



# **ПСИХИАТРИЯ**

## **НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО**

### **КРАТКОЕ ИЗДАНИЕ**

Главные редакторы:  
академик РАН Т.Б. Дмитриева,  
профессор В.Н. Краснов,  
профессор Н.Г. Незнанов,  
академик РАН В.Я. Семке,  
академик РАН А.С. Тиганов

Ответственный редактор  
член-корреспондент РАН Ю.А. Александровский

Подготовлено при участии  
Российского общества психиатров



**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»  
**2021**

# ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |    |
|--|----|
| <b>Предисловие авторов</b> .....   | 9  |
| <b>Участники издания</b> .....   | 10 |
| <b>Список сокращений и условных обозначений</b> .....  | 14 |
| <b>ЧАСТЬ I. Общая психиатрия</b> .....   | 16 |
| <b>Глава 1. Нормативно-правовые основы оказания психиатрической помощи. Шишков С.Н.</b> .....          | 17 |
| 1.1. Общие положения Закона РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании ..... | 17 |
| 1.2. Особенности применения недобровольных психиатрических мер.....                                    | 25 |
| <b>Глава 2. Организация психиатрической помощи в России. Гуровиг И.Я.</b> .....                        | 32 |
| 2.1. Специализированная психиатрическая служба в России.....   | 32 |
| 2.2. Диспансерный раздел психиатрической службы.....   | 34 |
| 2.2.1. Скорая психиатрическая помощь .....   | 38 |
| 2.2.2. Дневной (ночной) стационар .....  | 38 |
| 2.2.3. Лечебно-трудовые мастерские и трудоустройство.....  | 39 |
| 2.2.4. Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи во внебольничных условиях .....          | 40 |
| 2.2.5. Отделение внебольничной реабилитации .....  | 41 |
| 2.2.6. Медико-реабилитационные подразделения для формирования навыков независимого проживания .....    | 41 |
| 2.2.7. Отделение психосоциальной работы во внебольничных условиях .....                                | 42 |
| 2.3. Стационарный раздел психиатрической службы .....  | 43 |
| 2.3.1. Реабилитационное отделение психиатрического стационара.....                                     | 44 |
| <b>Глава 3. Судебная психиатрия. Дмитриева Т.Б., Ткаченко А.А., Харитонова Н.К.</b> .....              | 46 |
| 3.1. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе.....                                      | 50 |
| 3.2. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.....                                    | 53 |
| <b>Глава 4. Обследование психически больного</b> .....   | 58 |
| 4.1. Клиническое обследование. Александровский Ю.А. ....   | 58 |
| 4.2. Инструментальные методы диагностики. Изнак А.Ф. ....  | 62 |
| 4.2.1. Электроэнцефалография.....  | 62 |
| 4.2.2. Реоэнцефалография.....  | 72 |

