

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр социальной
и судебной психиатрии имени В. П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Е. В. Макушкин
В. Д. Бадмаева
Е. Г. Дозорцева
Д. С. Ошевский
И. А. Чибисова

КОМПЛЕКСНАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБВИНЯЕМЫХ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ



Нестор-История
Москва • Санкт-Петербург
2014

УДК
ББК
???

Рецензенты:

В. В. Горинов — доктор медицинских наук, профессор,
руководитель Отделения психогений и расстройств личности
ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России;

Н. В. Симашкова — доктор медицинских наук,
заведующая отделом по изучению проблем детской психиатрии
с группой исследования детского аутизма ФГБУ «НЦПЗ РАМН» Минздрава России;

Н. В. Богданович — кандидат психологических наук,
доцент кафедры юридической психологии ГБОУ ВПО г. Москвы «МГППУ»

*Издание рекомендовано Ученым советом
ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России,
пр. № 9 от 28 октября 2011 г.*

**Макушкин Е. В., Бадмаева В. Д.,
Дозорцева Е. Г., Ошевский Д. С., Чибисова И. А.**

Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых в уголовном процессе. Руководство для врачей. — М. ; СПб. : Нестор-История, 2014. — 124 с.

ISBN

В руководстве представлены международные подходы и современные отечественные организационно-методологические принципы производства КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых в уголовном процессе. Прокомментированы положения УК РФ, касающиеся такого рода экспертиз. Изложены современные клинические и экспертные подходы к диагностике органического расстройства личности в подростковом возрасте. Описаны особенности эмоциональных реакций патологического и непатологического уровня у несовершеннолетних. Предложен методологический алгоритм, учитывающий компетенции специалистов (судебно-психиатрического эксперта и эксперта-психолога) при оценке аффективных деликтов.

Предназначено для психиатров, судебно-психиатрических экспертов, психологов, юристов, педагогов смежных дисциплин.

УДК
ББК

© Группа авторов, 2014
© ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского»
Минздрава России, 2014
© Издательство «Нестор-История», 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
1. Психическое развитие в подростковом и юношеском возрасте	8
2. Международный опыт правового регулирования, организации и проведения комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз несовершеннолетних	15
2.1. Общие международные принципы в работе с делинквентными подростками	16
2.2. Психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних в ФРГ	19
2.3. Психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних во Франции	33
2.4. Психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних в США	35
3. К истории формирования КСППЭ несовершеннолетних в Российской Федерации	37
4. Организационные и правовые аспекты КСППЭ несовершеннолетних	40

5. КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых	50
5.1. КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых в соответствии с ч. 3 ст. 20 УК РФ. Психологический аспект: методология и практика	51
5.2. Психолого-психиатрическая оценка ОРЛ у несовершеннолетних	71
5.3. КСППЭ эмоциональных состояний патологического и непатологического уровня у несовершеннолетних обвиняемых	89
5.3.1. Состояние аффекта у несовершеннолетних при совершении ими агрессивно-насильственных правонарушений	90
5.3.2. Эмоциональные состояния, оказавшие существенное влияние на сознание и регуляцию поведения.	103
5.3.3. Эмоциональные состояния, нашедшие отражение в поведении, но не оказавшие существенного влияния на сознание и регуляцию поведения несовершеннолетнего обвиняемого	104
5.3.4. Клиническая картина патологических аффективных реакций — «исключительных состояний» у несовершеннолетних.	105
5.3.5. Комплексная психолого-психиатрическая оценка аффективных деликтов в подростковом возрасте.	116
ЛИТЕРАТУРА.	119

СОКРАЩЕНИЯ

КСППЭ	комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза
МКБ-10	международная классификация болезней
НД	наркологический диспансер
ООД	общественно опасные деяния
ОРЛ	органическое расстройство личности
ПАВ	психоактивные вещества
ПНД	психоневрологический диспансер
ПТУ	профессионально-техническое училище
СИЗО	следственный изолятор
СПЭ	судебно-психиатрическая экспертиза
УК РФ	Уголовный кодекс Российской Федерации
УПК РФ	Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации
ЭПИ	экспериментально-психологическое исследование
АПНЛ	амбулаторное принудительное наблюдение и лечение

ВВЕДЕНИЕ

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза является самым адекватным и наиболее часто назначаемым видом экспертиз при освидетельствовании несовершеннолетних. Как показывает анализ экспертной практики ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России, КСППЭ составляют до 98 % стационарных и около 90 % амбулаторных экспертиз, производимых в отношении детей и подростков. За последние 15 лет число комплексных экспертиз несовершеннолетних в РФ увеличилось почти в 4 раза — с 5622 в 1997 г. до 21 529 в 2011 г. (Мохонько, Муганцева, 2012). Отмечается неуклонная тенденция к расширению круга вопросов, задаваемых экспертам судами и следственными органами. Необходимость учета экспертами уровня и качества психического развития при освидетельствовании подростка стала особенно очевидной после принятия Постановления Верховного Суда РФ № 1 от 1 февраля 2011 г. «О судебной практике применения законодательства, регламентирующего особенности уголовной ответственности и наказания несовершеннолетних»¹. При наличии данных об отставании в психическом развитии несовершеннолетнего судебно-следственным органам прямо предписывается назначение КСППЭ несовершеннолетнему, в том числе для определения его психического состояния и способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела.

¹ О судебной практике применения законодательства, регламентирующего особенности уголовной ответственности и наказания несовершеннолетних: Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 1 февраля 2011 г. № 1 // Рос. газ. 2011. 11 февр.

