

РУКОВОДСТВО ПО СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Том 2

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Под редакцией **А. А. Ткаченко**

4-е издание, переработанное и дополненное

Книга доступна на образовательной платформе «Юрайт» urait.ru,
а также в мобильном приложении «Юрайт.Библиотека»

Москва ■ Юрайт ■ 2021

УДК 616.8
ББК 56.14
P85

Ответственный редактор:

Ткаченко Андрей Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского, профессор кафедры социальной и судебной психиатрии Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова.

Руководство по судебной психиатрии. В 2 томах. Т. 2 : практическое пособие / А. А. Ткаченко [и др.] ; под редакцией А. А. Ткаченко. — 4-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2021. — 434 с. — (Профессиональная практика). — Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-534-13369-1 (т. 2)

ISBN 978-5-534-14495-6

Руководство, подготовленное ведущими специалистами Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского, отражает основные направления судебной психиатрии как особой отрасли знаний. С современных позиций рассмотрен весь круг вопросов, связанных с предметом судебной психиатрии. Детально освещаются общетеоретические, логико-методологические и организационно-методические основы судебно-психиатрической деятельности. Разбираются виды судебно-психиатрической экспертизы и комплексные экспертные исследования, в том числе их относительно новые варианты, в уголовном и гражданском процессах в отношении широкого спектра психических нарушений. Представлены основы профилактики общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами, в том числе принудительных мер медицинского характера, а также оказания психиатрической помощи в пенитенциарных учреждениях.

УДК 616.8

ББК 56.14

Разыскиваем правообладателей и наследников Вострокнутова Н. В.:

<https://www.urait.ru/inform>

Пожалуйста, обратитесь в Отдел договорной работы:

+7 (495) 744-00-12; e-mail: expert@urait.ru

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978-5-534-13369-1 (т. 2)

ISBN 978-5-534-14495-6

© Коллектив авторов, 2017

© Коллектив авторов, 2021,
с изменениями

© ООО «Издательство Юрайт», 2021

Оглавление

Коллектив авторов	7
Список сокращений	9

Часть III

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Глава 19. Правовые и методологические аспекты судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе.....	15
19.1. Правовые и методологические аспекты экспертизы по определению недееспособности (ст. 29 ГК).....	15
19.2. Правовые и методологические аспекты экспертизы по ограничению дееспособности	32
19.3. Правовые и методологические аспекты экспертизы по определению способности лица понимать значение своих действий и руководить ими при совершении сделок (ст. 177 ГК).....	36
19.4. Формы экспертных заключений	41
<i>Литература</i>	44
Глава 20. Принципы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе при различных психических расстройствах.....	47
20.1. Судебно-психиатрическая экспертиза по гражданским делам о признании лица недееспособным с установлением опеки	47
20.1.1. Критерии применения ст. 29 ГК при шизофрении	47
20.1.2. Критерии применения ст. 29 ГК при органических психических расстройствах	50
20.2. Судебно-психиатрическая экспертиза по признанию сделки недействительной	54
20.2.1. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с органическими психическими расстройствами	54
20.2.2. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, страдающих шизофренией.....	62
20.2.3. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с синдромом зависимости от алкоголя	65
20.2.4. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с аффективными расстройствами.....	69
20.2.5. Посмертные судебно-психиатрические экспертизы в гражданском процессе.....	73

20.2.6. Комплексные психолого-психиатрические экспертизы по делам о признании сделки недействительной.....	80
<i>Литература</i>	82
Глава 21. Судебно-психиатрическая экспертиза по делам защиты детей	84
21.1. Судебно-психиатрическая экспертиза по делам защиты детей, подвергающихся жестокому обращению и насильственным действиям	85
21.2. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам защиты детей при семейных спорах о воспитании детей, разрешаемых в судебном порядке	92
21.3. Специфичность КСППЭ при семейно-правовых спорах, связанных с воспитанием детей после расторжения брака	95
21.4. Социально-психологические условия риска развития психических расстройств у ребенка и типология психических расстройств при семейных стрессах, связанных с судебными семейными спорами	98
21.5. Юридически значимые обстоятельства гражданского дела, нуждающиеся в психолого-психиатрической оценке	102
21.6. Типовые ситуации в судебных спорах о порядке воспитания и определении места жительства ребенка при раздельном проживании родителей, экспертные модели КСППЭ.....	109
<i>Литература</i>	114
Глава 22. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе по делам о компенсации вреда здоровью	115
<i>Литература</i>	119
 Часть IV КОМПЛЕКСНЫЕ ЭКСПЕРТИЗЫ 	
Глава 23. Теоретические, методологические и организационно-правовые основы комплексных судебно-психиатрических экспертиз	123
<i>Литература</i>	142
Глава 24. Судебная психология и комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза	144
24.1. Методологические основы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.....	144
24.2. Предметные виды комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессах	154
24.2.1. Предметные виды КСППЭ в уголовном процессе	155
24.2.2. Предметные виды КСППЭ в гражданском процессе.....	171
24.3. Модели интеграции судебно-психологических и судебно-психиатрических знаний.....	178
<i>Литература</i>	182

Глава 25. Судебная сексология и комплексные сексолого-психиатрические экспертизы.....	185
25.1. Предмет судебной сексологии и сексолого-психиатрической экспертизы	185
25.2. Предметные виды сексологических и сексолого-психиатрических экспертиз	190
<i>Литература</i>	197

Часть V

ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Глава 26. Общественная опасность лиц с психическими расстройствами и факторы, оказывающие влияние на ее формирование	201
<i>Литература</i>	210
Глава 27. Психопатологические механизмы общественно опасных действий больных с психическими расстройствами	213
27.1. Продуктивно-психотические механизмы общественно опасных действий	215
27.1.1. Общественно опасные действия с бредовой мотивацией	215
27.1.2. Общественно опасные действия без бредовой мотивации.....	218
27.2. Негативно-личностные механизмы общественно опасных действий.....	220
27.2.1. Ситуационно спровоцированные действия	220
27.2.2. Инициативные действия.....	221
<i>Литература</i>	225
Глава 28. Оценка вероятности совершения общественно опасных действий лицами с психическими расстройствами ...	227
<i>Литература</i>	243
Глава 29. Система профилактики общественно опасных действий психически больных	247
<i>Литература</i>	259
Глава 30. Правовые и методические основы применения принудительных мер медицинского характера.....	261
<i>Литература</i>	281
Глава 31. Профилактика общественно опасных действий психически больных во внебольничных условиях.....	283
<i>Литература</i>	305
Глава 32. Этапы стационарного принудительного лечения и типология больных	308
<i>Литература</i>	316

Глава 33. Основные принципы принудительного лечения и оценки общественной опасности психически больных, совершивших сексуальные правонарушения	317
<i>Литература</i>	<i>329</i>

Глава 34. Организационные и методические аспекты деятельности клинических психологов, участвующих в лечебно-реабилитационных мероприятиях во время принудительного лечения психически больных лиц	330
34.1. Цели лечебно-реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения в психиатрическом стационаре.....	330
34.2. Организационные формы психосоциальной терапии во время принудительного лечения.....	333
34.3. Формы работы клинических психологов во время принудительного лечения	336
34.3.1. Принципы осуществления психодиагностической деятельности на этапе принудительного лечения психически больных.....	336
34.3.2. Измерение рисков.....	340
34.3.3. Функциональный диагноз	347
34.3.4. Определение успешности психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий во время принудительного лечения	349
34.4. Средства психодиагностики, используемые в практике принудительного лечения	353
34.5. Реабилитационные мероприятия	355
34.5.1. Общие и специфические принципы проведения психотерапии и психокоррекции во время принудительного лечения	355
34.5.2. Виды и направленность психокоррекционной работы во время принудительного лечения.....	357
34.6. Психологическая концепция и модель профилактики общественно опасных действий при проведении принудительного лечения психически больных	359
<i>Литература</i>	<i>366</i>

Часть VI

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Глава 35. Организационные и правовые основы психиатрической службы в уголовно-исполнительной системе России	375
<i>Литература</i>	<i>405</i>

Глава 36. Исполнение принудительных мер медицинского характера в уголовно-исполнительной системе России	409
<i>Литература</i>	<i>431</i>

Новые издания по дисциплине «Судебная психиатрия» и другим смежным дисциплинам	434
---	------------

Коллектив авторов

Булыгина Вера Геннадьевна — доктор психологических наук, руководитель лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П. Сербского» Минздрава России — гл. 34;

Введенский Георгий Евгеньевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории судебной сексологии ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П. Сербского» Минздрава России — гл. 25 и 33 (в соавт. с А. А. Ткаченко);

Вострокнутов Николай Васильевич — доктор медицинских наук, профессор — гл. 21 (в соавт. с Ф. С. Сафуановым и Н. К. Харитоновой);

Дмитриев Андрей Сергеевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения по разработке принципов лечения в судебной психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П. Сербского» Минздрава России — гл. 32 (в соавт. с В. П. Котовым и М. М. Мальцевой);

Королева Евгения Васильевна — доктор медицинских наук — гл. 19, 20 и 22 (в соавт. с Н. К. Харитоновой);

Котов Вячеслав Павлович, доктор медицинских наук, профессор — гл. 26 (в соавт. с О. А. Макушкиной и М. М. Мальцевой); гл. 29 (в соавт. с О. А. Макушкиной); гл. 30 (в соавт. с О. А. Макушкиной и М. М. Мальцевой); гл. 31 (в соавт. с О. А. Макушкиной, М. М. Мальцевой); гл. 32 (в соавт. с А. С. Дмитриевым и М. М. Мальцевой);

Макушкина Оксана Анатольевна — доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П. Сербского» Минздрава России — гл. 26 (в соавт. с В. П. Котовым и М. М. Мальцевой); гл. 28 (в соавт. с С. В. Полубинской); гл. 29 (в соавт. с В. П. Котовым); гл. 30 (в соавт. с В. П. Котовым и М. М. Мальцевой); гл. 31 (в соавт. с В. П. Котовым, М. М. Мальцевой); гл. 35 (в соавт. с А. А. Ореховым и Э. В. Степановой); гл. 36 (в соавт. с Э. В. Степановой);

