

Модели судебно-психиатрической экспертной оценки

Д.Н. Корзун, А.А. Ткаченко,
Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского

Резюме. Проанализированы повторные судебно-психиатрические экспертизы по гражданским делам об определении дееспособности гражданина и признании сделки недействительной. Выделены модели обоснования экспертных выводов. Показана предпочтительность выбора моделей экспертной оценки в зависимости от диагноза психического расстройства. Обоснована необходимость совмещения экспертных подходов с дополнением их синдромальным анализом.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, гражданский процесс, дееспособность, сделкоспособность, синдром.

Models of a forensic psychiatric expert examination

D.N. Korzun, A.A. Tkachenko
The Serbsky State Research Centre of Social and Forensic Psychiatry

Summary. Repeated judicial and psychiatric examinations on civil cases on determination of capacity of the citizen and recognition the transaction as a void one were analyzed. Models of conclusions expert justification are allocated. Preference of the choice of models of an expert assessment depending on the diagnosis of a mental disorder is shown. Need of combination of expert approaches and addition of their analysis of syndromes is proved.

Keywords: forensic psychiatric expert examination, civil proceedings, capacity, capacity to make transactions, syndrome.

Деятельность судебно-психиатрического эксперта жестко регламентируется нормами действующего законодательства. В частности, в соответствии со ст. 11 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» государственные судебно-экспертные учреждения одного и того же профиля осуществляют деятельность по организации и производству судебно-экспертных на основе единого научно-методического подхода к экспертной практике, профессиональной подготовке и специализации экспертов. В соответствии со ст. 8 указанного Закона заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных. В связи с указанными законодательными требованиями унификация экспертных подходов является одной из актуальных задач, стоящих перед судебной психиатрией.

На сегодняшний день наименее разработанной остается методология судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) в гражданском процессе. В первую очередь это связано с меняющейся законодательной базой и пересмотром правовой категории недееспособности. В действующий Федеральный закон РФ № 3185-1 от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (ред. от 06.04.2011 г.), Гражданский процессуальный кодекс РФ от 14 ноября 2002 г. № 138-ФЗ (ред. от 14.11.2011 г.) уже внесены изменения, значительно расширяющие права недееспособных граждан. В настоящее время граждане, признанные судом недееспособными, госпита-

лизируются в психиатрический стационар в том же порядке, что и не лишённые дееспособности. Недееспособные граждане получили возможность отстаивать свои интересы в суде. Более того, Постановлением Конституционного суда РФ от 27 июня 2012 г. законодательные нормы, регламентирующие основания признания гражданина недееспособным, признаны несоответствующими Конституции Российской Федерации. Вытекающие из этих законодательных новаций повышенные требования к обоснованности дифференцированных экспертных решений делают особенно актуальной проблему выбора экспертами той или иной модели диагностики психических расстройств: категориальной либо операциональной [2].

В последние годы отмечается существенный рост интереса отечественных исследователей к проблемам судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. Между тем существующие научные разработки касаются лишь отдельных направлений СПЭ [1, 3] и не решают общих методологических проблем. Подходы иностранных авторов к оценке «завещательной дееспособности», возможности большого принимать юридически значимые решения [9, 10, 11, 12, 13] опираются на законодательные нормы, существенно отличающиеся от отечественных. Кроме того, в значительной мере критерии оценки ориентированы на стандартизированные опросники, возможность использования которых в судебной психиатрии весьма ограничена. Поэтому результаты исследования зарубежных авторов нуждаются, как минимум, в серьезной адаптации к потребностям СПЭ в гражданском процессе.

Целью настоящего исследования явилось установление роли различных экспертных подходов в возникновении расхождений экспертных решений.

Проанализированы 236 повторных СПЭ: 92 наблюдения по определению дееспособности граждан, 144 — по гражданским делам о признании сделки недействительной, из которых 72 — очные СПЭ и 72 — посмертные. В 118 наблюдениях СПЭ проводилась мужчинам, в таком же числе наблюдений — женщинам. Распределение обследованных по диагнозам было следующим: 28,81 % составили больные с различными формами шизофрении, 46,61 % — с органическими психическими расстройствами (в т. ч. органическим расстройством личности — 26,69 %, деменцией и органическим эмоционально лабильным расстройством — по 8,47 %, органическим бредовым (шизофреноподобным) расстройством — 2,98 %, 5,08 % — с синдромом зависимости от ПАВ, 4,67 % — с умственной отсталостью, 14,83 % пришлось на долю прочих наблюдений (расстройства личности, аффективные расстройства, неуточненные психические расстройства, психически здоровые).