Применительно к подростковому возрасту для дифференцированной комплексной экспертной оценки требуется все многообразие клинического выражения психических и поведенческих расстройств, включающих пубертатные девиации, органическую почву, проявления дизонтогенеза, влияние микро- и макросоциальных психотравмирующих воздействий. Междисциплинарный характер комплексных экспертиз, соответствующий современному представлению о многоуровневом проявлении психических расстройств в подростковом возрасте, позволяет синтезировать выводы психиатров, психологов, сексологов и других специалистов, привлекаемых к производству судебно-психиатрических экспертиз несовершеннолетних.

Подростковый и юношеский периоды характеризуются определенной социальной ситуацией развития, нормами и особенностями формирования личности, отличающими их от смежных возрастов. Вместе с тем границы этих периодов не имеют жестко фиксированных календарных сроков и определяются несколько по-разному в работах российских и зарубежных ученых. Так, за рубежом, как правило, говорят о едином этапе подросткового возраста (*adolescence*), который охватывает промежуток от 11–12 до 19–20 (в некоторых случаях — до 22–23) лет, иногда выделяя ранний и старший периоды. В России традиционно возрастной этап после 10 и до 18 лет разделяют на два — подростковый и юношеский. В ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России с учетом, главным образом, разработок отечественных психологов (Эльконин, 1971; Петровский, 1982; Выготский, 1983; Фельдштейн, 1989) принято использовать в научных исследованиях и экспертной практике определение подросткового возраста как периода между 11–12 и 14–15 годами, юношеского — между 14–15 и 16–17 годами. В некоторых работах (Кулагина, Колюцкий, 2009) период от 15 до 16–17 лет обозначают как раннюю юность, в то время как собственно юность охватывает промежуток от 16–17 до 20–23 лет, после чего наступает период молодости, а затем и зрелости — профессиональной и личностной.

Вместе с тем для выделения подросткового и юношеского возрастов существуют объективные критерии возрастного развития. Их можно подразделить на физиологические, социальные и психологические.

Физиологический аспект

В подростковом возрасте происходят перестройка и интенсивное развитие многих важных систем организма, прежде всего нервной, эндокринной, репродуктивной. Наблюдаются физический рост, изменения массы тела и внешности. Существенные структурно-функциональные изменения претерпевает нервная система. Известно, что уже к 10 годам в организме человека формируется сложная система работы мозговых структур, развиваются функциональные зоны коры головного мозга, отвечающие за регуляцию поведения, что способствует становлению произвольности поведения. Однако для перехода на более высокий и эффективный уровень функционирования система нуждается в значительной перестройке, которая осуществляется за счет не только прогрессивного развития новых связей, но и — в особенности на первом этапе — регресса уже приобретенных. С наступлением подросткового возраста (примерно с 11–12 лет) происходит десинхронизация мозговой активности, дисбаланс корко-подкорковых соотношений с преобладанием подкорковых влияний, что становится причиной характерных для подростков неустойчивости эмоций и поведения, импульсивности, противоречивости, склонности к совершению необдуманных поступков под влиянием непосредственных побуждений. Одновременно развиваются эндокринная и половая системы организма. Это является основанием для еще одного обозначения подростково-юношеского возраста — как пубертатного периода. Гормональная активность способствует формированию репродуктивной системы человека и в то же время появлению и усилению влечений и импульсов, которые должны регулироваться в соответствии с требованиями социальных норм. Для организма и психики подростка свойственны не только выраженность и динамика изменений, но и неравномерность темпов формирования различных систем и функций. Это касается гендерных особенностей развития. Известно, что на этом этапе девочки опережают мальчиков по физическому, физиологическому, психическому развитию на 1–2 года, и лишь впоследствии, на стадии юношеского периода, гендерное различие сглаживается. Таким образом, уже на уровне физиологии подростковый возраст является переходным, «кризисным» и подготовительным к более высокому уровню реализации возможностей молодого человека.

Примерно к 15–16 годам в норме наступает этап синхронизации и гармонизации процессов в нервной системе с возвратом к приоритету корковых систем и развитием лобных долей мозга, ответственных за осознанную регуляцию деятельности. Юношеский период характеризуется в большей степени поступательным развитием, структурированием и усложнением новых систем, как физиологических, так и психологических.

Подростковый возраст — один из наиболее уязвимых для возникновения и развития психических расстройств. Не случайно некоторые западные и отечественные психиатры и психологи (Лакосина, Ушаков, 1984; Ковалев, 1985; Личко, 1985; Вострокнутов, Макушкин, 2004; Гурьева, 2004; Бюлер, 2008 и др.) выделяют в пубертатном периоде две фазы — негативную и позитивную, соответствующие подростковому и юношескому возрасту, отмечая при этом наибольшую выраженность нарушений развития и психопатологических проявлений именно в период негативной фазы.

Социальный аспект

В подростковом и юношеском возрасте происходит существенное изменение социальной ситуации развития молодого человека. Она связана, прежде всего, с этапами получения образования. В подростковом возрасте это переход в среднюю школу, расширение круга общения, постепенный перенос приоритета в общении с семьи на сверстников. В юношеском (старшем школьном) возрасте — это получение неполного среднего образования и выбор будущей профессии.