Мальцева Майя Михайловна — доктор медицинских наук, профессор — гл. 26 (в соавт. с В. П. Котовым и О. А. Макушкиной); гл. 27; гл. 30 (в соавт. с В. П. Котовым и О. А. Макушкиной); гл. 31 (в соавт. с В. П. Котовым, О. А. Макушкиной); гл. 32 (в соавт. с А. С. Дмитриевым и В. П. Котовым);

Орехов Андрей Анатольевич — кандидат медицинских наук, главный психиатр-нарколог Отдела обеспечения лечебной работы, контроля качества медицинской деятельности и организации медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным Управления медико-санитарного обеспечения ФСИН России, полковник внутренней службы — гл. 35 (в соавт. с О. А. Макушкиной и Э. В. Степановой);

Полубинская Светлана Вениаминовна — кандидат юридических наук, ведущий научный сотрудник Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П. Сербского» Минздрава России — гл. 28 (в соавт. с О. А. Макушкиной);

Русаковская Ольга Алексеевна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П. Сербского» Минздрава России — п. 21.1, п. 21.4 (в соавт. с Н. В. Вострокнutowым, Н. К. Харитоновой и Ф. С. Сафуановым);

Сафуанов Фарит Суфиянович — доктор психологических наук, профессор, руководитель лаборатории судебной психологии ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П. Сербского» Минздрава России — гл. 20 (п. 20.2.6 (в соавт. с Е. В. Королевой и Н. К. Харитоновой)); гл. 21 (в соавт. с Н. В. Вострокнutowым и Н. К. Харитоновой); гл. 24;

Степанова Эльвира Вячеславовна — кандидат медицинских наук, заместитель начальника Отдела обеспечения лечебной работы, контроля качества медицинской деятельности и организации медицинской помощи подозреваемым, обвиняемым и осужденным Управления медико-санитарного обеспечения ФСИН России, полковник внутренней службы — гл. 35 (в соавт. с О. А. Макушкиной и А. А. Ореховым); гл. 36 (в соавт. с О. А. Макушкиной);

Ткаченко Андрей Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П. Сербского» Минздрава России; профессор кафедры социальной и судебной психиатрии Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России — гл. 23; гл. 25 и 33 (в соавт. с Г. Е. Введенским);

Харитоновна Наталия Константиновна — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П. Сербского» Минздрава России — гл. 19, 20 и 22 (в соавт. с Е. В. Королевой); гл. 21 (в соавт. с Н. В. Вострокнutowым и Ф. С. Сафуановым).

Список сокращений

1. Нормативные правовые акты

Конституция — Конституция Российской Федерации принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020 (с поправками от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, 05.02.2014 № 2-ФКЗ, 21.07.2014 № 11-ФКЗ, 14.03.2020 № 1-ФКЗ)

ГК — Гражданский кодекс Российской Федерации: часть первая от 30.11.1994 № 51-ФЗ; часть вторая от 26.01.1996 № 14-ФЗ; часть третья от 26.11.2001 № 146-ФЗ; часть четвертая от 18.12.2006 № 230-ФЗ

ГПК — Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 № 138-ФЗ

СК — Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ

УИК — Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 08.01.1997 № 1-ФЗ

УК — Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ

УПК — Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ

Закон о психиатрической помощи — Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Закон о ГСЭД — Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»

Закон об основах охраны здоровья — Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Постановление от 06.02.2004 № 54 — постановление Правительства РФ от 06.02.2004 № 54 «О медицинском освидетельствовании осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью»

Приказ Минздрава России и МВД России от 30.04.1997 № 133/269 — приказ Минздрава России и МВД России от 30.04.1997 № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами»

ППВС от 27.05.1998 № 10 — постановление Пленума Верховного Суда РФ от 27.05.1998 № 10 «О применении судами законодательства при разрешении споров, связанных с воспитанием детей»

ППВС от 04.12.2014 № 16 — постановление Пленума Верховного Суда РФ от 04.12.2014 № 16 «О судебной практике по делам о преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности»

2. Органы власти

ВС РФ (СССР) — Верховный Суд Российской Федерации (Союза Советских Социалистических Республик)

КС РФ — Конституционный Суд Российской Федерации

МВД России — Министерство внутренних дел Российской Федерации

Минздрав России (СССР) — Министерство здравоохранения Российской Федерации (Союза Советских Социалистических Республик)

Минздравсоцразвития России — Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Минобороны России — Министерство обороны Российской Федерации

Минобрнауки России — Министерство образования и науки Российской Федерации

Минюст России — Министерство юстиции Российской Федерации

МСЧ ФСИН России — Федеральные казенные учреждения здравоохранения «Медико-санитарные части Федеральной службы исполнения наказаний»

Росздравнадзор — Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития

Росстат — Федеральная служба государственной статистики

ФСИН России — Федеральная служба исполнения наказаний

ФСКН России — Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков

3. Прочие сокращения

АДН — активное диспансерное наблюдение

АПНЛ — амбулаторное принудительное наблюдение и лечение

ВВЭ — военно-врачебная экспертиза

ВВК — военно-врачебная комиссия

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

НМИЦ ПН им. В. П. Сербского — Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского

ИПР — индивидуальная программа реабилитации

КСППЭ — комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза

КССПЭ — комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза

ЛПУ — лечебное психиатрическое учреждение

ООД — общественно опасное деяние

ОПР — органические психические расстройства

ПАВ — психоактивные вещества

ПЛ — принудительное лечение

ПММХ — принудительные меры медицинского характера

ПНД — психоневрологический диспансер

ПБСТИН — психиатрические больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением

ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство

СИЗО — следственный изолятор

СПЭ — судебно-психиатрическая экспертиза

СПЭУ — судебно-психиатрическое экспертное учреждение

СЭУ — судебно-экспертное учреждение

УИС — уголовно-исполнительная система

УПД — уголовно-процессуальная дееспособность

ЧМТ — черепно-мозговая травма

ЦНС — центральная нервная система

ЭЭГ — электроэнцефалограмма

Часть III
СУДЕБНО-
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ
ЭКСПЕРТИЗА
В ГРАЖДАНСКОМ
ПРОЦЕССЕ



Глава 19

ПРАВОВЫЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

19.1. Правовые и методологические аспекты экспертизы по определению недееспособности (ст. 29 ГК)

В современных условиях отмечается особое внимание к правам человека, в том числе и к лицам с психическими расстройствами, в отношении которых судом решается вопрос о признании их недееспособными. Воспользоваться своими правами возможно при условии свободного волеизъявления, не ограниченного болезненными нарушениями психической деятельности, при определенной психической сохранности личности. Исходя из этого законодатель в качестве условия, при котором возможна разумная правовая деятельность, определяет психическое состояние лица, позволяющее понимать значение своих действий и руководить ими.

Возможность возникновения конкретных субъективных прав и обязанностей у гражданина в законе определяется понятием правоспособности. Согласно ст. 17 ГК правоспособность гражданина расценивается как способность иметь гражданские права и нести обязанности и признается в равной мере за всеми гражданами, возникает с момента рождения гражданина и прекращается смертью.

Гражданский кодекс 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. Хотя правоспособность и возникает с момента рождения, она приобретает не от природы, а в силу закона, т.е. представляет собой общественно-юридическое свойство, определенную юридическую возможность. Гражданская правоспособность отличается от других общественных прав своим содержанием и назначением. Она призвана обеспечить каждому гражданину юридическую возможность приобретать конкретные

права и обязанности, используя которые он может удовлетворить свои потребности, реализовать свои интересы. Кроме того, правоспособность находится в тесной связи с личностью, поскольку закон не допускает ее отчуждения или передачи другому лицу. Содержание правоспособности составляют не сами права, а юридическая возможность их иметь, т.е. не обязательно иметь эти права в конкретном случае.

Как следует из ст. 18 ГК, регламентирующей содержание правоспособности, граждане могут иметь имущество на праве собственности; наследовать и завещать имущество; заниматься предпринимательской и любой иной, не запрещенной законом деятельностью; создавать юридические лица самостоятельно или совместно с другими гражданами и юридическими лицами; совершать любые, не противоречащие закону, сделки и участвовать в обязательствах; избирать место жительства; иметь права авторов произведений науки, литературы и искусства, изобретений и иных охраняемых законом результатов интеллектуальной деятельности; иметь иные имущественные и личные неимущественные права.

Способом осуществления правоспособности является дееспособность. Как очевидно из ст. 21 ГК, дееспособность гражданина представляет собой способность своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность) и возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, т.е. по достижении 18-летнего возраста.

Значимость дееспособности как своеобразного субъективного права определяется тем, что юридически обеспечивает свободу, «суверенитет» и активное участие личности в реализации своих имущественных прав, в первую очередь права собственности, а также личных неимущественных прав. По мнению юристов, содержание дееспособности граждан тесно связано с содержанием правоспособности. Если содержание правоспособности составляют права и обязанности, которые физическое лицо может иметь, то содержание дееспособности характеризуется способностью лица эти права и обязанности приобретать и осуществлять собственными действиями. Поэтому дееспособность есть предоставленная гражданам законом возможность реализации своей правоспособности собственными действиями. Эта возможность не может быть одинаковой для всех, она имеет определенные ограничения. Для того чтобы осуществлять свои права собственными действиями, надо разумно рассуждать, понимать смысл норм права, сознавать последствия своих действий, иметь жизненный опыт. Указанные качества зависят от возраста граждан, их психического здоровья.

Статья 29 ГК регламентирует основания признания гражданина недееспособным. Согласно данной статье 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. От имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун, учитывая мнение такого гражданина, а при невозможности установления его мнения — с учетом информации о его предпочтениях, полученной от родителей такого гражданина, его прежних опекунов, иных лиц, оказывавших такому гражданину услуги и добросовестно исполнявших свои обязанности. При развитии способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц суд признает такого гражданина ограниченно дееспособным в соответствии с п. 2 ст. 30 ГК. При восстановлении способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить, ими суд признает его дееспособным. На основании решения суда отменяется установленная над гражданином опека, и в случае признания гражданина ограниченно дееспособным устанавливается попечительство.