|   |     |
|---|-----|
| 4.2.3. Эхоэнцефалография .....  | 73  |
| 4.2.4. Компьютерная томография головного мозга .....  | 75  |
| 4.2.5. Магнитно-резонансная томография головного<br>мозга .....   | 76  |
| 4.2.6. Позитронно-эмиссионная томография .....  | 78  |
| <b>Глава 5. Основные психопатологические синдромы.</b>  |     |
| <i>Тиганов А.С.</i> .....   | 80  |
| 5.1. Аментивный синдром .....   | 80  |
| 5.2. Амнестический синдром .....  | 80  |
| 5.3. Астенический синдром .....   | 81  |
| 5.4. Аура сознания .....  | 82  |
| 5.5. Делириозный синдром .....  | 83  |
| 5.6. Депрессивный синдром .....   | 85  |
| 5.7. Ипохондрический синдром .....  | 90  |
| 5.8. Кататонический синдром .....   | 92  |
| 5.9. Маниакальный синдром .....   | 94  |
| 5.10. Обсессивный синдром .....   | 96  |
| 5.11. Онейроидный синдром .....   | 98  |
| 5.12. Паранойяльный синдром .....   | 100 |
| 5.13. Парафренный синдром .....   | 102 |
| 5.14. Сенестопатический синдром .....   | 104 |
| 5.15. Синдром Кандинского–Клерамбо .....  | 104 |
| 5.16. Синдром глушения .....  | 106 |
| 5.17. Синдром помрачения сознания .....   | 107 |
| 5.18. Сумеречное помрачение сознания .....  | 109 |
| 5.19. Энцефалопатический синдром .....  | 110 |
| <b>Глава 6. Классификация психических расстройств.</b>  |     |
| <i>Тозилов В.А.</i> .....   | 113 |
| <b>Глава 7. Психические расстройства непсихотического уровня<br/>(пограничные состояния). Александровский Ю.А.</b> .....    | 122 |
| 7.1. Общее представление о пограничных психических<br>расстройствах .....   | 122 |
| 7.2. Клиническая характеристика пограничных психических<br>расстройств .....  | 122 |
| 7.3. Группировка пограничных психических расстройств .....  | 127 |
| 7.4. Особенности организации помощи больным с<br>пограничными психическими расстройствами .....                             | 133 |
| 7.4.1. Организационные формы оказания психиатрической<br>помощи больным с пограничными психическими<br>расстройствами ..... | 133 |
| 7.4.2. Тенденции развития помощи больным<br>с пограничными психическими расстройствами .....                                | 138 |
| <b>Глава 8. Психиатрическая помощь в общемедицинской<br/>практике. Александровский Ю.А., Ромасенко Л.В.</b> .....           | 140 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Глава 9. Лечение и психосоциальная реабилитация психически больных</b> .....                            | 158 |
| 9.1. Общие вопросы лечения больных с психическими расстройствами. <i>Александровский Ю.А.</i> .....        | 158 |
| 9.2. Психофармакологическая терапия. <i>Незнанов Н.Г., Иванов М.В.</i> .....                               | 165 |
| 9.2.1. Фармакологическое действие психотропных препаратов.....   | 165 |
| 9.2.2. Выбор психотропного препарата .....   | 167 |
| 9.2.3. Классификация психофармакологических препаратов.....  | 176 |
| 9.3. Другие методы лечения.....  | 246 |
| 9.3.1. Психотерапия. <i>Незнанов Н.Г., Карвасарский Б.Д.</i> .....   | 246 |
| 9.3.2. Инсулинокоматозная терапия. <i>Незнанов Н.Г., Татульян С.Е.</i> .....                               | 248 |
| 9.3.3. Электросудорожная терапия. <i>Незнанов Н.Г., Залуцкая Н.М.</i> .....                                | 251 |
| 9.3.4. Альтернативные методы лечения. <i>Тихоненко В.А., Елфимов М.А.</i> .....                            | 259 |
| 9.4. Психосоциальная реабилитация. <i>Гуровиц И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б.</i> .....                     | 268 |
| 9.4.1. Этапы психосоциальной реабилитации .....  | 269 |
| 9.4.2. Отдельные виды психосоциальных воздействий.....   | 271 |
| 9.4.3. Социальная (психосоциальная) поддержка больных.....   | 273 |
| 9.4.4. Тренинг социальных навыков .....  | 274 |
| 9.4.5. Социально-трудовая реабилитация и трудоустройство больных .....                                     | 276 |
| 9.4.6. Психосоциальная групповая работа с семьёй больного .....  | 276 |
| 9.4.7. Форма помощи в виде жилья под защитой.....  | 277 |
| <b>ЧАСТЬ II. Частная психиатрия</b> .....  | 280 |
| <b>Глава 10. Шизофрения</b> .....  | 281 |
| 10.1. Диагностика шизофрении. <i>Краснов В.Н.</i> .....  | 281 |
| 10.1.1. Этиология и патогенез.....   | 281 |
| 10.1.2. Эпидемиология .....  | 282 |
| 10.1.3. Клиническая картина и диагностика .....  | 283 |
| 10.2. Принципы обследования и ведения больных шизофренией. <i>Гуровиц И.Я., Шмуклер А.Б.</i> .....         | 288 |
| 10.3. Психофармакотерапия шизофрении. <i>Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э.</i> .....                              | 290 |
| <b>Глава 11. Психические расстройства у больных эпилепсией.</b><br><i>Незнанов Н.Г., Киссин М.Я.</i> ..... | 309 |
| 11.1. Особенности психических расстройств при эпилепсии.....   | 309 |