Психологический аспект

Подростковый возраст представляет собой один из самых важных этапов в развитии личности молодого человека. Личность — это система, осуществляющая регуляцию социальной деятельности и проходящая в своем развитии несколько последовательных этапов. На предшествующих возрастных стадиях развитие личности было ознаменовано началом присвоения ребенком внешних норм и правил (с 3 лет) и затем формированием внутренней мотивационной системы, которая отражает нормы ближайшего окружения и позволяет ребенку регулировать свое поведение на основе этих норм (около 7 лет). Этот

процесс и его результат были обозначены в российской психологии как «первое рождение» личности (Эльконин, 1971; Леонтьев, 1977). В подростковом периоде построение основ личности завершается формированием самосознания — главного психологического новообразования, возникающего к концу подросткового возраста и характеризующего «второе рождение» личности. Самосознание как концепция Я, обладающего индивидуальными взглядами, принципами, приоритетами и ценностями, в совокупности с самооценкой и волевыми качествами является основой саморегуляции взрослого человека, его способности к осознанному и волевому руководству своими действиями. Именно самосознание и саморегуляция становятся итогом подросткового периода, делают человека субъектом ответственного поведения и служат предпосылкой правовой ответственности.

В процессе развития в подростковом возрасте возрастают интеллектуальные возможности молодого человека, развивается абстрактное мышление и способность к проведению формально-логических операций (Пиаже, 1994), формулированию моральных оценок с позиций социума (Kohlberg, 1971). Развиваются волевые процессы. Возникает еще одно важное образование подросткового возраста — «чувство взрослости» (Выготский, 1982). Все это служит предпосылкой успешного развития самосознания и саморегуляции, которое в настоящее время считается в возрастной психологии главным результатом психологического развития подростка.

Для выработки собственной позиции и индивидуальных норм подростку необходимо дистанцироваться как от мира детства, так и — на время — от мира взрослых, взгляды которых он до сих пор разделял без критической оценки. Если детство было для него периодом адаптации к чужим нормам, теперь он переживает период индивидуации, стремления к самостоятельности и проявлению собственной индивидуальности (Петровский, 1987). В качестве опоры в этом процессе ему необходимы сверстники, в общении с которыми формируются его собственные нормы. Не случайно ведущая деятельность подросткового периода — интимно-личное общение (Эльконин, 1971). Дружеские группы подростков, молодежные субкультуры позволяют выработать правила общения со сверстниками. Проверка существующих норм, в том числе правовых, принимает форму провокации, демонстративного

нарушения с тем, чтобы установить их истинность или действительность. В связи с этим девиантное и делинквентное поведение подростков нередко носит именно провокативный характер и способствует усвоению нарушаемых норм (Филонов, 1980). Это следует иметь в виду при назначении санкций за такого рода нарушение закона. Сама по себе санкция как реакция на недопустимое поведение необходима и имеет воспитательное значение, однако жесткое наказание с лишением свободы может приводить к противоположному результату.

В подростковом возрастном периоде идет процесс психосексуального развития молодого человека. К концу периода он может не только понимать содержательную сторону сексуальных отношений, но и их социальный смысл и нормативную регуляцию. У подростка и юноши формируется собственная психосексуальная идентичность, а также партнерские психосексуальные предпочтения.

Для подросткового возраста характерны многие черты незрелости, обусловленные физиологическими особенностями, промежуточным положением этого периода между детством и взрослостью и его кризисным характером. Неустойчивость оценок и поведения, категоричность суждений, колебания эмоций, повышенная ранимость, склонность к самоутверждению, в том числе за счет утрированного копирования форм поведения взрослых или экстремальных проявлений, оппозиционность по отношению к авторитетам (Валлон, 1997), негативизм, склонность к протестным реакциям, конфликты со взрослыми (Драгунова, 1979) и группирование со сверстниками, некритичное следование образцам их действий — все это свойства, типичные и нормальные в подростковом возрасте. Вместе с тем эти особенности — отражение сложного и проблемного процесса становления личности. Он продолжается в следующем, юношеском возрастном периоде.

Юношеский возраст отчасти сохраняет черты, свойственные подростковому периоду, однако в модифицированной форме. Юноша вступает в период интеграции с социумом в широком смысле (Петровский, 1987). Его личность приобретает определенность и устойчивость. Сглаживается резкость перепадов настроения, более взвешенными и дифференцированными становятся суждения, обоснованные уже собственным опытом. Упрочивается мотивационная структура, формируется мировоззрение, планы на будущее приобретают все большую

перспективу. Ведущей деятельностью юношеского периода является профессиональное самоопределение (Эльконин, 1971). Свойственное подростку стремление познакомиться с различными сферами, выявить собственные способности у юноши сменяется выбором определенного профессионального направления и жизненного плана, что считается центральным психологическим новообразованием юношеского возраста. Реализация этих планов происходит в следующих возрастных периодах.

Описанные выше психологические характеристики подросткового и юношеского возраста могут рассматриваться как нормы психического развития для этих возрастных этапов. Важно подчеркнуть, что нормы развития существуют только по отношению к возрастным периодам в целом. Норм для конкретных календарных возрастов внутри периодов нет, и они не могут быть однозначно определены по ряду причин. Одной из них является высокая вариативность темпов развития на внутрииндивидуальном, межиндивидуальном и гендерном уровнях. Кроме того, нормы имеют качественный характер, изменяются с течением времени и определяются социальной ситуацией развития ребенка или взаимодействием его собственных процессов созревания с конкретными культурно-историческими условиями. И это качество является характеристикой всего возрастного периода (Кудрявцев, Дозорцева, 1988).

Таким образом, можно дать обобщенную характеристику возрастным периодам и свойственным для них нормативным особенностям психического развития. Подростковый период (примерно от 11 до 15 лет) — этап возрастного развития, характеризующийся перестройкой важнейших систем индивида (организма) и личности человека с преимущественно противоречивым, неравномерным и кризисным протеканием этого процесса и формированием в конце периода его центрального психологического новообразования — самосознания, знаменующего формирование основных личностных структур и служащего основой для осознанного и волевого управления личностью (субъектом) своим социально значимым поведением. Ведущей деятельностью этого периода является интимно-личностное общение со сверстниками. Юношеский период (примерно от 15 до 17 лет) — этап возрастного развития, на протяжении которого стабилизируются,

синхронизируются, гармонизируются, структурируются основные линии развития интеллекта, эмоций, воли, мотивационно-смысловой системы, норм и ценностей, личности в целом. Ведущая деятельность этого периода — выбор профессионального и жизненного пути, центральное новообразование — профессиональное и личностное самоопределение юношей и девушек. В юношеском возрасте происходит интеграция молодого человека в социум на новом уровне отношений общества и личности.