Судебно-психиатрическая экспертиза в связи с признанием гражданина недееспособным, ограничением дееспособности гражданина вследствие психического расстройства предполагает установление медицинского и юридического критерия. *Медицинским критерием* является наличие у гражданина тяжелого психического расстройства с глубоким нарушением психических функций и неблагоприятной динамикой. *Юридический критерий* недееспособности включает два компонента: интеллектуальный — неспособность понимать значение своих действий и волевой — неспособность руководить своими действиями.

В качестве *критериев неспособности понимать значение своих действий и руководить ими* (недееспособности) при психических заболеваниях в настоящее время рассматривается комплекс клинических и социальных критериев, которые устанавливаются на основании анализа как медицинской документации и материалов гражданского дела, так и результатов клинико-психопатологического исследования. *Клиническими критериями* недееспособности, свидетельствующими о тяжести заболевания и его хроническом характере, являются: длительность психического заболевания, значительная прогрессивность с тенденцией к непрерывному течению без светлых промежутков, выраженность интеллектуально-мнестического снижения и дефицитарной негативно-личностной симптоматики, нарушение критических и прогностических функций. К *социальным критериям* недееспособности относятся резкое снижение социального функционирования на всех уровнях, в том

числе практически-бытовом, неспособность к организации повседневной деятельности в соответствии с потребностями практической жизни и к автономному существованию, неспособность принимать решения по любым социально-значимым вопросам, выраженность асоциальных тенденций.

Структуру психических расстройств, при которых нарушается способность понимать значение своих действий и руководить ими, составляют тяжелые психические заболевания с глубоким нарушением психических функций и неблагоприятной динамикой. К ним относятся *органические психические расстройства*, в том числе деменция (слабоумие), умственная отсталость, шизофрения, алкоголизм и наркомания, другие хронические заболевания. К органическим психическим расстройствам относится также большая группа заболеваний, вызванных повреждением головного мозга и приводящих к его дисфункции: деменция, органический амнестический синдром, органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство, расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга, и др. Наиболее тяжелые нарушения отмечаются у больных с деменцией (приобретенным слабоумием), причинами которой являются необратимые дегенеративные заболевания головного мозга (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, болезнь Гентингтона), нарушения кровоснабжения головного мозга вследствие преходящих ишемических эпизодов или инсульта, генетическая патология. При этом синдроме у больного в результате хронического или прогрессирующего заболевания головного мозга нарушаются память (способность к усвоению новой информации), мышление (способность к рассуждению), ориентировка, счет, речь и суждения. Страдают способности к эмоциональному контролю и к осознанному социальному поведению. Происходит отчетливое снижение интеллектуального функционирования, нарушается способность к обучению и к повседневной деятельности (способность самостоятельно умываться, одеваться, принимать пищу и др.). Больной оказывается неспособен к элементарному самообслуживанию и, как следствие, к самостоятельному проживанию. В подавляющем большинстве случаев наличие деменции определяет неспособность больного понимать значение своих действий и руководить ими. Больные с деменцией составляют около 87% от всех больных с органическим психическим расстройством, признанных недееспособными.

При *органическом бредовом (шизофреноподобном) расстройстве* в клинической картине доминируют постоянные или рецидивирующие бредовые идеи, могут присутствовать обманы восприятия, идеи воздействия, расстройства мышления. В зависимости от клинической картины способность понимать значение своих действий и руководить ими может быть сохранна, утрачена или ограничена.

Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга — группа заболеваний, характеризующихся значительными изменениями эмоционально-волевой сферы и поведения. Расстройство сопровождается нарушениями в сфере планирования и предвидения последствий своих действий, снижением способности справляться с целенаправленной деятельностью, требующей усилий, эмоциональными нарушениями (эйфория, эмоциональная облегченность, раздражительность, апатия), нарушениями волевой регуляции с растормаживанием низших влечений и склонностью к антисоциальному поведению, когнитивными нарушениями. При этом в зависимости от клинической картины способность понимать значение своих действий и руководить ими может быть сохранена, утрачена или ограничена.

Органический амнестический синдром проявляется выраженными нарушениями памяти на недавние и отдаленные события. Причинами заболевания в большинстве случаев являются инсульт, повреждение или заболевание мозга (эпилепсия, ВИЧ-инфекция, нейросифилис и др.). У больных снижена способность к усвоению нового материала, в результате чего развиваются амнезия (утрата воспоминаний о происшедших событиях) и дезориентировка во времени. Возникающие в памяти пробелы могут восполняться вымышленными событиями (конфабуляции, или ложные воспоминания) или событиями, которые происходили в действительности, но в другое время (псевдореминисценции). В подобном состоянии больные не могут ориентироваться на опыт при оценке ситуации, не могут правильно понимать значение своих действий и руководить ими. В отличие от деменции органический амнестический синдром может иметь обратимый характер с полным выздоровлением. При этом прогноз зависит от положительной или отрицательной динамики основного заболевания или патологического процесса.

Больные с *глубокой умственной отсталостью* (коэффициент умственного развития ниже 20) неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях, нуждаются в постоянной помощи и надзоре. Понимание и использование речи, в лучшем случае, ограничивается пониманием и выполнением основных команд и способностью выразить свои основные потребности. Больные могут приобретать наиболее простые навыки и при адекватном руководстве и надзоре принимать участие в практических делах (накрыть на стол, протереть посуду, нарезать хлеб). При тяжелой умственной отсталости (коэффициент умственного развития в диапазоне от 20 до 35) независимое проживание в большинстве случаев невозможно, пациенты нуждаются в контроле и уходе. Лица с умеренной умственной отсталостью в большинстве случаев в состоянии освоить основные навыки, необходимые для чтения, пись-

ма, счета. В зрелом возрасте они способны к простой практической работе при обеспечении контроля. При умеренной умственной отсталости больные могут быть способны к самообслуживанию, установлению социальных контактов, участию в элементарных социальных занятиях и к автономному проживанию.

При *шизофрении* в зависимости от формы и типа течения заболевания в большей или меньшей степени выражены продуктивная психотическая симптоматика (бред, галлюцинации, аффективные нарушения), расстройства эмоциональной сферы, волевые и личностные нарушения. Встречаются злокачественные формы, при которых заболевание имеет тенденцию к непрерывному течению, не поддается лекарственной терапии, приводит к слабоумию и глубокой социальной дезадаптации и определяет неспособность лица понимать значение своих действий и руководить ими. В других случаях неспособность понимать значение своих действий и руководить ими определяется выраженностью негативных симптомов (уплощение аффекта, утрата интересов, бездеятельность, аутизация) и степенью социальной дезадаптации.

На *конечной стадии алкоголизма и наркомании* у больных отмечаются когнитивные нарушения (амнестический синдром с нарушениями памяти на события прошлого и дезориентировкой, стойкое интеллектуальное снижение), нарушения эмоционально-волевой сферы, деградация личности, которые могут определять неспособность понимать значение своих действий и руководить ими как в целом, так и при совершении имущественных сделок.

Признание гражданина недееспособным неизбежно сопряжено с принудительным изменением его правового статуса. Имущественные сделки, совершенные недееспособными лицами, в соответствии со ст. 171 ГК считаются недействительными. Недействительным, согласно ст. 14, 16, 27 СК, считается также брак, если он заключен с лицом, которое было признано судом недееспособным. Кроме того, недееспособный гражданин не может участвовать в выборах, осуществлять родительские права. Указанное определяет необходимость обеспечения максимальных гарантий и защиты прав и интересов недееспособных больных.

Законом установлено, что никто не может быть ограничен или лишен дееспособности иначе как судом в предусмотренном порядке. В гл. 31 ГПК регламентирован порядок признания гражданина недееспособным. Согласно ст. 281 ГПК дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления членов его семьи, близких родственников (родителей, детей, братьев, сестер) независимо от совместного с ним проживания, органа опеки и попечительства, психиатрического или психоневрологического учреждения. Статья 282 Кодекса указывает, что в заявлении о при-

знании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у гражданина психического расстройства, вследствие чего он не может понимать значение своих действий или руководить ими. В данном заявлении должны содержаться факты, подтверждающие наличие у гражданина психического расстройства и невозможность в связи с этим понимать значение своих действий и руководить ими. В качестве доказательств приводятся выписки из историй болезни психиатрических и психоневрологических учреждений, в которых гражданин находился на лечении или под наблюдением, сведения о неадекватном поведении. При решении вопроса о лишении гражданина дееспособности проведение СПЭ обязательно, так как именно психическое расстройство является обязательным условием признания гражданина недееспособным.

Статья 283 ГПК регламентирует назначение судебно-психиатрической экспертизы для определения психического состояния гражданина. Согласно этой статье судья в порядке подготовки к судебному разбирательству дела о признании гражданина недееспособным при наличии достаточных данных о психическом расстройстве гражданина назначает для определения его психического состояния судебно-психиатрическую экспертизу. При явном уклонении гражданина, в отношении которого возбуждено дело, от прохождения экспертизы суд в судебном заседании с участием прокурора и психиатра может вынести определение о принудительном направлении гражданина на СПЭ.

Под «достаточными данными» о наличии психических расстройств следует понимать любую информацию, позволяющую хотя бы предполагать наличие у гражданина определенных психических расстройств. В частности, это могут быть справки из психиатрического диспансера о том, что гражданин состоит или состоял под наблюдением, выписки из истории болезни, свидетельствующие о наличии психических расстройств, материалы следственных органов (ранее проведенные СПЭ по уголовным делам), заявления граждан, в которых сообщается о неадекватном поведении, и т.п. Поскольку медицинские данные о психическом состоянии гражданина можно получить только через суд, в порядке подготовки дела к судебному разбирательству судья должен направить запрос в соответствующие медицинские учреждения.

