавливаемся.

В нарушение ч. 4 и 5 ст. 57 ГПКУ суд не определил круг вопросов, которые поставлены перед экспертами. Производство экспертизы поручено не экспертам, а отделению больницы. Не указываются материалы (объекты экспертизы), которые предоставлены эксперту.

Анализ акта экспертизы

Акт экспертизы представлен на 3-х страницах машинописного текста, выполненного через 1 интервал, практически сплошной печатью, что затрудняет восприятие его содержания.

Акт недостаточно структурирован. В нём не разделены вводная и исследовательская части. Мотивировочная часть акта не выделена, а отдельные элементы мотивировки входят составной частью в исследовательскую часть. Выводы названы заключительной частью.

Во вводной части отсутствуют данные о занимаемой должности и стаже работы экспертов, в связи с чем нельзя оценить уровень их квалификации и её соответствие степени сложности экспертизы.

Отсутствует наименование и номер гражданского дела. Указывается, что экспертиза проводилась на предмет определения психического состояния на 14.10.1994 г. Однако вывод сделан и в отношении способности подэкспертной понимать значение своих действий и руководить своими поступками.

Отсутствуют даты поступления материалов на экспертизу, даты начала и окончания её производства.

Отсутствуют вопросы к эксперту и перечень объектов, направленных на экспертизу.

Обстоятельства дела изложены со ссылкой на материалы гражданского дела без указания, на какие именно. Отмечается несовпадение обстоятельств в изложении экспертов с таковыми в определении суда. В иске истца идёт речь о том, что поведение и образ жизни подэкспертной дают ему основание предполагать, что она не понимала смысла и значения своих действий и последующие правовые последствия при составлении договора дарения. В акте же указывается, что истец в своём заявлении просит признать завещание и договор купли-продажи недействительными в связи с тем, что завещательница была больным человеком, обнаруживала странности в поведении, не понимала смысла и значения своих действий.

Далее эксперты указывают, что им представлены материалы гражданского дела и амбулаторная карта М., но не описывают их опознавательные признаки. В связи с этим при повторной экспертизе нельзя будет идентифицировать объекты экспертизы.

Далее сплошным текстом в повествовательной форме следует изложение данных о жизни и здоровье М. Излагается краткая история жизни до 1964 г., которая не имеет никакого отношения к экспертным вопросам. Приводятся цитаты, либо передаётся содержание врачебных записей в амбулаторной карте, в части случаев с указанием даты, в части

случаев — месяца и года, в части случаев в общей форме: *«в последующих записях врача»*, *«в последующих дневниках отмечается нарастание психических изменений»*.

По форме изложения невозможно точно установить источник информации, а именно: какие данные, жалобы сообщила сама больная, что конкретно сообщили родственники и кто именно.

Неизвестна специальность врача, наблюдавшего больную. Нельзя установить, какие именно факты, отражающие психическое состояние М., установил врач при её непосредственном исследовании и с помощью каких методов.

Последний абзац акта посвящён обоснованию диагностического заключения экспертов. Оно сведено к попытке перечислить отдельные обнаруженные у подэкспертной психические нарушения в хронологическом порядке и привнесению в их последовательность причинно-следственных отношений. Отсутствие первичных фактов (описания конкретных психических нарушений), которые послужили бы основанием для диагноза слабоумия, эксперты восполняют своими предположениями.

Заключительная часть акта содержит два утверждения.

Первое — о том, что М. на 14 октября 1994 г. обнаруживала признаки церебросклероза со слабоумием и параноидными включениями.

Второе — что по своему психическому состоянию она не могла понимать значение своих действий и руководить поступками.

Вывод экспертов, таким образом, касается даты только одного юридически значимого действия — подписания завещания.

Однако это обстоятельство экспертами вообще не исследовалось. В акте нет упоминания о процедуре подписания завещания. Неизвестно, есть ли оно в деле. Неизвестно, давали ли показания истец, ответчики, нотариус, врач, наблюдавший больную, есть ли свидетели её состояния.

Из факта категорического заключения экспертов о состоянии М. можно сделать вывод, что данных амбулаторной карты для этого оказалось достаточно. Значит, в этом медицинском документе должны быть исчерпывающе изложены симптомы атеросклеротического слабоумия и бреда, т. е. тех расстройств, которые указаны в экспертном выводе. Посмотрим, достаточно ли оснований для такого вывода.