2

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ, ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Подростковая делинквентность, подростковая преступность, агрессия детей и подростков — эти явления существуют во всех цивилизованных странах, заставляя законодателей и все общество искать способы для ресоциализации молодых людей, нарушающих закон. Подобная задача стоит и перед Россией, для которой всплеск преступности несовершеннолетних в конце XX — начале XXI века стал реальной социальной проблемой. Стабилизация экономической и социальной ситуации в последние годы способствует уменьшению общей напряженности и асоциальных тенденций среди молодежи. Вместе с тем становится все более очевидным тот факт, что для эффективной профилактики делинквентного поведения подростков и реабилитационно-воспитательной работы с несовершеннолетними, нарушившими закон, необходимы новые подходы и технологии. При их разработке чрезвычайно полезно проанализировать опыт, накопленный зарубежными странами, с тем чтобы использовать наиболее перспективные современные методы.

Решение юридических вопросов, связанных с правонарушениями несовершеннолетних, и выбор по отношению к ним адекватных мер зависят от общей идеологии и принципов, с которыми социум подходит к молодежи, правового регулирования санкций и мер, возможностей социальной сферы, а также от индивидуальных особенностей

несовершеннолетнего. Последнее требует получения максимально полных данных о подростке, охватывающих психологическую, педагогическую, социальную, медицинскую сферы. Поскольку значительное число подростков, привлекаемых к уголовной ответственности, демонстрирует не только девиации социального поведения, но и различного рода психические расстройства, включая нарушения психического развития, особое значение для их квалификации имеет комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних. В то же время вопросы, которые ставятся перед экспертами, зависят от судебно-правового контекста, в котором решаются дела подростков-правонарушителей. В связи с этим целесообразно при анализе международного опыта в области проведения подобного рода экспертизы получить представление об особенностях судебной системы для несовершеннолетних в той или иной стране.

2.1. Общие международные принципы в работе с делинквентными подростками

Установки мирового сообщества к отправлению правосудия по отношению к несовершеннолетним отражены в ряде международных документов (Пекинские правила, Эр-Риядские и Гаванские соглашения). В них подчеркивается необходимость гуманного обращения с юными правонарушителями, применения к ним наказания в виде лишения свободы только в тех случаях, когда этого невозможно избежать. Названные принципы реализуются в большинстве стран Европы и Северной Америки посредством ювенальной юстиции — специальной системы правосудия в отношении несовершеннолетних, основная задача которой состоит не в определении ответственности и наказании подростка за содеянное, а в реинтеграции его в общество и профилактике совершения им правонарушений в будущем. Обязательство создать подобную систему взяла на себя и Россия, однако в настоящее время ее внедрение в нашей стране имеет скорее экспериментальный характер и реализуется лишь в нескольких регионах.

Ювенальная юстиция не имеет унифицированного характера и в разных странах имеет свои особенности. Так, например, различа-

ются верхние и нижние границы привлечения несовершеннолетних к суду за делинквентное поведение и, соответственно, само юридическое понятие несовершеннолетия. Отличаются и принятые в отдельных странах подходы к рассмотрению проблемы делинквентности несовершеннолетних. В одних государствах принята модель, основанная на стремлении обеспечить «социальное благополучие» подростка и фокусирующаяся на его потребностях. В других больше внимания обращается на «справедливость», возможность «возмездия/возмещения и защиту общества». В большинстве случаев эти элементы сочетаются, отражая оптимальные интересы самих юных правонарушителей, их жертв и общественности. Соответствующим образом выстраиваются и потребности суда в компетентном мнении специалистов относительно характеристик самого юного делинквента.

В 2003 г. Советом Европы были приняты новые рекомендации по работе с делинквентностью несовершеннолетних. В них сконцентрировано внимание общественности на необходимости быстрого и последовательного принятия мер по отношению к подростку, нарушившему закон. Такие меры должны в меньшей степени ориентироваться на изоляцию несовершеннолетнего от общества, а больше обеспечивать возможность восстановительных процедур, направленных на смягчение вреда, причиненного виновным потерпевшему. Предлагается в большей степени возлагать ответственность за противоправное поведение подростка на его родителей и включать их в реабилитационную работу, обязывать посещать обучающие мероприятия и специальные курсы. Некоторые пункты принятых Советом Европы рекомендаций имеют непосредственное отношение к характеристикам развития подростков, оценка которых может относиться к компетенции комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Так, в пункте 3 рекомендаций говорится: *«Способность нести вину должна отражать возраст и зрелость правонарушителя и согласовываться со стадией его развития, а меры уголовного характера следует применять постепенно в соответствии с увеличением индивидуальной ответственности»*. Если это положение относится скорее к вопросу о том, когда может начинаться уголовная ответственность подростка, то в пункте 5 рекомендаций затрагиваются проблемы зрелости и возрастного развития применительно к возрасту, при котором заканчивается действие