Суд выносит специальное определение о назначении судебно-психиатрической экспертизы, в котором он формулирует вопросы к экспертам о том, страдает ли гражданин психическим расстройством; может ли гражданин по своему психическому состоянию понимать значение своих действий и руководить ими; может ли он по своему психическому состоянию участвовать в рассмотрении дела. При этом исключается возможность постановки перед экспер-

тами вопроса о недееспособности освидетельствуемого гражданина, поскольку указанный вопрос носит правовой характер и должен решаться судом.

27.02.2009 КС РФ было принято Постановление № 4 «По делу о проверке конституционности ряда положений статей 37, 52, 135, 222, 284, 286 и 379.1 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации и части четвертой статьи 28 Закона Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” в связи с жалобами граждан Ю. К. Гудковой, П. В. Штукатурова и М. А. Яшиной». Как следует из данного Постановления, Конституция закрепляет право каждого на свободу и личную неприкосновенность, это предполагает, что предоставляемая лицам с психическими расстройствами судебная защита должна быть справедливой, полной и эффективной, включая обеспечение им права на получение квалифицированной юридической помощи. Приведенным положениям корреспондируют положения актов международных организаций, в которых сформулированы принципы, общепризнанные в современных демократических государствах, с учетом которых должны устанавливаться процедуры признания лиц недееспособными. Так, Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи (приняты 17.12.1991 резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 46/119) прямо указывают на недопустимость какой-либо дискриминации в связи с психическим заболеванием и предусматривают право лица, дееспособность которого является предметом судебного разбирательства, быть представленным адвокатом, а также обжаловать любое решение о недееспособности в вышестоящем суде. В Рекомендации Комитета министров Совета Европы R (99) 4 сформулированы также общие и процедурные принципы правовой защиты недееспособных взрослых, в частности принцип соблюдения права лица быть заслушанным лично в любом разбирательстве, которое может затрагивать его правоспособность. Из этого вытекает необходимость установления особого уровня гарантий защиты прав лиц, в отношении которых возбуждается производство по признанию их недееспособными, с тем чтобы — исходя из требований Конституции и с учетом юридических последствий, которые влечет за собой признание недееспособным, — исключить дискриминацию лица по признаку наличия психического расстройства, так как лицо на формально неопределенный период лишается возможности самостоятельно, собственными действиями осуществлять свои права и обязанности.

Предназначение судебной процедуры — не допустить ошибочных оценок относительно способности гражданина понимать значение своих действий и руководить ими, особенно если разбирательство инициировано лицами, претендующими на роль опекунов: по смыслу ст. 46 Конституции во взаимосвязи с ее ч. 3 ст. 55

и ст. 60 сам факт обращения с заявлением о признании гражданина недееспособным не предрешает решение суда и, следовательно, не может являться основанием для лишения этого лица гражданской процессуальной дееспособности. Гражданин, в отношении которого рассматривается дело о признании его недееспособным, как это следует из ст. 34 и ч. 2 ст. 263 ГПК, являясь заинтересованным лицом, приобретает статус лица, участвующего в деле, и в этом качестве обладает всеми правами в соответствии со ст. 35 Кодекса.

Кроме того, в Постановлении подчеркивается, что закон не устанавливает, в какой процедуре и на основании каких критериев определяется, возможна ли (или невозможна) личная явка гражданина в судебное заседание, извещается ли он о времени и месте слушания дела, должен ли суд обеспечить гражданину возможность использовать иные средства для распоряжения процессуальными правами, например путем назначения ему адвоката для обеспечения квалифицированной юридической помощи. Такая неопределенность допускает неоднозначное истолкование и произвольное применение положения ст. 284 ГПК как составной части процессуального механизма, регулирующего производство по делам о признании гражданина недееспособным.

В правоприменительной практике заключение судебно-психиатрической экспертизы о том, что гражданин по характеру психического заболевания не может понимать значение своих действий, руководить ими в судебном заседании, рассматривается как достаточное основание для того, чтобы не вызывать его в судебное заседание и по сути лишить его дееспособности заочно.

Как показывает судебно-психиатрическая практика, при проведении СПЭ в гражданских делах по лишению лица дееспособности зачастую применяются идентичные критерии невозможности понимать значение своих действий и руководить ими и невозможности участия в судебном заседании, что лишает этих лиц возможности реализовать свои процессуальные права.

Таким образом, как следует из Постановления, гражданин, по сути, лишается гражданско-правовой дееспособности. Как следует из ст. 37 ГПК, гражданская процессуальная дееспособность представляет собой способность своими действиями осуществлять процессуальные права, выполнять процессуальные обязанности и поручать ведение дела в суде представителю, принадлежит в полном объеме гражданам, достигшим возраста 18 лет. Несовершеннолетний может лично осуществлять свои процессуальные права и выполнять процессуальные обязанности в суде со времени вступления в брак или объявления его полностью дееспособным. Права, свободы и законные интересы несовершеннолетних в возрасте от 14 до 18 лет, а также граждан, ограниченных в дееспособности, защищают их законные представители. Однако суд обязан привле-

кать к участию в таких делах самих несовершеннолетних, а также граждан, ограниченных в дееспособности. По делам, возникающим из гражданских, семейных, трудовых и иных правоотношений, несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет вправе лично защищать в суде свои права, свободы и законные интересы. Однако суд вправе привлечь к участию в таких делах законных представителей несовершеннолетних. Права, свободы и законные интересы несовершеннолетних, не достигших возраста 14 лет, а также граждан, признанных недееспособными, если иное не предусмотрено ГПК, защищают в процессе их законные представители — родители, усыновители, опекуны, попечители или иные лица, которым это право представлено федеральным законом. Однако суд вправе привлечь к участию в таких делах граждан, признанных недееспособными. Само по себе психическое расстройство не является основанием для лишения гражданско-процессуальной дееспособности, только признание гражданина недееспособным ограничивает его процессуальную дееспособность, и даже в этом случае суд вправе привлечь к участию в делах таких граждан. Лишение гражданина возможности лично или через выбранных им самим представителей отстаивать свою позицию не позволяет с достаточной полнотой установить обстоятельства дела, заслушать объяснения всех заинтересованных лиц, собрать иные необходимые доказательства. Такая мера, исходя из требований Конституции применительно к возможности ограничения прав человека, если она обусловлена характером психического заболевания, его видом и степенью, должна отвечать критериям необходимости и соразмерности преследуемой цели. Как следует из ч. 3 ст. 67 ГПК, заключение эксперта подлежит оценке в совокупности с другими доказательствами, в том числе объяснениями самого гражданина; при этом учитывается, насколько в заключении обоснованы характер, тяжесть заболевания и возможные последствия заболевания гражданина для его социальной жизни, здоровья, имущественных интересов и утверждение, какого рода действия он не может понимать и контролировать.

Участие самого гражданина в судебном заседании, таким образом, необходимо не только для того, чтобы дать возможность ему как заинтересованному лицу представлять свою позицию по делу, но и для того, чтобы позволить судье составить собственное мнение о психическом состоянии гражданина и непосредственно убедиться в том, что гражданин не может понимать значение своих действий и руководить ими. При таких обстоятельствах судья, с тем чтобы обеспечить полную и эффективную судебную защиту, при вынесении решения о признании лица недееспособным, не должен ограничиваться лишь письменным заключением экспертов. Рассмотрение дела в отсутствие самого гражданина (вопреки его желанию) допустимо лишь при наличии особых обстоятельств, когда существуют достаточные

основания предполагать, что лицо представляет реальную опасность для окружающих либо состояние здоровья не позволяет ему предстать перед судом, т.е. его состояние создает опасность для его жизни либо здоровья или для жизни либо здоровья окружающих.

Согласно Федеральному закону от 06.04.2011 № 67-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” и Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации» предусмотрено расширение прав лиц, признаваемых недееспособными (новая оценка возможности личного участия гражданина в судебном заседании при лишении его дееспособности). В соответствии с новой редакцией ст. 284 ГПК «в случае, если личное участие гражданина в проводимом в помещении суда судебном заседании по делу о признании гражданина недееспособным создает опасность для его жизни или здоровья, либо для жизни или здоровья окружающих, данное дело рассматривается судом по месту нахождения гражданина, в том числе в помещении психиатрического стационара или психоневрологического учреждения, с участием самого гражданина». Таким образом, законодатель вводит в гражданский процесс новое правовое понятие «опасность для жизни и здоровья самого гражданина, либо для жизни и здоровья окружающих».

Согласно ч. 3 ст. 284 ГПК гражданин, признанный недееспособным, имеет право лично либо через выбранных им представителей обжаловать соответствующее решение суда в апелляционном порядке, подать заявление о его пересмотре в соответствии с правилами гл. 42 ГПК, а также обжаловать соответствующее решение суда в кассационном и надзорном порядке, если суд первой инстанции не предоставил этому гражданину возможность изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей.

В соответствии с изменениями, внесенными в Закон о психиатрической помощи, впервые признано право недееспособного пациента самостоятельно решать вопросы, связанные с оказанием психиатрической помощи, — ранее эти вопросы решал только опекун. Необходимо согласие любого пациента, независимо от его дееспособности, на оказание психиатрической помощи (ст. 28 Закона). В Законе появилось также понятие «неспособность дать согласие на лечение» — в таком случае согласие на лечение дает опекун недееспособного пациента, однако он обязан не позднее следующего дня уведомить об этом орган опеки и попечительства, что является важной гарантией контроля полномочий опекуна. Кроме того, согласно ст. 41 Закона о психиатрической помощи требуется согласие самого гражданина, лишённого дееспособности, на его помещение в психоневрологический интернат.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы для оценки психического состояния гражданина по делу о признании его

недееспособным встречаются ситуации, когда выявленные у гражданина психические нарушения не лишают его способности понимать значение своих действий и руководить ими, но нарушают ее, ограничивая способность самостоятельно понимать значение своих действий или руководить ими, в первую очередь, при совершении крупных имущественных сделок. Согласно ч. 2 ст. 86 ГПК, в случае если эксперт при проведении экспертизы установит имеющие значение для рассмотрения и разрешения дела обстоятельства, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе включить выводы об этих обстоятельствах в свое заключение. В подобных случаях в рамках экспертной инициативы эксперт может указать на то, что имеющиеся психические нарушения (когнитивной сферы, мотивационно-волевой регуляции поведения, критических способностей и прогностических функций) в сложных правовых ситуациях, касающихся распоряжения имуществом и финансовых сделок, могут нарушать или ограничивать способность к свободному волеизъявлению гражданина и потенциальную способность самостоятельно принимать адекватные решения и исполнять их, что соответствует категории ограничения дееспособности в рамках ч. 2 ст. 30 ГК.