|   |     |
|---|-----|
| 11.1.1. Иктальные психозы .....   | 312 |
| 11.1.2. Постиктальные психозы .....   | 313 |
| 11.1.3. Кратковременные интериктальные психозы .....  | 313 |
| 11.2. Перманентные (постоянные) психические расстройства при эпилепсии .....  | 319 |
| 11.2.1. Изменения личности у больных эпилепсией .....   | 319 |
| 11.3. Эпилептическое слабоумие .....  | 335 |
| <b>Глава 12.</b> Органические, включая симптоматические, психические расстройства .....   | 337 |
| 12.1. Деменция .....  | 343 |
| 12.1.1. Деменция при болезни Альцгеймера.<br><i>Гаврилова С.И.</i> .....  | 347 |
| 12.1.2. Сосудистая деменция. <i>Медведев А.В.</i> .....   | 368 |
| 12.1.3. Деменция при болезнях, классифицированных в других рубриках. <i>Вандыш-Бубко В.В.</i> .....   | 383 |
| 12.2. Органический анамнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами. <i>Вандыш-Бубко В.В.</i> .....                      | 388 |
| 12.3. Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами. <i>Вандыш-Бубко В.В.</i> .....   | 391 |
| 12.4. Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью. <i>Вандыш-Бубко В.В.</i> .....     | 392 |
| 12.4.1. Органический галлюциноз .....   | 393 |
| 12.4.2. Органическое кататоническое состояние .....   | 394 |
| 12.4.3. Органическое бредовое расстройство .....  | 395 |
| 12.4.4. Органические расстройства настроения (аффективные) .....  | 396 |
| 12.4.5. Органическое тревожное расстройство .....   | 397 |
| 12.4.6. Органическое диссоциативное расстройство .....  | 397 |
| 12.4.7. Органическое эмоционально лабильное расстройство .....  | 398 |
| 12.4.8. Лёгкое когнитивное расстройство .....   | 398 |
| 12.5. Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга. <i>Вандыш-Бубко В.В.</i> .....                 | 400 |
| 12.5.1. Расстройство личности органической этиологии ...  | 400 |
| 12.5.2. Постэнцефалитный синдром .....  | 401 |
| 12.5.3. Постконтузионный синдром .....  | 401 |
| <b>Глава 13.</b> Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. <i>Иванец Н.Н., Винникова М.А.</i> ..... | 403 |
| 13.1. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя .....  | 403 |
| 13.1.1. Острая алкогольная интоксикация .....   | 413 |

|  |     |
|--|-----|
| 13.1.2. Алкогольный абстинентный синдром.....  | 415 |
| 13.1.3. Алкогольный абстинентный синдром с делирием ...  | 416 |
| 13.1.4. Психотическое расстройство, вызванное<br>употреблением алкоголя .....  | 417 |
| 13.1.5. Амнестический синдром, связанный с употреблением<br>алкоголя.....  | 419 |
| 13.1.6. Стойкая деменция, вызванная употреблением<br>алкоголя.....   | 419 |
| 13.2. Психические и поведенческие расстройства, вызванные<br>употреблением опиатов .....                                 | 419 |
| 13.2.1. Острая опийная интоксикация.....   | 425 |
| 13.2.2. Опийный абстинентный синдром.....  | 425 |
| 13.3. Психические и поведенческие расстройства, вызванные<br>употреблением каннабиоидов.....                             | 426 |
| 13.3.1. Острая интоксикация, вызванная употреблением<br>каннабиоидов.....  | 427 |
| 13.3.2. Синдром отмены каннабиоидов.....   | 428 |
| 13.4. Психические и поведенческие расстройства, вызванные<br>употреблением седативных и снотворных средств.....          | 429 |
| 13.5. Психические и поведенческие расстройства вследствие<br>употребления кокаина.....                                   | 431 |
| 13.5.1. Острая интоксикация, вызванная употреблением<br>кокаина .....  | 433 |
| 13.5.2. Синдром отмены кокаина .....   | 433 |
| 13.6. Психические и поведенческие расстройства вследствие<br>употребления психостимуляторов.....                         | 434 |
| 13.7. Психические и поведенческие расстройства, вызванные<br>употреблением галлюциногенов.....                           | 437 |
| 13.8. Психические и поведенческие расстройства, вызванные<br>употреблением табака .....                                  | 439 |
| 13.9. Психические и поведенческие расстройства, вызванные<br>употреблением летучих растворителей.....                    | 440 |
| <b>Глава 14.</b> Аффективные расстройства. <i>Краснов В.Н.</i> .....   | 443 |
| 14.1. Биполярное аффективное расстройство .....  | 447 |
| 14.2. Рекуррентное депрессивное расстройство.....  | 453 |
| 14.3. Хронические аффективные расстройства.....  | 467 |
| 14.3.1. Дистимия.....  | 467 |
| 14.3.2. Циклотимия.....  | 468 |
| 14.4. Тревожные депрессии.....   | 470 |
| 14.5. Лечение аффективных расстройств.....   | 473 |
| <b>Глава 15.</b> Невротические, связанные со стрессом и<br>соматоформные расстройства. <i>Александровский Ю.А.</i> ..... | 483 |
| 15.1. Этиологические факторы и механизмы формирования<br>невротических расстройств .....                                 | 483 |
| 15.2. Общие подходы к диагностике и лечению .....  | 486 |