Основными методами исследования были клиничко-психопатологический и статистический. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью программы Statistika 6.0. Оценка достоверности сравниваемых показателей осуществлялась с использованием критерия Фишера. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Для исследования взаимосвязи между исходными признаками в группах больных с совпадением и расхождением экспертного решения использован коэффициент Спирмена.

Проведенный анализ выявил, что экспертное заключение первичной СПЭ было подтверждено лишь в 30,08 % наблюдений, во всех остальных случаях отмечались расхождения экспертных решений. В 23,72 % наблюдений категоричный экспертный вывод был пересмотрен на противоположный, в 7,63 % наблюдений в ходе первичной либо повторной СПЭ было вынесено вероятностное заключение, в остальных случаях (38,57 %) первичной либо повторной экспертизой было вынесено заключение о невозможности решения экспертных вопросов.

Все причины расхождений экспертных решений были разделены на пять групп: 1) связанные с различными экспертными подходами; 2) определявшиеся разным объемом экспертно значимой информации, которой располагали эксперты при первичной и повторной СПЭ; 3) обусловленные сложностью клинической квалификации психического состояния подэкспертного; 4) связанные с нарушением пределов профессиональной компетенции; 5) обусловленные недостаточной полнотой экспертного исследования. В настоящем сообщении рассматриваются только причины, связанные с различными экспертными подходами.

На основании анализа аргументации экспертных выводов и статистической обработки матери-

ала выделены модели, используемые при обосновании экспертного заключения.

Первая модель — **дискретная**. Экспертный вывод о дееспособности (делкоспособности) обосновывается непосредственно диагнозом психического расстройства, например: «...указанное психическое расстройство лишает (либо не лишает) подэкспертного способности понимать значение своих действий и руководить ими». В основе дискретной модели лежат представления о четких границах между отдельными психическими расстройствами. При этом установление диагноза определенного психического расстройства предполагает однозначный экспертный вывод о способности либо неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими. Использование данной модели опирается на традиционные представления о разделении психических расстройств на невротический и психотический уровень патологии, дементные и недементные формы [6]. Акценты экспертного исследования при этой модели смещаются в сторону обоснования диагноза психического расстройства. Дискретная модель на примере органических психических расстройств представлена на рис. 1.

Вторая модель — **полисимптомная**. Она предполагает обоснование экспертного вывода набора симптомов психического расстройства непосредственно, либо с приведением составляющих юридического критерия (понимание существа, правовых и социальных последствий юридически значимых событий, нарушение регуляции поведения) делкоспособности и дееспособности. В общем виде экспертный вывод формулируется следующим образом: «...имеющиеся расстройства (снижение памяти, интеллекта, лабильность аффекта, сниженное настроение и пр.) лишают (либо не лишают) подэкспертного способности понимать значение своих действий и руководить ими». В основе полисимптомной модели лежат представления о симптомах психических расстройств как относительно независимых размерностях, что соотносится с обсуждаемой в литературе мультидименсиональной моделью психических расстройств [4]. Акценты экспертного исследования смещаются в сторону выявления набора симптомов расстройства и установления влияния каждого из них на интеллектуальный и волевой компоненты юридического критерия. В целом же полисимптомная модель (рис. 2) ориентирована на операциональный принцип диагностики МКБ-10.

При первичной СПЭ предпочтение отдавалось дискретной модели диагностики (43,2 %), на долю полисимптомной пришлось 24,6 % ($p < 0,01$). При повторной СПЭ соотношение между категориальной и полисимптомной моделью обоснования заключений было обратным. На долю дискретной модели пришлось 19,1 % наблюдений, на долю полисимптомной — 58,9 % ($p < 0,01$). В целом же смена моделей обоснования экспертных выводов отмечена в 45,14 % наблюдений. При сопоставлении с нозологическими категориями выявлены силь-