В то же время при проведении экспертизы по заявлению об ограничении дееспособности гражданина в связи с психическим расстройством у него может быть выявлено тяжелое психическое расстройство, препятствующее самостоятельному принятию решений и их реализации во всех областях жизнедеятельности и лишаящее его способности понимать значение своих действий и руководить ими даже при помощи других лиц.

С учетом изложенного выше при назначении судебно-психиатрической экспертизы в гражданских делах о лишении лица дееспособности и об ограничении дееспособности *рекомендуется формулировать экспертное задание* следующим образом.

— Страдает ли гражданин каким-либо психическим расстройством?

— Лишает ли его данное психическое расстройство способности понимать значение своих действий и руководить ими или нарушает способность понимать значение своих действий и руководить ими?

— Может ли он, с учетом имеющегося психического расстройства, понимать значение своих действий и руководить ими лишь при помощи других лиц?

— Может ли он присутствовать в зале судебного заседания, с учетом его опасности для жизни и здоровья самого гражданина или для жизни и здоровья окружающих?

Следует отметить, что вопрос о необходимости установления опеки, который иногда бывает задан экспертам, относится исключительно к прерогативе суда и не подлежит экспертной оценке.

В качестве значимых клинических состояний, определяющих неспособность присутствия и участия в проводимом в помещении суда судебном заседании, можно выделить критерии опасности для жизни и здоровья самого гражданина:

1) тяжелые формы умственной отсталости при наличии сопутствующих признаков (сомато-неврологические расстройства, проявляющиеся парезами нижних конечностей, приводящие к полному обездвиживанию больного, препятствующие самостоятельному, упорядоченному поведению и пребыванию в помещении суда; отсутствие осознанного речевого контакта; дезориентировка больного, наличие тяжелых речевых и сенсорных расстройств, недоразвитие когнитивных функций. Частые аффективные проявления, в виде эйфорий и дисфорий, провоцирующиеся наличием панического страха при нахождении больного в непривычной для него обстановке и при транспортировке больного в зал судебного заседания, могут способствовать возникновению эпилептических приступов, моторных нарушений в виде хореоподобных гиперкинезов);

2) состояния выраженной деменции при наличии сопутствующих признаков (тяжелые сомато-неврологические расстройства, такие как инфаркты, инсульты, парезы и параличи, гиперкинезы, судорожные припадки, определяющие постельный режим и высокую вероятность резкого ухудшения сомато-неврологического состояния с риском для жизни при транспортировке в помещение суда; выраженные двигательные расстройства с хаотичным психомоторным возбуждением или двигательной обездвиженностью). Изменение привычного для больного обстановки (пребывание в зале судебного заседания) являлось стрессовым фактором и могло привести к возникновению эпилептических припадков, гипертоническому кризу, возрастал риск возникновения инфаркта миокарда или ОНМК;

3) исходные состояния при шизофрении с глубоким дефектом (отсутствие осознанного речевого контакта, глубокое апатико-абулическое состояние без упорядоченной поведенческой активности вне постели, проявлявшееся выраженным эмоциональным обеднением, равнодушием, безразличием или негативным отношением к окружающему с проявлением озлобленности; кататонические расстройства с признаками субступорозного состояния, мутизма или кататонического речевого, психомоторного возбуждения с негативизмом (эмбриональная поза, растормаживание древних рефлексов (хватательного), безучастность к собственной судьбе в сочетании с потерей активности, инициативы, пассивность, бездеятельность, отгороженность от окружающих и крайней формальностью вынужденных контактов, вплоть до мутизма).

Общими клиническими критериями опасности для жизни или здоровья окружающих являются:

1) высокий риск ситуативных и импульсивных агрессивных действий;

2) высокий риск импульсивных и brutальных эмоциональных реакций деструктивного характера (злоба, гнев);

3) высокий риск ситуативной или импульсивной аутоагрессии;

4) высокая вероятность резкого ухудшения сомато-неврологического состояния.

У больных с диагнозом «Шизофрения» к таким критериям относятся: наличие активной аффективно-бредовой симптоматики, направленной на конкретных лиц ближайшего окружения, сопровождавшейся бредовым поведением и эмоционально-волевыми расстройствами, с выраженным нарушением волевого контроля поведения, наличием импульсивных и агрессивных форм реагирования на изменение привычной для больного ситуации; выраженное нарушение критической оценки своего поведения. У больных с тяжелыми формами «Умственной отсталости», к таким критериям относятся: полная дезориентировка в окружающем и личности, выраженная несформированность всех когнитивных функций, частые колебания настроения с переходом от «слез к гневу» проявляющиеся аффективными вспышками возбуждения, раздражения, расторможенности, двигательным беспокойством, сопровождавшиеся агрессивными импульсивными действиями, направленными на окружающих его лиц, что проявляется спонтанно и усиливается в незнакомой для больных обстановке. У больных с диагнозами «Деменция» и «Органическое расстройство личности» к таким критериям относятся: спутанное сознание, сопровождающееся амнестической дезориентировкой в окружающем, выраженные когнитивные нарушения, когда не осмысливаются и не воспринимаются особенности и внутренние связи между событиями, возникновение конфабуляций и псевдореминисценций; наличие продуктивной симптоматики в виде бредовых идей отношения, ущерба, преследования, направленных на конкретных лиц, а именно родственников, эмоционально-волевые нарушения (эгоцентричность, подозрительность, конфликтность, мстительность, злопамятность, сопровождающиеся агрессивными, импульсивными формами поведения с выраженными и стойкими нарушениями критических способностей).

Из социальных критериев, определяющих опасность присутствия в зале судебного заседания лица, в отношении которого решается вопрос о его недееспособности, следует отметить выраженную социальную дезадаптацию с нарушением бытовой повседневной деятельности вплоть до невозможности самообслуживания, требующего постоянного постороннего ухода и надзора, что определяло установление больным I группы инвалидности; частые госпитализации в психиатрические больницы в связи с отказом от лечения, нарушения поведенческой активности с психопатоподобным пове-

дением, в том числе и обусловленном систематическим употреблением алкоголя, с формированием синдрома зависимости.

Обеспечение личного участия недееспособного лица в судебном процессе не есть акт признания за ним всех процессуальных прав, у него остается частичная процессуальная правореализация. Предусмотрена возможность привлечения к делу недееспособного лица, которое может предпринимать действия по защите своих прав и свобод в ситуации конфликта своих интересов с интересами законного представителя, когда права направлены на преодоление «общегражданской» недееспособности, следствием которой является недееспособность процессуальная.

В ст. 286 ГПК приведены основные положения о признании гражданина, в прошлом лишенного дееспособности, дееспособным. В случае, предусмотренном п. 3 ст. 29 ГК, суд по заявлению опекуна, члена семьи, психиатрического или психоневрологического учреждения, органа опеки и попечительства на основании соответствующего заключения СПЭ принимает решение о признании гражданина дееспособным.

Решение суда, которым гражданин признан недееспособным, является основанием для назначения ему опекуна органом опеки и попечительства. Опека регулируется ГК и СК. Согласно ст. 31, 32, 35, 36 ГК опекуны являются законными представителями лиц, находящихся у них под опекой. Они могут совершать от имени подопечных и в их интересах все необходимые юридически значимые действий и гражданско-правовые сделки, которые мог бы совершать сам подопечный, если бы обладал дееспособностью.

В ГК регламентированы нормы, определяющие порядок наложения опеки. Согласно ст. 31 опека и попечительство устанавливаются для защиты прав и интересов недееспособных граждан. Из ст. 32 следует, что опека устанавливается над гражданами, признанными судом недееспособными вследствие психического расстройства. Опекуны являются представителями подопечных в силу закона и совершают от их имени и в их интересах все необходимые сделки. Они обязаны заботиться о содержании своих подопечных, в первую очередь обеспечивать им регулярное врачебное наблюдение. В обязанность опекунов входит также осуществление необходимого ухода, защиты прав и законных интересов подопечных. В то же время опекуны должны следить за тем, чтобы больные не нарушали прав и интересов других граждан. По данным ст. 34, органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления. Суд обязан в течение трех дней со времени вступления в законную силу решения о признании гражданина недееспособным сообщить об этом органу опеки и попечительства по месту жительства такого гражданина для установления над ним опеки или попечительства. Назначение опекуна или попечителя может быть обжаловано в суде заинтересованными лицами. Опекунами и попечите-

лями назначаются только совершеннолетние дееспособные граждане и только с их согласия. При этом должны учитываться их нравственные и иные личные качества, способность к выполнению обязанностей опекуна или попечителя, отношения, существующие между ним и лицом, нуждающимся в опеке или попечительстве, а если это возможно — и желание подопечного. Важные основания для защиты интересов лица, признанного недееспособным, содержатся в п. 5 ст. 36, согласно которой, если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, опекун или попечитель обязан ходатайствовать перед судом о признании подопечного дееспособным и о снятии с него опеки или попечительства.

В соответствии с п. 1 ст. 37 ГК доходы подопечного гражданина, за исключением тех, которыми он вправе распоряжаться самостоятельно, расходуются опекуном или попечителем исключительно в интересах подопечного и с предварительного разрешения органа опеки и попечительства. Согласно ст. 39 Кодекса в случаях ненадлежащего выполнения опекуном возложенных на него обязанностей, в том числе при использовании им опеки в корыстных целях или при оставлении подопечного без надзора и необходимой помощи, орган опеки и попечительства вправе отстранить опекуна или попечителя от исполнения этих обязанностей и принять необходимые меры для привлечения виновного гражданина к установленной законом ответственности. Статья 40 регламентирует порядок прекращения опеки и попечительства. Это происходит в случаях вынесения судом решения о признании подопечного дееспособным или отмены ограничений его дееспособности по заявлению опекуна, попечителя или органа опеки и попечительства.