Эксперты пришли к заключению о наличии у М. *церебросклероза со слабоумием и параноидными включениями* на основании данных о н*арушении памяти, эмоциональной лабильности, бредовых включениях* и диагноза *«старческий маразм»*, установленного врачом, вероятно, терапевтом.

Согласно акту, нарушения памяти отмечены в амбулаторной карте в марте 1991 г. и представлены как данные, полученные от самой М. — *«выходя на улицу, забывает куда идти, хочет что-то сказать и тут же забывает, о чём хотела говорить»*. Источник этих сведений неизвестен (со слов родственников и со слов больной) и поэтому их невозможно точно интерпретировать. Однако в любом случае они не свидетельствуют в пользу выраженных нарушений памяти, а отражают гипомнезию на бытовом уровне.

В записи от 5 апреля 1994 г. врачом в амбулаторной карте указано, что больная съедает пищу, принесённую родственниками, а через короткое время заявляет, что она голодная, что никто её не кормил и что на день осмотра никто не приносил еду. Источник этой информации неизвестен и поэтому без дополнительных данных она может отражать действительное положение больной, когда больную плохо кормят и она вновь через короткое время начинает ощущать голод. И, следовательно, больная всё понимает, не обнаруживая грубых нарушений памяти. Равно такие сведения могли бы быть расценены как выраженное расстройство памяти в рамках корсаковского синдрома. Но тогда эти данные отражались бы и в других записях в амбулаторной карте в совокупности с другими психическими расстройствами, характерными для этой патологии.

Эксперты усилили расстройства памяти у М., записав: «забывала, что и кому хочет сказать, не находила свой дом». В выдержках из амбулаторной карты, представленных в акте, подобных данных нет.

Признак эмоциональной лабильности не является специфическим для слабоумия или бредового психоза, отражает имевший место атеросклероз сосудов головного мозга и не имеет в данном случае прямого экспертного значения.

Понятие «бредовые включения» не является корректным с диагностической точки зрения. По мнению экспертов, бредовые включения выражались в боязни отравления, отказе по этой причине в приёме лекарств, пищи.

В амб. карте, согласно акту, есть записи со слов родственников:

- лечение принимает с трудом, т. к. боится отравления (март 1991 г.);
- лекарств не принимает, боится (ноябрь 1991 г.);
- лечения не принимает, считает, что ей навредят.

В акте отсутствуют данные о том, что такое же отношение больной к приёму пищи, что было бы естественно для бредового синдрома. Поэтому на основании отражённых в акте сведений сделать вывод об их принадлежности к бреду нельзя. Эксперты произвольно усилили эти данные, распространив их на приём пищи.

Наконец, «старческий маразм». Согласно акту, этот термин в амб. карте упоминается 28.03.1991 г., 28.11.1991 г., однако, судя по цитированным записям, без описания его симптомов. Этот диагноз не упоминается в 1992–1994 гг., в том числе и 11.10.1994 г., т. е. за три дня до совершения юридически значимого действия, интересующего суд. Таких записей явно недостаточно для вывода о церебросклерозе со слабоумием.

Эксперты дают произвольную интерпретацию термина, куда включают расстройства, о наличии которых у больной нет данных (резко снижается память, угасают интересы, нарушена речь, все интересы сводятся к еде).

Изложенное даёт достаточно оснований для вывода, что экспертами допущен ряд существенных ошибок.

1. Нарушен принцип полноты исследования. Выводы сделаны только на основании амб. карты, в которой нет описания симптомов атеросклеротического слабоумия.
2. Нарушен принцип объективности. Эксперты построили вывод на своих интепретациях терминов и приписывании больной симптомов, которых нет в амб. карте.

3. Нарушен принцип законности. Форма изложения результатов экспертного исследования не соответствует требованиям процессуального закона.
4. Нарушены принципы презумпции психического здоровья и обоснованности заключения. Диагноз выраженного психического расстройства не доказан.

Поэтому представляется, что экспертам следовало воспользоваться своими процессуальными правами, предусмотренными ст. 59 ГПК, её первой частью:

(1) Эксперт, поскольку это необходимо для дачи заключения, имеет право знакомиться с материалами дела, принимать участие в рассмотрении дела судом, **просить суд о предоставлении ему дополнительных материалов**.

Либо сразу второй частью:

(2) Эксперт имеет право отказаться от дачи заключения, если предоставленных материалов недостаточно или он не имеет необходимых знаний для исполнения возложенной на него обязанности.