ювенальной юстиции и начинается применение законодательства для взрослых. Этот пункт гласит: «С учетом более продолжительного перехода к взрослости молодые взрослые до возраста 21 года должны быть судимы и получать приговоры как несовершеннолетние, а также подвергаться аналогичным мерам, если только суд не примет решение о том, что они так же зрелы и ответственны за свои действия, как и полностью зрелый взрослый». Таким образом, оценка зрелости и особенностей развития несовершеннолетних и молодых взрослых, переступивших за границу несовершеннолетия, является одним из важных вопросов как ювенального судопроизводства, так и в целом политики европейских государств по отношению к подросткам, нарушавшим закон. Еще один важный момент, присутствующий в ряде положений этого документа и имеющий значение для экспертной практики, — постоянная необходимость при принятии решений относительно конкретного несовершеннолетнего оценивать риск совершения им повторных правонарушений в будущем. Подчеркивается потребность в разработке инструментов такой оценки для выбора адекватных по характеру, интенсивности и продолжительности мер воздействия (пункт 7). Подобная оценка требуется, по мнению авторов рекомендаций, во всех случаях, когда решается вопрос о помещении подростка под стражу во время следствия или в закрытое учреждение для реабилитации (пункт 12). Наконец, при помещении в учреждение такого рода оценка риска правонарушений должна сопровождаться оценкой потребностей подростка для выработки плана реинтеграции, подготавливающего его к освобождению. При этом учитываются его потребности в образовании, материальном обеспечении, медицинской помощи, семейном окружении и общении (пункт 13). Все перечисленные варианты получения оценочной информации предполагают мультидисциплинарное взаимодействие специалистов в области социальной работы, педагогов, а также — не в последнюю очередь — психологов и психиатров.

Далее мы рассмотрим, каким образом осуществляется решение экспертных вопросов, которые ставит суд перед психолого-психиатрической экспертизой несовершеннолетних в некоторых странах Европы и Северной Америки.

2.2. Психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних в ФРГ

Правовое регулирование и организация экспертизы несовершеннолетних

Правовые, организационно-методические, научные основы и практика КСППЭ несовершеннолетних в ФРГ представляют для российских специалистов особый интерес. Это связано с общностью традиций двух стран в области психиатрии и отчасти клинической психологии. Более сходны по сравнению с другими европейскими странами те правовые положения, на основании которых проводится экспертиза, а также возникающие экспертные проблемы и трудности. Вместе с тем система комплексной экспертизы в Германии имеет свои существенные отличия и характерные особенности. При ее описании мы будем использовать работы известных немецких авторов (Lempp et al., 1999; Ostendorf, 1999; Schuetze et al., 1999).

Согласно общим правовым постулатам немецкой судебной системы, суд, стремясь к истине и справедливости, исходит из презумпции свободы каждого человека. Конституцией Германии закреплено понимание человека как личности, обладающей способностью к самостоятельному ответственному построению собственной жизни. Свобода тем самым неразрывно связана с ответственностью. В то же время свобода самоопределения и самоконтроля отдельного человека, формировавшегося в неблагоприятных обстоятельствах, находящегося в сложной ситуации, может быть поставлена под сомнение. Для разрешения подобных сомнений суд прибегает к помощи эксперта — «специалиста, который может высказать наиболее компетентное суждение по поводу определенного вопроса или обстоятельства дела в своей профессиональной области» (Lempp et al., 1999).

С одной стороны, эксперт независим от суда и отвечает лишь перед собственной профессиональным сообществом и своей совестью. С другой — суд не обязан некритично принимать выводы эксперта, поскольку ответственность за решение, в конечном счете, лежит на суде. На практике же нередко наблюдается доминирование мнения экспертов, в связи с чем они иногда рассматриваются как «судьи в белом».

Адекватность решения во многом зависит от эффективности коммуникации между представителями юстиции и специалистами. Поэтому особые требования предъявляются к понятности и общедоступности языка экспертов, что обеспечивает прозрачность их выводов и, в случае необходимости, возможность проверки результатов.

Эксперт по делу назначается судом или прокуратурой, но работает только в интересах суда и берет на себя обязательство полной открытости перед судом во всем, что касается экспертизы. Судья обязан контролировать деятельность эксперта и отвечает за ее проведение в рамках установленных правил. Принимая заказ на выполнение экспертизы, эксперт становится своего рода помощником судьи, причем в этом отношении с него снимается обязанность хранить врачебную тайну. Проведение частных экспертиз по заказу адвокатов той или иной стороны, как правило, не допускается. В суде такие экспертизы обычно оспариваются, а специалист теряет репутацию эксперта. Исключение составляют случаи, когда по инициативе адвоката рассмотрение дела в суде должно быть возобновлено, а для обоснования требуется проведение экспертного исследования. Заказчиком экспертизы при этом выступает адвокат.

Выбор эксперта для проведения экспертизы в уголовном процессе по делам несовершеннолетних осуществляется в зависимости от поставленных судом вопросов. Если речь идет об определении вменяемости (§ 20 УК ФРГ) или уменьшенной вменяемости (§ 21 УК ФРГ), направлении в психиатрическую или наркологическую больницу, то привлекаются эксперты психиатры и психологи с клиническим опытом. В случаях экспертиз, касающихся уровня развития (§ 3, 32, 105 Ювенального судебного закона ФРГ), в первую очередь обращаются к специалистам в области психологии развития; психиатры здесь, как правило, исключаются. При определении прогноза опасности и санкций (§ 43 ч. 2 Ювенального судебного закона ФРГ) наряду с психологами, специализирующимися в сфере педагогической и социальной психологии, а также психотерапевтами, к экспертизе могут быть привлечены социологи, занимающиеся проблемами преступности, социальные педагоги и социальные работники.

Отказ от выполнения экспертизы может наказываться штрафом. Штрафные санкции на эксперта могут быть также наложены в случае несоблюдения сроков выполнения экспертизы (Ostendorf, 1999).