|   |     |
|---|-----|
| 15.3. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, выделяемые в МКБ-10.....                             | 492 |
| 15.3.1. Тревожно-фобические расстройства .....  | 492 |
| 15.3.2. Другие тревожные расстройства .....   | 495 |
| 15.3.3. Обсессивно-компульсивное расстройство .....   | 498 |
| 15.3.4. Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации .....   | 500 |
| 15.3.5. Диссоциативные расстройства .....   | 505 |
| 15.3.6. Соматоформные расстройства .....  | 508 |
| 15.3.7. Другие невротические расстройства.....  | 512 |
| 15.3.8. Социально-стрессовые расстройства.....  | 513 |
| <b>Глава 16.</b> Расстройства личности. <i>Смулевиг А.Б.</i> .....  | 523 |
| <b>Глава 17.</b> Сексуальные расстройства .....   | 563 |
| 17.1. Расстройства половой идентификации.<br><i>Введенский Г.Е.</i> .....   | 563 |
| 17.2. Расстройства сексуального предпочтения.<br><i>Ткаченко А.А.</i> .....   | 570 |
| 17.2.1. Фетишизм .....  | 570 |
| 17.2.2. Фетишистский трансвестизм .....   | 571 |
| 17.2.3. Эксгибиционизм.....   | 571 |
| 17.2.4. Вуайеризм .....   | 571 |
| 17.2.5. Педофилия.....  | 572 |
| 17.2.6. Садомазохизм.....   | 572 |
| 17.3. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими болезнями или нарушениями. <i>Кибрик Н.Д., Ягубов М.И.</i> ..... | 573 |
| <b>Глава 18.</b> Нейросифилис. <i>Тиганов А.С.</i> .....  | 584 |
| <b>Глава 19.</b> Умственная отсталость. <i>Незнанов Н.Г., Макаров И.В.</i> .....  | 594 |
| <b>Предметный указатель</b> .....   | 618 |

# Судебная психиатрия

За последние 15 лет принят ряд федеральных законов, касающихся непосредственно судебно-психиатрической деятельности. Это, прежде всего Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31 мая 2001 г., а также новое кодифицированное законодательство, относящееся к отправлению правосудия по уголовным и гражданским делам, — Уголовный и Уголовно-процессуальный, Гражданский и Гражданский процессуальный кодексы РФ.

Новые федеральные законы потребовали обновления подзаконных нормативно-правовых документов, регламентирующих работу судебного психиатра. Одним из следствий этого стало, в частности, окончательное выделение судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) в самостоятельный вид психиатрической деятельности, опирающейся на собственные организационно-правовые принципы, структуру судебно-экспертных учреждений и особую систему подготовки кадров.

В соответствии со ст. 11 Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» государственные судебно-экспертные учреждения — специализированные учреждения федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. В той же статье указано, что в учреждениях и подразделениях, не относящихся к ведению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, не может быть организована и произведена СПЭ. Согласно ст. 52 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (в редакции от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ), с 1 января 2005 г. СПЭ можно проводить только в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения.