Таким образом, анализ акта экспертизы показывает, что экспертами не соблюдены ряд основных принципов судебно-психиатрической экспертизы. Приведённые ошибки и неточности в своей совокупности вызывают сомнения в правильности заключения экспертов и вполне могут быть основанием для назначения по данному случаю повторной судебно-психиатрической экспертизы.

Примечание

1. При анализе случая цитируются статьи кодексов, действовавших на момент проведения экспертизы (*прим. авторов*).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко

Судебная психиатрия как наука и судебно-психиатрическая экспертиза как способ реализации соответствующих знаний сформировались и длительное время развивались в недрах общей психиатрии. Осваивая психиатрическую феноменологию и клинико-психопатологический метод исследования, судебно-психиатрическая экспертиза неизбежно восприняла и такие присущие им недостатки, как известный субъективизм в диагностике, апелляция к авторитету, слабость, а вернее отсутствие доказательной базы. В условиях конкретных социально-политических реалий и идеологизированного правового поля, не будучи независимой, объективной и доказательной, судебно-психиатрическая экспертиза оказалась втянутой в решение определённых политических проблем общества. Время показало бесперспективность такого пути развития психиатрической экспертизы, обнажило слабые места действовавшей парадигмы, свидетельствовавшие о том, что она себя исчерпала.

Межу тем, значение для общества судебно-психиатрической экспертизы трудно переоценить. В уголовном процессе она определяет наличие, отсутствие или извращение субъективной составляющей вины — психического отношения лица к совершённому им общественно опасному деянию. А это прямо связано с ответственностью и наказанием лиц или их отсутствием. В гражданском процессе, когда речь идёт о действительности сделки, за ней стоят материальные ценности, ради получения которых стороны готовы совершить любые действия. Поэтому особое значение приобретают методологические и методические принципы экспертной деятельности, обязательные для каждого судебного психиатра.

Введение в теорию судебной психономики и судебно-психиатрическую практику понятия презумпции психического здоровья является одним из важнейших достижений новейшего периода отечественной судебной психиатрии, начало которому положено приобретением Украиной независимости. Как фундаментальный принцип, презумпция психического здоровья влечёт за собой критическое переосмысление и пересмотр исчерпавшей себя системы научных взглядов на ключевые проблемы судебной психиатрии. Приведённые в книге статьи показывают, что отечественная судебная психиатрия имеет в этой области научно-практической деятельности значительные достижения. За последнее десятилетие в Украинском научно-исследовательском институте социальной, судебной психиатрии и наркологии выполнена серия научных исследований, результаты которых позволили сформулировать новую парадигму судебно-психиатрической экспертизы, более совершенную, ориентированную на современные требования доказательной медицины и потребности судебно-правовой реформы. В частности, разработаны новые методологические и методические подходы к решению вопросов вменяемости–невменяемости, дее–недееспособности. Впервые в отечественной науке сформулированы концепции ограниченной вменяемости и ограниченной дееспособности, общественной опасности психически больного. Исследовано и обосновано понимание содержательных характеристик идеального следа-проявления как информации, которая содержится в определённым образом упорядоченной совокупности материальных следов, которые последовательно возникают при взаимодействии лица с окружающей средой во время совершения противоправного деяния.

Значительно усовершенствованы подходы к решению экспертных вопросов при посмертной судебно-психиатрической экспертизе, при симуляции психических расстройств, при исключительных состояниях. Продолжается исследование проблем

экспертной диагностики и оценки различного уровня аффективных состояний, изучение практики применения института ограниченной вменяемости, разрабатываются новые методы экспертной диагностики шизофрении через исследование сознания, самосознания, критичности.

Без сомнения, научные достижения не могут не влиять на формирование законодательной базы и реализацию экспертной деятельности во все её составных частях от подготовки эксперта, его аттестации до системы и структуры экспертных учреждений. Не всё ещё в этом направлении сделано. Слишком инертны сложившиеся взгляды. Но именно эти три части: наука, законодательное обеспечение и экспертная практика составляют единую систему судебно-психиатрической экспертизы. Согласованность её составных частей является предпосылкой исполнения принципов экспертной деятельности, а отсюда и предупреждения злоупотребления психиатрией, соблюдения прав человека и справедливого применения закона.

Потому не будем терять надежды, что сохраняющиеся пока ещё в судебно-психиатрической экспертизе проблемы временны и постепенно система организации и правового обеспечения этого вида экспертной деятельности станет более восприимчивой к современным научным разработкам, неуклонно приближаясь к общепризнанным стандартам.