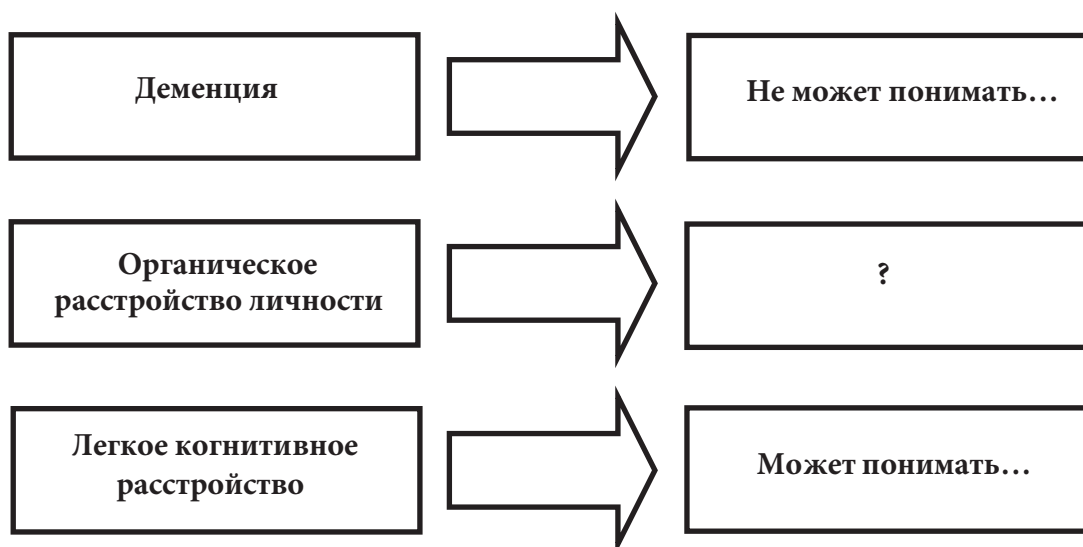


Рис. 1. Дискретная модель обоснования экспертного решения.



Рис. 2. Полисимптомная модель обоснования экспертного решения.

ные корреляционные зависимости между сменой моделей обоснования выводов и расхождением экспертных решений в подгруппах больных шизофренией и органическим расстройством личности (R_{sp} по модулю более 0,5). Таким образом, выбор дискретной модели при экспертной оценке шизофрении и органического расстройства личности является неоправданным.

Полученные данные показывают, что дискретная модель не отвечает клиническим реалиям, а именно — не учитывает континуальность психических нарушений с постепенным переходом от легких к более выраженным и тяжелым. Дискретная модель не решает целого ряда проблем, возникающих при оценке пограничной с экспертной точки зрения психической патологии: органического расстройства личности, негативной симптоматики в состоянии ремиссии у больных шизофренией и пр., при наличии которой возможны различные экспертные заключения в зависимости от выраженности негативных расстройств, ситуативных факторов, уровня сложности анализируемой юридически значимой ситуации, индивидуально-психологических особенностей

лица. Поэтому дискретная экспертная модель может применяться только в случае диагностики психических расстройств, которые предполагают однозначный экспертный вывод. Нетяжелые психические нарушения, например органическое эмоционально лабильное расстройство, предполагают однозначный экспертный вывод о дееспособности и сделкоспособности лица. Наоборот, грубые психические нарушения (деменция, шизофрения со стойким параноидным синдромом и др.) определяют экспертный вывод о недееспособности и несделкоспособности подэкспертного. В целом же причина необоснованного выбора дискретной модели заключается в недоучете синдромальных характеристик психического расстройства — ведущего психопатологического синдрома.

Однако дискретная модель не может быть отвергнута как несостоятельная, поскольку в «однозначных» с точки зрения экспертной оценки наблюдениях обеспечивает достаточную надежность и воспроизводимость. В условиях недостатка информации, преобладания квалифицирующих характеристик психического состояния над описательными дискретная модель может являть-

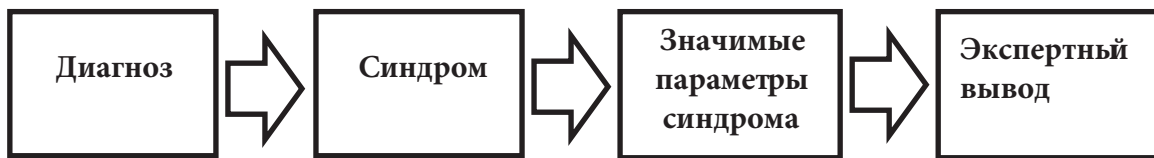


Рис. 3. Синдромальная модель обоснования экспертного решения.

ся единственным инструментом преодоления нерезультативности экспертного исследования, что особенно значимо при производстве посмертной СПЭ. При этом необходимо сделать оговорку, что возможность вынесения экспертного заключения (вероятностного либо категоричного) определяется всей совокупностью представленных на экспертизу данных, прямо или косвенно характеризующих психическое состояние, их внутренней непротиворечивостью.

При большей универсальности и воспроизводимости полисимптомная модель обоснования экспертных выводов также не лишена недочетов. Основной ее недостаток заключается в игнорировании внутренних взаимосвязей между симптомами в рамках психопатологического синдрома. Пересмотр первоначального категоричного экспертного вывода в сторону заключения о невозможности решения экспертных вопросов в 35,7 % наблюдений (от числа вторично нерешенных случаев) был связан с использованием полисимптомной модели. При этом недоучет закономерностей синдрообразования обусловил неправомерную трактовку динамики психического расстройства с выводом о невозможности решения экспертных вопросов в связи с «противоречивостью данных» либо «невозполнимой недостаточностью описания психического состояния».