К процессуальному статусу эксперта в законодательстве также предъявлены особые требования. В соответствии со ст. 12 и 13 Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» государственный эксперт — аттестованный работник государственного судебно-экспертного учреждения, производящий судебную экспертизу в порядке исполнения своих должностных обязанностей; гражданин РФ, имеющий выс-



шее профессиональное образование и прошедший последующую подготовку по конкретной экспертной специальности. Данные законодательные требования привели к внесению дополнения в приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ № 337 от 27 августа 1999 г. «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения РФ» о введении новой специальности «Судебно-психиатрическая экспертиза», требующей углублённой подготовки (приказ Минздрава России № 261 от 14 августа 2002 г.).

Таким образом, СПЭ стала самостоятельной отраслью профессиональной деятельности. Специфика судебной психиатрии, обладающей собственным неповторимым предметом, получила юридическое оформление.

Общая психиатрия и производная от неё дисциплина — судебная психиатрия, изучают одни и те же явления — психические расстройства, используют одинаковые методы психиатрического обследования, диагностики, а при необходимости — и лечения, единую классификацию психических заболеваний, единые медицинские термины и понятия. Точнее, судебная психиатрия заимствует из общей психиатрии разработанную систему научных взглядов на психические расстройства и систему практических действий по их обнаружению, профилактике и лечению. Однако задачи, решаемые судебной психиатрией, обуславливают присущие только ей специфические черты. Сказанное относится и к её предмету. Во многих случаях помимо медицинских описаний и квалификаций, принятых в общей психиатрии (например, диагноза психического заболевания), он включает в себя также дополнительную судебно-психиатрическую квалификацию, именуемую судебно-психиатрической оценкой. Судебному психиатру диагноз и другие чисто клинические квалификации заболевания обвиняемого необходимы, но их недостаточно. Судебный психиатр должен использовать дополнительные весьма специфические критерии, характеризующие диагностируемое болезненное состояние. В отличие от общепсихиатрических, судебно-психиатрические критерии психического расстройства отражают такие его особенности, которые, собственно, и делают его юридически значимым в уголовном и гражданском судопроизводстве, обуславливают специфические правовые последствия.

Критерии психических расстройств, по которым производят их судебно-психиатрическую оценку, либо прямо содержатся в законе (в статьях о невменяемости, гражданской недееспособности и т.п.), либо вытекают из него и рассматриваемого судом дела. Эти критерии чаще всего служат для определения глубины (степени) болезненного поражения психических функций человека, которые необходимы ему как субъекту права для самостоятельного совершения юридических действий. Поведение субъекта права должно быть осознанно-регулируемым. Если же психическое расстройство лишает субъекта способности к осознанно-регулируемому

поведению, то совершаемые им юридически значимые поступки не влекут обычных правовых последствий. Одновременно законодательство предусматривает для подобного рода случаев возможность наступления специфических правовых последствий.

Судебная психиатрия изучает психические расстройства с целью оказания содействия правосудию и имеет дело с теми психическими расстройствами, с установлением которых в уголовном или гражданском судопроизводстве законодательство связывает наступление специфических правовых последствий (освобождение от уголовной ответственности, применение принудительных мер медицинского характера, признание сделки недействительной и пр.). Таким образом, *предмет судебной психиатрии составляют психические расстройства, имеющие правовое значение (юридически релевантные психические расстройства) в уголовном и гражданском процессе.*

В большинстве случаев юридически значимые психические расстройства характеризуются двумя группами признаков. Первую составляют чисто медицинские (клинические) критерии, применяемые как в судебной, так и в общей психиатрии: симптомы, синдромы, нозологические формы психических расстройств. Вторую группу используют только судебные психиатры, эти критерии служат основой для так называемой судебно-психиатрической оценки психических расстройств. Эту группу признаков, включающую используемые в праве и судебной психиатрии понятия, именуют юридическими критериями, например юридический критерий невменяемости, юридический критерий гражданско-правовой недееспособности и т.п. Следовательно, различие целей общей и судебной психиатрии обуславливает и различие предметов указанных дисциплин.

СПЭ в наибольшей мере присущи черты, характерные именно для судебно-психиатрической деятельности вообще и отличающие её от общей психиатрии.