Проведение экспертизы разделяется на две части: исследовательскую, в рамках которой осуществляется психолого-психиатрическая диагностика, и экспертную, задача которой состоит в ответе на вопросы суда.

При психолого-психиатрическом исследовании проводится опрос самого подэкспертного и его окружения, сбор клинических и клинико-психологических данных (в том числе получаемых в результате тестирования), а также общий медицинский осмотр несовершеннолетнего. Результаты диагностики оформляются в соответствии с международными классификациями МКБ или DSM и дополняются психодинамическим описанием процесса и условий психического развития.

В процессе исследования могут возникнуть правовые коллизии. Например, при опросе родственников несовершеннолетнего обвиняемого должно соблюдаться их право не свидетельствовать против него. Аналогичным образом сам подросток должен быть проинформирован (и это часто делают адвокаты, которые имеют право присутствовать при проведении экспертизы) о своем праве не раскрывать эксперту сведения, которые могут быть использованы против него, поскольку эксперт обязан предать их гласности на суде. Все это может приводить к недостаточности данных для экспертизы. R. Lempp, G. Schuetze и G. Koehnken (1999) полагают, что одним из решений проблемы могло бы стать проведение психолого-психиатрической диагностики не в режиме экспертного исследования, а в условиях сохранения врачебной тайны. После постановки диагноза можно было бы потребовать у адвоката и его подопечного передачи результатов обследования в суд для последующего проведения экспертизы. Однако и этот путь имеет значительные трудности. Еще одно обстоятельство, способное вызвать конфликт интересов, связано с тем, что обсуждение некоторых важных для экспертизы тем, особенно по делам о сексуальных правонарушениях, может привести к психической травматизации подэкспертного. При этом эксперт не имеет права оказать ему поддерживающую или терапевтическую помощь, поскольку в подобном случае потенциально может быть обвинен в пристрастности. По мнению авторов, коллизия между уголовно-процессуальными и профессиональными обязанностями психиатров и психологов как экспертов в немецкой практике пока не разрешена.

Экспертная часть заключения посвящается исключительно ответам на вопросы суда. Здесь остро стоят вопросы компетенции эксперта. Он ни в коем случае не должен брать на себя функции передачи суду новой информации, имеющей криминалистический характер, а обязан опираться только на материалы дела, которые ему были переданы судом. В некоторых случаях возможно выделение и экспертная оценка нескольких альтернатив, ведущих к различным результатам. Задача суда — выбрать ту версию, которая будет положена в основу его решения. Эксперт в любой момент может попросить отвечающего за экспертизу судью о помощи при работе со сложным материалом или о постановке дополнительных вопросов. В обязанности эксперта входит четкое знание границ своей компетенции и тех случаев, когда он не может ответить на вопрос с достаточной степенью вероятности.

В результате сбора и анализа данных эксперт (эксперты) составляет письменное заключение. Однако в уголовном процессе такое заключение имеет лишь предварительный характер. Окончательная экспертиза проводится только в судебном заседании с учетом всех данных, которые стали известны в процессе судебных слушаний. В связи с этим эксперт должен быть обязательным участником судебного процесса на всем его протяжении.

Анализ и цитирование документальных данных при написании заключения должны быть достаточно подробными, с тем чтобы при повторной экспертизе не возникало необходимости в их новом изучении. Часто при наличии соответствующих симптомов необходимо специализированное обследование головного мозга (ЭЭГ, компьютерная томография), для чего требуется получение разрешения суда и согласия подэкспертного или его законных представителей. Описание психического статуса должно быть как можно более детальным и подробным, дающим полную картину состояния подэкспертного.

Данные психологического исследования преимущественно с использованием стандартизированных тестовых методик используются для объективации и обоснования клинических выводов. Отношение к проективным тестовым методам в экспертной практике более сдержанное, поскольку они не имеют точных статистических оценок. Вместе с тем они могут быть очень полезными при работе с подростками, от которых трудно получить сведения другим путем. Психологическое

исследование может проводиться в рамках комплексной экспертизы, заключение которой подписывают вместе психиатр и психолог, либо как дополнительная экспертиза, которую заказывает эксперт-психиатр.

Диагноз в экспертном заключении приводится в соответствии с главой V (F) МКБ-10, но может быть дополнен формулировкой в старом классическом варианте, который более понятен неспециалистам.

Резюмирующая часть заключения состоит из краткого описания основных результатов предшествующего исследования, которые лежат в основе ответов на поставленные судом вопросы. Помимо обоснования ответов эксперт может привести свои сомнения в их однозначности. Кроме того, требуется указать, на каких теоретических основаниях делаются выводы.

Наконец, еще одна тема, которая рассматривается не во всех экспертизах несовершеннолетних в рамках уголовного процесса, но представляется чрезвычайно важной, — это прогноз дальнейшего психосоциального развития несовершеннолетнего правонарушителя. Хотя выводы в подобном случае всегда имеют лишь вероятностный характер, эксперт может высказаться относительно того, какие меры и условия необходимы, чтобы прогноз с большей вероятностью был более благоприятным, а какие обстоятельства могут препятствовать позитивному развитию. Возникающая при этом проблема заключается в том, что эксперт как бы предопределяет решения суда. Однако Ювенальный судебный закон Германии требует, чтобы вопросы ресоциализации рассматривались в качестве первоочередных.