Гражданский кодекс предусматривает такую правовую норму, как патронаж над дееспособными гражданами (ст. 41). Согласно этой норме по просьбе совершеннолетнего дееспособного гражданина, который по состоянию здоровья не может самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности, над ним может быть установлено попечительство в форме патронажа. Попечитель (помощник) совершеннолетнего дееспособного гражданина может быть назначен органом опеки и попечительства только с согласия этого гражданина. Распоряжаться имуществом, принадлежащим совершеннолетнему дееспособному подопечному, вправе попечитель (помощник) на основании договора поручения или доверительного управления, заключенного с подопечным. Бытовые и иные сделки, направленные на содержание и удовлетворение бытовых потребностей подопечного, осуществляются его попечителем (помощником) с согласия подопечного. Патронаж над совершеннолетним дееспособным гражданином прекращается по его требованию. Таким образом, патронаж позволяет защищать интересы лица, не накладывая на него ограничений, по его желанию.

Положения об опеке и попечительстве регламентируются также принятым 24 апреля 2008 г. и вступившим в силу с 1 сентября 2008 г. Федеральным законом № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве». В соответствии со ст. 2 данного Закона опека — это форма устройства граждан, признанных судом недееспособными, при которой назначенные органом опеки и попечительства граждане (опекуны) являются законными представителями подопечных и совершают от их имени и в их интересах все юридически значимые действия. В Законе указано, что задачами государственного регулирования деятельности по опеке и попечительству являются: обеспечение своевременного выявления лиц, нуждающихся в установлении над ними опеки или попечительства, и их устройства; защита прав и законных интересов подопечных; обеспечение достойного уровня жизни подопечных; обеспечение исполнения опекунами, попечителями и органами опеки и попечительства возложенных на них полномочий (ст. 4).

В соответствии со ст. 11 Закона опекуны или попечители не назначаются недееспособным лицам, помещенным под надзор в медицинские организации, организации, оказывающие социальные услуги, или иные организации, исполнение обязанностей опекунов или попечителей возлагается на указанные организации. В ст. 8, 15 отмечено, что к полномочиям органов опеки и попечительства относятся: выявление и учет граждан, нуждающихся в установлении над ними опеки или попечительства; обращение в суд с заявлением о признании гражданина недееспособным или об ограничении его дееспособности, а также о признании подопечного дееспособным, если отпали основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным или был ограничен в дееспособности; установление опеки или попечительства. Опекуны являются законными представителями своих подопечных и вправе выступать в защиту прав и законных интересов своих подопечных в любых отношениях без специальных полномочий.

Согласно ст. 20 Закона недвижимое имущество, принадлежащее подопечному, подлежит отчуждению только в исключительных случаях, в частности по договору ренты или мены, если такой договор совершается к выгоде подопечного; в случае отчуждения жилого дома, квартиры, части жилого дома или квартиры, принадлежащих подопечному, при перемене места жительства подопечного; отчуждения недвижимого имущества в исключительных случаях (необходимость оплаты дорогостоящего лечения и др.), если этого требуют интересы подопечного.

Орган опеки и попечительства может освободить опекуна или попечителя от исполнения своих обязанностей, в том числе временно, в случае возникновения противоречий между интересами подопечного и интересами опекуна или попечителя. Орган опеки

и попечительства также вправе отстранить опекуна или попечителя от исполнения возложенных на них обязанностей в случае: ненадлежащего исполнения обязанностей; нарушения прав и законных интересов подопечного, в том числе при осуществлении опеки или попечительства в корыстных целях либо при оставлении подопечного без надзора и необходимой помощи; выявления органом опеки и попечительства фактов существенного нарушения опекуном или попечителем установленных федеральным законом или договором правил охраны имущества подопечного и (или) распоряжения его имуществом (ст. 29 Закона). Статья 14 Закона определяет возможность установления опеки или попечительства по договору, назначение опекуна или попечителя, исполняющих свои обязанности возмездно. Право опекуна или попечителя на вознаграждение возникает с момента заключения договора об осуществлении опеки или попечительства.

Таким образом, новое законодательство позволяет в полном объеме осуществлять защиту прав лиц с психическими расстройствами, в отношении которых возбуждаются гражданские дела о лишении дееспособности.

19.2. Правовые и методологические аспекты экспертизы по ограничению дееспособности

Ограничение дееспособности, регламентированное п. 1 ст. 30 ГК, распространяется на лиц с пристрастием к азартным играм, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими средствами, и заключается в уменьшении объема имеющейся у них дееспособности. Согласно данной статье, гражданин, который ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство. Он вправе самостоятельно совершать мелкие бытовые сделки. Совершать другие сделки он может лишь с согласия попечителя. Однако такой гражданин самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред. Попечитель получает и расходует заработок, пенсию и иные доходы гражданина, ограниченного судом в дееспособности, в интересах подопечного в порядке, предусмотренном ст. 37 ГК. Таким образом, в этом случае основными критериями ограничения дееспособности являются не клинические, а социальные факторы, влияющие на уровень материального благополучия семьи данного гражданина. При этом суд учитывает сам факт злоупотребления алкоголем или наркотическими средствами и его социальные последствия, которые ставят семью данного лица

в тяжелое материальное положение. Исходя из вышеизложенного суд в первую очередь защищает интересы семьи лица, злоупотребляющего алкоголем или наркотическими средствами. Решение выносится судом самостоятельно, без назначения экспертизы, поскольку основанием для ограничения дееспособности являются социальные последствия злоупотребления алкогольными напитками, а не психическое расстройство. Как показывает судебная практика, институт ограничения дееспособности в соответствии с п. 1 ст. 30 ГК практически не использовался.

С марта 2015 г. Федеральным законом от 30.12.2012 № 302-ФЗ в ГК введен институт ограничения дееспособности для лиц с психическими расстройствами. В п. 2 ст. 30 ГК указано, что гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий и руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности, над ним устанавливается попечительство. Такой гражданин совершает сделки, за исключением сделок, предусмотренных подп. 1 (распоряжаться своими заработками, стипендией и иными доходами) и 4 (мелкие бытовые сделки и иные сделки, предусмотренные п. 2 ст. 28 ГК, т.е. сделки, направленные на безвозмездное получение выгоды, не требующие нотариального удостоверения либо государственной регистрации), п. 2 ст. 26 ГК, с письменного согласия попечителя. Сделка, совершенная таким гражданином, действительная также при ее последующем письменном одобрении его попечителем. Гражданин, ограниченный судом в дееспособности по указанным основаниям, может распоряжаться выплачиваемыми на него алиментами, социальной пенсией, возмещением вреда здоровью и в связи со смертью кормильца и иными предоставляемыми на его содержание выплатами с письменного согласия попечителя, за исключением выплат, которые указаны в подп. 1 п. 2 ст. 26 ГК и которым он вправе распоряжаться самостоятельно. Такой гражданин вправе распоряжаться указанными выплатами в течение срока, определенного попечителем, распоряжение указанными выплатами может быть прекращено до истечения данного срока по решению попечителя. При наличии достаточных оснований суд по ходатайству попечителя либо органа опеки и попечительства может ограничить или лишить такого гражданина права самостоятельно распоряжаться своими доходами. Гражданин, дееспособность которого ограничена вследствие психического расстройства, самостоятельно несет имущественную ответственность по сделкам. За причиненный им вред такой гражданин несет ответственность в соответствии с ГК. Если основания, в силу которых гражданин был ограничен в дееспособности, отпали, суд отменяет ограничение его дееспособности. На основании решения суда отменяется установленное над гражданином попечительство. Если психическое состояние гражданина, который вследствие

психического расстройства был ограничен в дееспособности, изменилось, суд признает его недееспособным в соответствии со ст. 29 ГК или отменяет ограничение его дееспособности.

В то же время, как указывалось ранее, в соответствии со ст. 29 ГК, при развитии способности гражданина, который был признан недееспособным, понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц суд признает такого гражданина ограниченно дееспособным в соответствии с п. 2 ст. 30 ГК.

Согласно постановлению Пленума ВС РФ от 23.06.2015 № 25 «О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского кодекса Российской Федерации» заявления об ограничении дееспособности гражданина рассматриваются в соответствии с гл. 31 ГПК, т.е. в этом случае обязательно назначение судебно-психиатрической экспертизы. Так же как и при определении категории недееспособности, предметом судебно-психиатрической экспертизы по ограничению дееспособности в связи с наличием у лица психического расстройства, является установление соотношения выраженности психопатологических расстройств и юридического критерия.

При этом правовые последствия признания гражданина с психическим расстройством ограниченно дееспособным касаются только имущественного права, сопровождаются ограничением возможности самостоятельно заключать сделки, и только лишь с согласия попечителя. Таким образом, категория ограничения дееспособности, определенная указанным законодательным актом, во многом аналогична понятию недействительности. В отличие от ст. 177 ГК (признание сделки недействительной), проводится не ретроспективная оценка психического состояния и способности понимать значение своих действий и руководить ими при совершении сделки, а проспективная, прогностическая оценка когнитивных, волевых функций, определяющих способность к самостоятельной целенаправленной регуляции своего поведения и самостоятельному волеизъявлению при заключении сделки.

Медицинским критерием ограничения дееспособности так же, как при лишении дееспособности, является наличие у лица психического расстройства. *Юридическим критерием ограничения дееспособности вследствие психического расстройства* является прогнозируемая проспективная неспособность совершать крупные имущественные сделки.

Психические расстройства, которые могут допускать ограничение дееспособности, составляют широкий круг заболеваний, при которых когнитивные нарушения выражены не столь значительно и сохраняется способность к самостоятельному социальному функционированию на достаточном для автономного существования уровне, но нарушается *сделкоспособность гражданина*, т.е.