Во-первых, СПЭ может быть назначена только в рамках уголовного или гражданского дела и только лицом (органом), ведущим судопроизводство: должностным лицом, ответственным за предварительное расследование (дознателем, следователем, прокурором), а также судьёй (судом), рассматривающим дело по существу на основе представленных доказательств. Иные должностные лица, органы, организации или граждане назначать СПЭ не вправе.

Во-вторых, назначающие экспертизу лица не только принимают решение об её проведении, но также:

- формулируют экспертное задание (в вопросах, поставленных перед экспертами);
- собирают объекты и материалы, подлежащие экспертному исследованию, и предоставляют их экспертам;
- выбирают экспертное учреждение или конкретных экспертов, которым поручают экспертизу;

- оценивают составленное экспертами заключение и в случае согласия с выводами экспертов используют эти выводы для принятия процессуальных решений.

В-третьих, именно эти решения (постановление следователя, определение или приговор суда и пр.) обязательны для всех органов и организаций, должностных лиц и граждан. Эксперты-психиатры не обладают властными полномочиями, а их заключения и выводы — обязательной юридической силой. Юридически ошибочны утверждения о том, что судебные психиатры, признав гражданина невменяемым, освободили его от уголовной ответственности и направили на принудительное лечение. Такими полномочиями наделён только суд. Следователь, прокурор, суд не обязаны безоговорочно руководствоваться экспертным заключением. Они вправе согласиться или не согласиться с экспертными выводами, отвергнуть их как недостоверные, назначить новую экспертизу. Указанные лица обязаны объяснить своё несогласие с экспертными выводами, указав на обстоятельства, по которым экспертное заключение отвергнуто.

В-четвертых, порядок назначения и производства СПЭ установлен процессуальным законодательством — Уголовно-процессуальным кодексом и Гражданско-процессуальным кодексом. При проведении СПЭ нельзя руководствоваться нормами и правилами, регулирующими психиатрическое обследование пациента в общепсихиатрической практике; например, статьями Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», посвящёнными психиатрическому освидетельствованию граждан.

Перечисленные особенности экспертизы наглядно демонстрируют специфику деятельности судебного психиатра. Эта деятельность должна быть направлена на эффективное достижение целей и решение задач, поставленных перед осуществляющими правосудие субъектами, подчинена этим целям и задачам. СПЭ назначает суд (следователь), её проводят для суда (следователя) по правилам, предусмотренным процессуальным законом.

Вместе с тем судебно-психиатрический эксперт — фигура самостоятельная, обладающая профессиональной независимостью, на которую никто не вправе посягать. Только эксперт может решить, какие исследования необходимы для ответа на поставленные перед ним вопросы и какими должны быть ответы. Суд (следователь), поручая психиатрам-экспертам проведение экспертных исследований, не имеет права оказывать на экспертов прямое или косвенное воздействие для получения желательных для него результатов. В частности, при назначении экспертизы следователем и судом недопустимы их указания эксперту, предreshающие ход предстоящих исследований и их результат.

Различают следующие виды СПЭ: амбулаторную, стационарную, в кабинете следователя, в судебном заседании, заочную и посмертную. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки,

что определяет предпочтение, отдаваемое тому или иному виду в каждом конкретном случае.

### 3.1. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

**Невменяемость.** Основа понятия вменяемости субъекта — принцип единства его сознания и деятельности. Сознательным и свободным можно считать выбор человека, основанный на адекватной оценке, учитывающей многообразные объективные обстоятельства и связи, знание своих возможностей, личностных ресурсов, ценностного отношения к самому себе. Возможность лица руководить своими действиями — способность в конкретной ситуации совершать произвольные и осознанные поступки, свобода выбора целей и средств их достижения.

В современном российском законодательстве формула невменяемости изложена в ст. 21 Уголовного кодекса РФ: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики».

Формула невменяемости содержит 2 критерия — медицинский (психиатрический) и юридический (психологический), которые выступают в единстве и определяют невменяемость лица, совершившего общественно опасное деяние.