Третья модель обоснования экспертного заключения — *синдромальная* — использовалась лишь в единичных наблюдениях. Более того, сам термин «синдром» при обосновании экспертного вывода упоминается лишь в 4,7 % наблюдений. Между тем, основополагающая роль синдромального подхода убедительно показана в научных исследованиях, посвященных дееспособности [1, 7]. Не менее важна оценка закономерностей синдрообразования для определения прогноза психического расстройства [5, 8], что приобретает особую значимость при экспертизе дееспособности.

При синдромальной модели обоснования экспертных выводов (рис. 3) ключевым клиническим аргументом в пользу выносимого экспертного решения становится ведущий психопатоло-

гический синдром. Нозологическая форма позволяет судить о динамике ведущего синдрома как в ретроспективном плане, так и прогностически. На этапе соотношения с юридическим критерием оцениваются значимые параметры синдрома: качественные — продуктивные (бредовые, галлюцинаторные, аффективные), негативные (интеллектуально-мнестические, нарушения мышления, воли) и динамические (характер течения, стойкость/обратимость). Кратким вариантом обоснования экспертного вывода с использованием синдромальной модели может являться следующий: «...имеющееся у подэкспертного психическое расстройство, характеризующееся стойким параноидным синдромом с бредом преследования, воздействия, определяющим характер принимаемых им решений в юридически значимых ситуациях, лишает его способности понимать значение своих действий и руководить ими».

Синдромальная модель лишена недостатков дискретной и полисимптомной моделей. Необходимость синдромальной квалификации психического состояния страхует от неправомерного расширения критериев недееспособности и неадекватности, что не исключается при использовании дискретной модели. В отличие от полисимптомной модели, анализ закономерностей синдрообразования позволяет заполнить информационные лакуны [7] при недостаточности описаний психического состояния и прийти к определенному экспертному выводу.

Таким образом, синдромальная модель обоснования экспертных выводов не только совмещает в себе дискретную и полисимптомную модели, но и лишена их недостатков, а потому является приоритетной при производстве судебно-психиатрических экспертиз. Использование синдромальной модели позволит не только вплотную приблизиться к выполнению законодательного требования по унификации экспертных подходов, но и повысить обоснованность экспертных выводов, что будет способствовать значительному сокращению числа расхождений при производстве повторных СПЭ.

Литература

1. Королева Е.В. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у лиц, совершивших сделки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва. — 2010. — 42 с.
2. Крылов В.И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза) // Психиатрия и психофармакология. — 2011. — Т. 13. — № 4. — С. 9–13.
3. Малкин Д.А. Экспертная оценка психического состояния лиц, совершивших сделки, в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы: Автореф.

- дис. ... канд. мед. наук. — Москва. — 2004. — 24 с.
4. Смуглевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2005. — Т. 7. — № 4. — С. 3.
 5. Тиганов А.С. Аффективные расстройства и синдромообразование // Материалы научно-практической конференции с международным участием 7—8 апреля 1998 г. М.: Научный центр психического здоровья РАМН. — 1998. — С. 78—81.
 6. Руководство по судебной психиатрии // Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. М.: Медицина. — С. 369—374.
 7. Руководство по судебной психиатрии // Под ред. А.А. Ткаченко. М.: Издательство Юрайт. — 2012. — 960 с.
 8. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование // Под ред. А.В. Снежневского. — М., Медицина. — 1972. — 398 с.
 9. Appelbaum P. S. Assessment of Patients Competence to Consent to Treatment // *New England Journal of Medicine*. — 2007. — Vol. 357. — P. 1834—1840.
 10. Cording C. The assessment of (in) competence to make a will // *Forsch. Neurol. Psychiatr.* — 2004. — Vol. 72. — № 3. — P. 147—159.
 11. Palmer K., Wang H.-X., Backman L. et al. Differential evolution of cognitive impairment in nondemented older persons // *American Journal of Psychiatry*. — 2002. — Vol. 159. — № 6. — P. 436—442.
 12. Roth H.L., Meisel A., Lindz C.W. Test of Competency to Consent to Treatment // *American Journal of Psychiatry*. — 2000. — Vol. 139. — № 2. — P. 249—284.
 13. Shulman K.I., Cohen C.A., Hull I. Psychiatric issue in retrospective challenges of testamentary capacity // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. — 2005. — Vol. 20. — № 1. — P. 63—69.

Сведения об авторах

Ткаченко Андрей Анатольевич — д. м. н., профессор, руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России. E-mail: tkatchenko_gnc@mail.ru

Корзун Дмитрий Николаевич — к. м. н., старший научный сотрудник отделения эндогенных психозов отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России. E-mail: dnk-k@yandex.ru