способность принимать осознанные и целенаправленные решения, касающиеся распоряжения имуществом, а также возможности самостоятельно его реализовать. К последним относятся, например, расстройства шизофренического спектра, в том числе шизоаффективные и шизотипические расстройства, легкая и умеренная умственная отсталость, органические расстройства личности, синдром зависимости от употребления ПАВ, в том числе синдром зависимости от алкоголя.

В настоящее время основным методом исследования при судебно-психиатрической экспертизе лиц в связи с признанием гражданина недееспособным/дееспособным, ограничении дееспособности является *клинико-психопатологический метод*, предполагающий изучение анамнеза заболевания, катамнеза, медицинское наблюдение, клиническую беседу, описание психического состояния, анализ имеющихся симптомов психического расстройства. Влияние психического расстройства на социальную адаптацию определяется судебно-психиатрическим экспертом на основании анализа материалов дела и проводимого исследования. Так, клиническая беседа включает комплекс вопросов, направленных на выявление уровня социального функционирования, которые выявляют осведомленность больного в практических и бытовых вопросах, наличие или отсутствие социальных коммуникаций как внутри, так и вне семьи. Выявляется сохранность основных мотивационных установок, критичность, наличие и реальность планов на будущее. Необходимость использования дополнительных методов обследования при однородной судебно-психиатрической экспертизе, в том числе проводимого клиническим психологом экспериментально-психологического исследования, возникает в случаях, когда степень выраженности психических нарушений (интеллектуально-мнестического снижения, когнитивных нарушений) неоднозначна.

В США и большинстве европейских стран дееспособность и с юридической, и с клинической точки зрения рассматривается как функциональная способность понимать, оценивать, принимать решения в определенной области жизнедеятельности. Подобный функциональный подход предполагает различение отдельных сфер гражданской дееспособности и дифференцированную экспертную оценку способности принимать решения в каждой из этих сфер, например, способности составлять завещание, передавать в дар имущество, давать осознанное согласие на медицинское вмешательство, участвовать в процедуре медиации, заключать брак, участвовать в голосовании. Разработано большое количество психометрических инструментов, направленных на оценку конкретных юридически значимых способностей испытуемого, и накоплен значительный опыт использования данных методик в судебно-психиатрической практике [Харитоновна, 2016, 2018].

В Постановлении Конституционного Суда от 27.06.2012 № 15-П, посвященном вопросам ограничения дееспособности, есть указания на приказ Минздравсоцразвития России от 23.12.2009 № 1013н, согласно которому выделено четыре степени стойких нарушений функций жизнедеятельности, включающих в себя незначительные нарушения, умеренные нарушения, выраженные нарушения, значительно выраженные нарушения. В связи с этим для разработки экспертных критериев ограничения дееспособности может быть использована методология, включающая категориальный (качественный) и дименсиональный (количественный) подходы. При этом оцениваются продуктивные и негативные расстройства, качественные клинико-психопатологические характеристики нарушений познавательной, эмоциональной и волевой сфер, критические и прогностические функции, а также уровень поведенческой активности и социального функционирования. Применение стандартизированных опросников и метрических шкал позволяет использовать балльные показатели оценки психических нарушений и делает более доказательным экспертный вывод о степени нарушения психических функций для объективизации медицинского критерия ограничения дееспособности. Для экспертной оценки медицинского критерия ограничения дееспособности у лиц с психическими расстройствами используются следующие подходы:

- оценка совокупных качественных клинических характеристик тяжести психических расстройств, таких как продуктивная психопатологическая симптоматика, нарушения эмоциональной, волевой, личностной сфер, нарушения критических и прогностических функций, а также динамических характеристик заболевания;
- количественная оценка нарушений познавательной деятельности, уровня поведенческой активности и социального функционирования с помощью метрических методов.

19.3. Правовые и методологические аспекты экспертизы по определению способности лица понимать значение своих действий и руководить ими при совершении сделок (ст. 177 ГК)

Вступивший в действие ГК, введенный с 01.02.2003 ГПК расширили права и свободы граждан, в том числе и законодательно закрепленные. Изменение у людей отношения к собственности, приватизация предоставили гражданам широкие возможности распоряжаться имеющейся у них недвижимостью. Однако в новых социально-экономических и правовых условиях наиболее уязвимыми категориями населения оказались лица, страдающие психическими расстройствами, которые не всегда без ущерба для себя и своих близких могут воспользоваться своими правами, например совершать имущественные сделки.

На протяжении последнего десятилетия в целом отмечается тенденция к увеличению числа имущественных сделок, заключаемых физическими лицами, в частности договоров купли-продажи, оформления ренты, дарения жилой площади. В связи с этим возрастает количество судебно-психиатрических экспертиз в гражданских делах по признанию сделки недействительной [Мохонько, Щукина, 2004; Секераж, 2004; Мохонько, Муганцева, 2014]. В соответствии с данными Т. Н. Секераж (2004) обзор судебной статистики за период 1998—2003 гг. показал, что средний прирост гражданских дел, связанных с оспариванием сделок, составлял около 20%. Более 40% всех гражданских дел, рассматриваемых в год одним судьей в суде первой инстанции, возбуждались по искам о признании сделок недействительными, при этом 25% — с пороком воли. По данным А. Р. Мохонько, Л. А. Муганцевой (2014), среднегодовой прирост экспертиз по признанию сделки недействительной за период с 2003 по 2013 г. составил 7,0%, особенно высок темп прироста посмертных СПЭ — 10,1%. Возрос также удельный вес экспертиз в гражданских делах по признанию сделки недействительной по сравнению с экспертизами по признанию лица недееспособным, удельный вес экспертиз по признанию сделки недействительной возрос с 4,8% в 2003 г. до 8,2% в 2013 г.

Судебно-психиатрические критерии неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими в гражданских делах по признанию сделки недействительной разрабатывались многими психиатрами [Фрейеров, 1955; Холодковская, 1963; Шостакович, 1973; Лунц, 1975; Василевский, 1978, 1989; Горинов, 1995; Печерникова, 1985; Яхимович, 1989, 1993; Васюков, 1995; Жариков, Морозов, Хритинин, 2003; Дмитриева, 2001; Ружников, 2002; Печерникова, Михайловская, 2005]. При этом исследователи подчеркивали важность и сложность указанного вида экспертизы, необходимость дифференцированного подхода при вынесении экспертного решения.

Правовые основания признания сделки недействительной закреплены в ГК, в том числе в ст. 177. Согласно данной статье сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения.

В ст. 177 Кодекса не сформулирован медицинский критерий, оценки требует лишь состояние в момент заключения сделки. Это предполагает более широкий круг исследования, включающий изучение не только психического, но и психологического или какого-либо иного состояния в момент совершения сделки, в том чис-

ле состояния алкогольного опьянения и запоя, а также состояний, обусловленных тяжелой соматической патологией. С точки зрения юристов, причины, которые вызвали неспособность лица понимать значение своих действий или руководить ими при совершении сделки, могут быть различными: нервное потрясение, психическое расстройство или иное заболевание, физическая травма, глубокое алкогольное опьянение и т.д. [Комментарии к Гражданскому кодексу Российской Федерации, 1999].

Предметом СПЭ по делам о признании сделки недействительной является оценка психического состояния лица на момент ее совершения с учетом совокупности клинических, личностных, социальных и соматогенных факторов. В задачи экспертизы также входит определение влияния психического расстройства на способность лица понимать значение своих действий и руководить ими в момент заключения сделки. Была сформулирована категория сделкоспособности, которая является составной частью гражданской дееспособности и предполагает способность лица заключать те или иные гражданско-правовые акты. Указанная юридическая норма была разработана и уточнена в последующих исследованиях юристов [Сергеев, Толстой, 1997; Мясоедова, 2000], отмечавших, что сделкоспособность предполагает возможность лица самостоятельно заключать сделки, а деликтоспособность — возможность самостоятельно нести имущественную ответственность.

Необходимо отметить, что сделкоспособность отличается от правовой категории дееспособности двумя существенными особенностями: во-первых, она имеет в виду способность лица понимать значение своих действий и руководить ими на определенном, ограниченном отрезке времени; во-вторых, сделкоспособность относится к конкретному гражданскому акту — совершению сделки и в этом смысле сравнима с понятием вменяемости в уголовном процессе. Особенности экспертной оценки в этих случаях следующие: при экспертизе дееспособности оценивается психическое состояние лица с учетом динамики на будущее время; при экспертизе по поводу действительности уже совершенной сделки проводится ретроспективная оценка психического состояния лица на период совершения сделки. Релевантными недееспособности являются выраженные малообратимые хронические психические расстройства, между тем как при решении вопроса о способности лица понимать значение своих действий и руководить ими во время заключения сделки важны также преходящие и умеренно выраженные психические расстройства, влияние которых на сделкоспособность опосредуется через ситуационные и личностные факторы.

В соответствии с современными юридическими представлениями *сделка* — это акт осознанного целенаправленного волевого действия физического лица, совершая которое, оно стремится к до-

стижению определенных правовых последствий. Сущность сделки составляют воля и волеизъявление сторон.

Воля — это процесс психического регулирования поведения субъекта. Волеизъявление — выражение воли лица вовне, благодаря которому она становится доступной восприятию других лиц. Волеизъявление представляет собой важнейший элемент сделки, с которым, как правило, связаны юридические последствия. Именно волеизъявление как внешне выраженная (объектированная) воля может быть подвержено правовой оценке. В исследовании Т. А. Секараж (2005) указано, что цель сделки должна быть осознана, определяться свободно. Необходимо также, чтобы были осознаны способы ее достижения и выбраны адекватные средства достижения.

Признание сделки недействительной во многих случаях связано с нарушением свободного волеизъявления. Порок воли расценивается как 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) установить, изменить или прекратить определенное право. Предметом экспертизы порока воли является установление способности субъекта гражданско-правовых отношений в период совершения сделки свободно и осознанно определять цель и принимать решение по ее достижению, влекущее изменение его прав (в том числе их возникновение и прекращение), а также способности руководить действиями по реализации этого решения.