После написания заключения эксперт включается в судебные слушания, где должен дать окончательное заключение устно. Присутствуя в судебных заседаниях на стадии сбора доказательств, эксперт имеет право на допрос свидетелей и задает вопросы после прокурора и адвоката. В принципе, он не оценивает достоверность показаний свидетелей. Однако, например, по просьбе суда эксперт-психолог может сделать заключение о мотивах правонарушения, что, в свою очередь, невозможно без оценки достоверности показаний. Выход из этой дилеммы немецкие авторы (Lempp R. et al., 1999) видят в том, что эксперт может дать альтернативные выводы, из которых суд выбирает что-то одно на основе собственных критериев. Эксперт может попросить участников процесса, с которыми он беседовал в период написания экспертизы,

подтвердить данные ими прежде показания. Если же в суде эти показания не подтверждаются, но эксперт продолжает опираться на них при выработке экспертного заключения, то суд допрашивает его по поводу приведенных сведений как свидетеля под присягой. В любом случае действительной считается та экспертиза, которая была устно оглашена в суде, тогда как письменная имеет лишь предварительный характер. Эксперт также подвергается допросу со стороны суда, прокурора, адвоката и обязан обосновать сделанные им выводы.

Оплата экспертизы производится в соответствии с законом о компенсации затрат свидетелям и экспертам. Почасовая оплата учитывает сложность экспертизы по соответствующей шкале от простой до особо сложной. Психиатрическая экспертиза соответствует категориям «сложная» и «особо сложная». Временные затраты на экспертизу оцениваются по средним стандартам. Например, при изучении документов норматив составляет около 60 страниц в час, при записи заключения на диктофон и корректуре текста — примерно 6 страниц в час. Аналогичным образом по существующим стандартам оплачиваются транспортные и прочие расходы, связанные с подготовкой экспертизы и участием в судебном заседании.

Предметные области психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних

В немецком уголовном законодательстве выделяются следующие возрастные категории, по отношению к которым существуют различные правовые нормы:

- Дети (до 14 лет). Уголовно не ответственны.
- Несовершеннолетние (14–17 лет). Условно уголовно ответственны.
- Совершеннолетние «подростки» (18–21 год). Уголовно ответственны, но к ним может быть применен Ювенальный судебный закон.
- Взрослые (старше 21 года). Полная уголовная ответственность.

Психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних в уголовном процессе ФРГ проводится в трех предметных областях:

- Уголовная ответственность несовершеннолетних в соответствии с § 3 Ювенального судебного закона, § 20 и § 21 УК ФРГ.

- Применение ювенального законодательства или уголовного законодательства для взрослых (§ 105 и 32 Ювенального судебного закона) по отношению к совершеннолетним «подросткам».
- Принятие решения о санкциях и мерах (§ 10, 17 Ювенального судебного закона, § 63, 64 УК ФРГ) к несовершеннолетним.

Рассмотрим особенности каждого из перечисленных вариантов экспертиз.

Определение уголовной ответственности несовершеннолетних

В соответствии с § 3 Ювенального судебного закона несовершеннолетний в возрасте от 14 до 18 лет является уголовно ответственным лишь в том случае, если он во время совершения правонарушения «*по своему моральному и умственному развитию достаточно зрел для того, чтобы понимать неправомерность поступка и действовать в соответствии с этим пониманием*» (Ostendorf, 1999). Н. Ostendorf толкует эту норму следующим образом: только тогда, когда подросток осознает, что делает что-то запретное, и при этом может проявить достаточную способность сопротивления побуждениям к совершению поступка, его можно привлекать к уголовной ответственности. Из сказанного ясно, что немецкий законодатель исходит из презумпции недостаточной способности несовершеннолетнего подростка к осознанному и свободному волевому контролю собственных действий, а сформированность этой способности у конкретного правонарушителя подлежит доказательству.

Если сравнить приведенные положения с нормами российского уголовного закона, то можно отметить, что учет специфики несовершеннолетия проявляется в Уголовном кодексе РФ, главным образом, в том, что для подростков от 14 до 18 лет предусмотрен ряд ограничений в применении уголовного законодательства, а также предполагается использование мер воспитательного характера. В определенном смысле в качестве аналога § 3 Ювенального судебного закона ФРГ может рассматриваться ч. 3 ст. 20 УК РФ. Однако последняя имеет по отношению к немецкой норме «зеркальный» характер, поскольку исходит из представления о наличии у подростка в норме психических предпосылок уголовной ответственности, в то время как доказыванию подлежит их отсутствие или ограничение.

Комментаторы положений § 3 Ювенального судебного закона ФРГ (Ostendorf, 1999) указывают на неопределенность понятия «зрелость» или «зрелость развития». В данном контексте должна определяться зрелость подростка не вообще, а тех конкретных функций, которые обеспечивают предпосылки ответственности, причем ко времени совершения правонарушения. В качестве некоего образца выступает психическое развитие 18-летнего совершеннолетнего, который, в принципе, обладает необходимыми возможностями, позволяющими нести ответственность в уголовном порядке. Возникает также вопрос о нормативах развития для подростков в возрасте 14, 15, 16, 17 лет, однако констатируется отсутствие конкретных норм такого рода.

В § 3 Ювенального судебного закона говорится о моральной и умственной зрелости несовершеннолетнего.

Под *моральной зрелостью* понимается развитие ценностного сознания, причем различие правильного и неправильного должно опираться на эмоциональную сферу. В то же время умственная зрелость предполагает принятие рациональных решений. Однако чаще противоправные действия совершаются не в силу непонимания их неправильности, а вследствие слабости воли. Поэтому, утверждают немецкие авторы, если подросток в 14–15 лет и может ориентироваться в системе ценностей, этого недостаточно для утверждения, что он может управлять своими действиями, необходима также оценка его способности к торможению собственных импульсов. Аналогичным образом интеллектуальное развитие не предопределяет развитие моральное. При оценке зрелости требуется рассмотрение процесса и факторов социализации, их возможного негативного влияния. В конкретном деле следует тщательно проанализировать, какое место занимают противоправные действия в жизни подростка, насколько они привычны или, напротив, чужды, исходя от детского игрового поведения. Все это имеет значение для определения способности понимать их неправильность.