*Медицинский (психиатрический) критерий* содержит перечень психических патологий, которые могут при наличии юридического критерия исключать вменяемость. Этот критерий сформулирован таким образом, что охватывает все известные формы психических расстройств, патологических состояний, личностных аномалий. Он состоит из четырёх признаков, обоснованность выделения которых многие специалисты подвергают сомнению, поскольку всё многообразие болезненных состояний можно охватить и одним названием «психическое расстройство» (как это сделано в ст. 22 Уголовного кодекса РФ в отношении ограниченной вменяемости; по тому же пути пошло гражданское законодательство, упразднившее существовавшее прежде не имевшее юридической значимости деление медицинского критерия недееспособности). К тому же упомянутые признаки не объединены каким-либо критерием, имеющим правовое или медицинское основание.

Для решения вопроса о вменяемости или невменяемости субъекта недостаточно одного медицинского критерия. Принадлежность психического расстройства к медицинскому критерию

становится возможной только при оценке юридического критерия. Поэтому ведущим, определяющим степень психических расстройств, т.е. вменяемость–невменяемость, критерием считают юридический.

*Юридический (психологический) критерий*, как и медицинский, представляет собой обобщающую характеристику клинических данных о расстройствах психики, но с точки зрения их влияния на психические процессы, задействованные в саморегуляции. Он состоит из двух признаков: интеллектуального — нарушения возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, и волевого — нарушения возможности руководить этими действиями. Наличие двух указанных признаков юридического критерия позволяет анализировать различные стороны психической деятельности испытуемого — его интеллектуальную, мыслительную, эмоционально-волевую функции.

И.А. Кудрявцев, проведя содержательный анализ интеллектуального критерия, считает, что такие термины, как «осознавать» и «свои действия», раскрывают юридически значимые характеристики сознания субъекта правонарушения (1999). Тем самым он подчёркивает наличие у субъекта ограничений в функционировании рефлексивного сознания (рефлексии). Интеллектуальная составляющая подразделена законодателем на два элемента. Первый — **невозможность осознания фактического характера своих действий** — раскрывают как невозможность отражать в сознании в системе культурных значений содержание преимущественно операционального состава своих действий, понимания их как определённые способы и средства для достижения социально значимых целей собственной деятельности с учётом социальных норм, правил, установлений, технологических предписаний и возможностей. Второй элемент — **невозможность осознания общественной опасности своих действий** — характеризует оценочный процесс, обеспечивающий сознательный выбор деяния, и квалифицирует недоступность для восприятия субъектом вреда, приносимого обществу своими действиями, ущерба, причиняемого своим поведением правам и законным интересам других лиц, равно как и возможности наступления вследствие этого неблагоприятных социальных и правовых последствий для самого себя, вытекающих из особенностей (фактического характера) своих действий.

Однако даже способность человека воспринимать поступающую извне информацию, т.е. факты и явления реальной действительности, и его способность руководствоваться осознанным — не одно и то же. Описаны случаи, когда личность сохраняет формальные способности понимать сущность своих действий, зачастую осознаёт их противоправность и неприемлемость для окружающих, однако утрачивает возможность удержаться от своего поступка, т.е. нарушается способность субъекта руководить своими

действиями. В таких случаях в юридическом критерии невменяемости преобладает волевой признак.

И.А. Кудрявцев предлагает содержание понятия «руководить» раскрывать в аспекте саморегуляции как возможность сознательно достигать поставленной цели, выбирать адекватные социальным и правовым нормам способы и средства её достижения, определять последовательность их применения (планировать), на каждом этапе контролировать как отдельное действие, так и поведение в целом, соотнося действия с поставленной целью и нормативными эталонами (1999).

Особое место занимает категория не исключающих вменяемости психических расстройств, учитывающая особенности ограничения произвольности поведения лиц с пограничными формами психической патологии, составляющих до 65% среди признанных вменяемыми. Эти психические нарушения, разнообразные по клиническим признакам, степени выраженности и нозологической природе, имеют ряд общих признаков, например личностный уровень поражения, неглубокие интеллектуальные и аффективные нарушения. Пограничный характер указанных расстройств не исключает возможности таких лиц осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Вместе с тем некоторые особенности личности, наличие нарушений интеллектуальных и эмоционально-волевых функций таких лиц могут сказываться на способах принятия решения и реализации преступных намерений, ограничивать возможности воздержаться от преступного поведения.