Как следует из содержания ст. 177 ГК, для признания сделки недействительной необходимо, чтобы понятие «такое состояние» соответствовало юридическому критерию: не был «способен понимать значение своих действий или руководить ими». Понятие «такое состояние» включает в себя психические расстройства (тяжелые и пограничные) и психологические особенности (повышенная внушаемость, подчиняемость), поэтому во многих случаях по гражданским делам о признании сделки недействительной целесообразно проведение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Юридический критерий «понимать значение своих действий и руководить ими», изложенный в ст. 177 ГК в довольно общей форме, указывает на определенную глубину расстройства и включает в себя интеллектуальный и волевой компоненты.

Интеллектуальный компонент — «понимать значение своих действий» — отражает способность лица к пониманию внешней и фактической стороны сделки, ее существа, юридических особенностей, прогнозированию ее результатов с учетом как извлечения выгоды, так и возможного ущерба, а также сохранность высших

критических функций (возможность адекватной оценки ситуации, себя в этой ситуации, критики к болезни). Невозможность осознания внешней стороны юридически значимых событий проявляется неспособностью к осмысленному восприятию условий, в которых заключена сделка, и неспособностью к осмыслению самого факта заключения сделки.

Нарушение интеллектуального компонента юридического критерия неспособности при менее глубоком уровне поражения проявляется невозможностью восприятия фактической содержательной стороны юридически значимых событий при сохранности способности к осознанию внешней стороны происходящего, т.е. понимания юридического и социального содержания заключаемой сделки. Снижение способности понимать юридическую суть сделки предполагает, что, осознавая сам факт ее заключения, больные не учитывали различия между разными категориями сделок (с безвозмездным, прижизненным или посмертным отчуждением собственности), не принимали во внимание характер пользования собственностью после совершения сделки, не оценивали реальной стоимости собственности, возможности иных имущественных распоряжений — заключения сделки с дополнительными условиями, в том числе с пожизненным проживанием в отчуждаемой квартире. Нарушение способности понимать социальную суть ситуации, связанной с заключением сделки, означает снижение адекватной оценки своего социального положения и возможностей, особенностей взаимоотношений участников сделки, своей роли в сложившейся ситуации и недостаточный учет этих факторов при определении условий сделки. Нарушается также возможность анализа лицом изменяющихся социальных показателей вследствие развития юридически значимой ситуации и ее социальных последствий для себя и лиц ближайшего окружения.

Волевой компонент — «руководить ими» (действиями) — подразумевает сохранность волевых качеств лица и включает в себя мотивацию совершенной сделки, способность к самостоятельному принятию решения и регуляции своего поведения в зависимости от меняющихся внешних обстоятельств, возможность реализации сделки или отказа от ее совершения. Нарушение волевого компонента юридического критерия неспособности предполагает неспособность к личностно-мотивационной регуляции поведения при заключении сделки, нарушение адекватного формирования цели сделки и контроля при заключении сделки. В этом случае большое значение имеет патологическая мотивация заключенной сделки, сопровождавшаяся невозможностью лица действовать исходя из личностного смысла с соблюдением своих законных интересов. Кроме того, нарушается способность к регуляции поведения, совершению целенаправленных действий для достижения определенных правовых последствий.

Нарушение хотя бы одной составляющей интеллектуального и волевого компонентов юридического критерия исключает возможность свободного волеизъявления лица и, как следствие, приводит к неспособности понимать значение своих действий и руководить ими. Для признания действительности сделки необходима сохранность каждой из составляющих юридического критерия.

Основой судебно-психиатрической экспертной оценки критерия способности лица понимать значение своих действий и руководить ими является анализ совокупности клинических, социальных, психогенных, экзогенных и соматогенных факторов с учетом индивидуальных особенностей лица, в отношении которого проводится экспертиза. Важна оценка не только клинико-динамических факторов, но и социальных характеристик лица. Социальные факторы могут рассматриваться как проявления психического расстройства, обуславливающего социальную дезадаптацию, а также учитывать негативную роль нарушения социальной адаптации в развитии психических расстройств.

19.4. Формы экспертных заключений

Экспертология предусматривает возможность вынесения различных форм экспертных заключений: категоричного решения (положительного или отрицательного), вероятностного, заключения о невозможности ответить на поставленные вопросы, условного заключения [Комментарии к Гражданскому кодексу Российской Федерации..., 2004]. Возможность вынесения вероятностного заключения отмечалась многими юристами и психиатрами [Винберг, 1956; Селиванов, 1968; Шлепов, 1977; Орлов, 1981]. Аргументируя логику вероятностных выводов, Ю. К. Орлов подчеркивал, что их значение в процессе доказывания аналогично роли косвенных доказательств, которые подтверждают обосновываемый тезис лишь с некоторой долей вероятности и которые можно использовать в совокупности с другими доказательствами. Автор указывал, что предпочтительность вероятностных заключений связана и с тем, что отказ от них может привести к потере доказательной информации либо к искусственному возведению вероятностных выводов в ранг достоверных. М. К. Треушников (2006) обосновывал возможность применения вероятностного заключения как одного из косвенных доказательств, которое в совокупности с другими может быть положено в основу судебного решения. Е. Р. Россинская (2006) подчеркивала, что вероятностное заключение может сориентировать суд в направлении сбора новой информации и доказательств, что впоследствии в некоторых случаях позволит вынести категоричное решение. Важность дальнейшей разработки вариантов применения вероятностного

заключения отмечена также в работах судебных психиатров [Яхимович, 1993; Бутылина, 1999; Малкин, 2004; Шостакович, 2001; Ткаченко, 2005; Харитоновна, Сафуанов, Малкин, 2006; Харитоновна, Королева, 2009]. В качестве важного аргумента в пользу целесообразности применения вероятностного заключения А. А. Ткаченко приводит тот факт, что судебно-психиатрические эксперты при проведении экспертизы нередко встречаются не с той совокупностью доказательств, которая затем будет положена в основу окончательного решения по делу. Противоречивость и недостаточность материалов дела, в частности свидетельских показаний, в экспертной практике не редкость; в связи с этим не во всех случаях возможно вынесение экспертного решения в категоричной форме. Автор полагает, что вероятностный вывод содержит два преимущества по сравнению с отрицательным: может быть использован для построения версий, имеющих для суда ориентирующее значение; служит косвенным доказательством, которое чаще всего является средством подкрепления или ослабления прямых доказательств.

Заключение о невозможности ответить на поставленные вопросы расценивается судом как способность лица понимать значение своих действий и руководить ими в связи с тем, что не доказаны обстоятельства, изложенные в исковом заявлении. При вынесении отказного заключения имеющиеся данные о наличии психического расстройства не могут быть оценены и использованы для вынесения судебного решения. Вынесение заключения о невозможности дать ответ на экспертные вопросы регламентируется ст. 85 ГПК, при этом уточняется, что эксперт имеет право: просить суд о предоставлении ему дополнительных материалов и документов для исследования; задавать в судебном заседании вопросы лицам, участвующим в деле, и свидетелям. В Законе о ГСЭД (ст. 16) приводятся основания для отказа дать экспертное заключение, при этом указывается, что эксперт обязан составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение, если материалы дела непригодны или недостаточны для проведения исследований и дачи заключения.

Основными причинами вынесения экспертного заключения о невозможности дать ответ на экспертные вопросы являются: недостаток медицинских сведений, отсутствие субъекта освидетельствования и исследования, ограниченное число свидетельских показаний, низкая информативность и взаимоисключающий характер сведений, содержащихся в них, что определяет неполноту ретроспективного конструирования клинических параметров. В этом случае число доказательств, которые могут быть использованы для обоснования экспертного заключения, в целом оказывается незначительным.

В некоторых случаях вынесение заключения в категоричной форме возможно при условии изменения экспертологического под-

хода. При отказе дать ответ на вопросы эксперты в первую очередь ссылались на отсутствие описания психического состояния лица непосредственно при заключении сделки либо на отсутствие сведений от врачей-психиатров. Указанная позиция экспертов не всегда оправдана: в определенных ситуациях возможно ретроспективно воссоздать клиническую картину на основании данных соматоневрологического состояния и социальной ориентации лица на период сделки, а также если было описано его психическое состояние в период, предшествующий сделке или следующий за ней. Кроме того, указанная ситуация отказа от экспертного решения определяет необходимость применения экспертной тактики, расширяющей возможность вынесения категорического заключения. Для этого необходимы совместная работа с судами для сбора дополнительных материалов, участие экспертов при допросе свидетелей с целью получения информативных данных о психическом и соматическом состоянии лица. Это представляется чрезвычайно важным, так как врач-психиатр как лицо, обладающее специальными познаниями, может провести допрос свидетеля квалифицированно, выявить основные психопатологические симптомы и синдромы, характеризующие состояние лица при заключении сделки. Большое значение имеют также собственноручные записи больного, фотографии и видеозаписи, которые как доказательства имеют особую важность, поскольку характеризуют его деятельность без субъективной оценки других лиц и поэтому могут носить более объективный характер, чем любые другие документы.

В ряде случаев в ситуации, когда нельзя вынести экспертное заключение в категоричной форме, возможно вынесение вероятностного заключения, которое является более информативным, чем отказ дать экспертное заключение, и может быть использовано судом как одно из косвенных доказательств, а также выступить стимулом для последующего сбора доказательств по делу. При вынесении этой формы заключения непосредственное описание психического состояния лица врачами-психиатрами на период заключения сделки отсутствует. Наибольшую доказательную значимость имеет описание психического состояния врачами общего профиля (анестезиологами, реаниматорами, терапевтами), при этом степень выраженности психопатологических расстройств не уточняется. Характерно наличие соматических заболеваний, являющихся почвой для развития психических расстройств (гипертоническая болезнь II—III степени, сахарный диабет в тяжелой форме, сочетание тяжелых остро развившихся заболеваний). В медицинской документации из медицинских учреждений общего профиля содержалось описание соматического и неврологического состояния, при этом были вынесены диагнозы, подразумевающие наличие психического расстройства (дисциркуляторная энцефалопатия II—III степени), применялась квалификация