Лица с психическими аномалиями нередко проявляют при совершении преступлений интеллектуальную и волевою слабость, которая существенно стесняет свободу личностного выбора, снижает самоконтроль, уменьшает полноту отражения в сознании объективной и субъективной действительности, ухудшает, искажает её восприятие, затрудняет решение проблемных ситуаций. Экспертная оценка таких обвиняемых предусмотрена ст. 22 Уголовного кодекса РФ, которая сформулирована следующим образом. «Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности». Закон подразумевает, что к такому лицу могут быть применены принудительные меры медицинского характера, а сам факт снижения способности контролировать своё поведение может быть учтён при назначении наказания.

Уменьшенная (ограниченная) вменяемость подразумевает наличие медицинского критерия, констатирующего психические расстройства у обвиняемого и частично нарушенную способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (интеллектуальный признак) либо руководить ими (волевой признак).

Клинические варианты психических расстройств, при которых может быть обосновано применение ст. 22 Уголовного кодекса РФ, — острые психические расстройства с лёгкими когнитивными нарушениями и эмоционально-волевыми расстройствами; умственная отсталость в степени умеренно выраженной дебильности; расстройства личности (РЛ); расстройства сексуальных влечений; компульсивный тип влечения при алкоголизме и наркомании. Однако следует учитывать, что данный перечень отражает всего лишь частоту встречаемости тех или иных психических расстройств в судебно-психиатрической практике и не исчерпывает круг возможных диагностических категорий, где данное решение может быть обосновано.

### **3.2. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ**

Конкретные субъективные права и обязанности гражданина в законе связаны с понятием его правоспособности, т.е. способности иметь гражданские права и нести обязанности, возникающей с момента рождения и прекращающейся со смертью (ст. 17 Гражданского кодекса РФ).

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

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

В ст. 29 Гражданского кодекса РФ («Признание гражданина недееспособным») дано определение недееспособности и указаны последствия её установления. «Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека».

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

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

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

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

Медицинский критерий недееспособности может быть сформулирован обобщённо как психическое расстройство с прогностической оценкой. При оценке юридического критерия учитывают его составляющие: интеллектуальную (неспособность понимать значение своих действий, т.е. неспособность к адекватному осмыслению ситуации, нарушение сохранности мнестических и критических функций) и волевою (неспособность



руководить своими действиями, т.е. неспособность к волевому, целенаправленному регулированию своего поведения).

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

Важнейшее место в гражданских процессах занимает СПЭ, посвященная вопросам признания действительной или недействительной гражданской сделки. Согласно ст. 177 Гражданского кодекса РФ, «сделка, совершённая гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент её совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной...». В этой статье не сформулирован медицинский критерий, в ней лишь дано определение состояния гражданина в момент заключения сделки. Такой подход предполагает оценку не только психопатологического, но и психологического или какого-либо иного состояния в момент совершения сделки, в том числе состояния алкогольного опьянения и запоя, а также состояний, обусловленных тяжёлой соматической патологией, и т.п. Для доказывания этих обстоятельств недостаточно свидетельских показаний, должны быть представлены документы, их подтверждающие, а в случае необходимости — назначена экспертиза.

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

Сделкоспособность как правовая категория имеет два существенных отличия от дееспособности:

- во-первых, она характеризует способность лица понимать значение своих действий и руководить ими на определённом ограниченном отрезке времени;
- во-вторых, она имеет отношение к определённому конкретному гражданскому акту — совершению сделки, и в этом смысле сравнима с понятием вменяемости в уголовном процессе.

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

Порок воли — возникшее у субъекта гражданско-правовых отношений (вследствие особого состояния, либо неправильного представления о цели деятельности, либо ограничения свободы принятия решения) нарушение способности к свободному выражению своего подлинного желания, намерения (осознанной цели) на установление, изменение или прекращение определённых

ного права. Предмет экспертизы порока воли — установление способности субъекта гражданско-правовых отношений в период совершения сделки свободно и осознанно определять цель и принимать решение по её достижению, влекущее изменение его прав (в том числе их возникновение и прекращение), а также способности руководить действиями по реализации этого решения.

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

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

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

дений об особенностях течения заболевания (прогредиентное, регредиентное или др.).

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