При проведении диагностического исследования возникает вопрос о методическом арсенале экспертов. Определяя *умственное* развитие несовершеннолетнего подэкспертного, немецкие специалисты опираются на общее впечатление, анамнестические сведения и результаты тестового обследования подростка. Они рекомендуют использовать как вербальные (немецкая версия теста Векслера), так и невербальные

стандартизированные методы (прогрессивные матрицы Равена), а также анализировать интеллектуальный профиль в целом для выявления частичных нарушений умственной деятельности.

Значительно более сложной задачей, с точки зрения немецких авторов, является оценка *моральной* зрелости. Обычно эксперты ориентируются на концепции морали, разработанные З. Фрейдом, Ж. Пиаже и Л. Колбергом. Особое значение придается переходу с прекоventionalной на conventionalную стадию развития в соответствии с систематикой Л. Колберга, что проявляется в смене позиций эгоцентризма и целесообразности на необходимость принятия существующего правопорядка. В то же время надежного теста для оценки уровня развития морали не существует. Косвенную информацию эксперты могут получить с помощью известных методик: теста тематической апперцепции (ТАТ) Г. Мюррея, а также теста фрустрационной толерантности С. Розенцвейга.

Решающим аспектом исследования зрелости является оценка способности несовершеннолетнего обвиняемого к волевым действиям. Поведение подростков часто определяется эмоциональными спонтанными проявлениями, воздействием агрессивной рекламы, влиянием приятелей, идеологически окрашенных группировок. Все это затрудняет самостоятельную регуляцию действий подростка.

Сложность в проведении экспертизы подобного рода состоит также в том, что состояние развития несовершеннолетнего должно оцениваться ретроспективно, и специалистам всегда необходимо иметь в виду процесс развития, продолжающегося после совершения правонарушения.

Согласно положениям § 3 Ювенального судебного закона в круг вопросов экспертов входят не все состояния незрелости, а лишь те, что обусловлены задержанным развитием. Если же они связаны с болезненными нарушениями, то действуют положения § 20 и 21 УК ФРГ о невменяемости и ограниченной вменяемости. Таким образом, требуется дальнейший анализ незрелости с точки зрения психопатологических изменений и прогностических оценок. О задержанном развитии может идти речь в тех случаях, когда, по крайней мере потенциально, возможно последующее «дозревание». Необходим очень высокий уровень квалификации эксперта для того, чтобы дифференцировать все эти состояния, так как болезненные нарушения могут сочетаться

с задержанным развитием, как, например, при гиперкинетическом синдроме. По мнению G. Schuetze и G. Schmitz, если этиология задержанного развития в конкретном случае неясна, юрист может отнести такой феномен к § 3 Ювенального судебного закона как к норме, предусматривающей менее массивное вмешательство. Если же патология и задержка развития присутствуют примерно в равной степени, то применение § 3 Ювенального судебного закона либо § 20 и 21 Уголовного кодекса ФРГ зависит от решения судьи, который принимает во внимание все обстоятельства дела (Ostendorf, 1999), в том числе тяжесть совершенного общественно опасного деяния и необходимость обеспечения безопасности общества (Schuetze, Schmitz, 1999). F.J. Freisleder (2000) предлагает в подобных спорных случаях иной подход. С его точки зрения, необходимо дать ответы на следующие вопросы:

- Какие психологические и педагогические последствия возможны для конкретного несовершеннолетнего в случае, если он будет признан уголовно неответственным вследствие недостаточной зрелости?
- Какие правовые последствия в спорных случаях обеспечивают лучший педагогически-терапевтический эффект для делинквентного подростка?

Как полагает автор, такой подход больше соответствует духу Ювенального судебного закона ФРГ, нацеленного на действенность применяемых к подростку мер.

*Применение ювенального законодательства
или уголовного законодательства для взрослых
по отношению к совершеннолетним «подросткам»*

Уголовные дела совершеннолетних «подростков» (от 18 до 21 года) ведутся ювенальной прокуратурой и передаются в ювенальный суд. Эти органы должны определить, следует ли применять по отношению к обвиняемому меры, предусмотренные Ювенальным судебным законом или Уголовным кодексом ФРГ. В соответствии с § 105 Ювенального судебного закона ювенальные санкции применяются к совершеннолетним «подросткам», если «общая оценка личности правонарушителя с учетом условий его жизни позволяет заключить, что он ко времени совершения правонарушения по своему моральному и умственному развитию еще мог быть приравнен к несовершеннолетнему, или по ха-

рактеру, обстоятельствам или движущим причинам правонарушения речь идет о юношеском проступке».

По отношению к совершеннолетним «подросткам» закон предполагает принципиальное наличие предпосылок уголовной ответственности, а обстоятельства, противоречащие этому, должны доказываться.

Вместе с тем, как утверждает Н. Ostendorf (1999), понятие «юношеский проступок» указывает на тип деликта, который не определен ни нормативно, ни научно. В него входят и такие виды нарушений закона, в том числе тяжкие, которые совершают и взрослые. Однако типичные для подростков правонарушения совершаются легкомысленно, под влиянием группы, в результате стремления к самоутверждению.

Аналогичным образом не имеет четкого определения и категория «моральной и умственной зрелости». Нет критериев отграничения уровней зрелости в 17- и 18-летнем возрасте. На практике все больше действует тенденция в случае возникновения сомнений толковать закон в пользу обвиняемого. Так, если в 1954 г. ювенальные санкции применялись лишь к 20,6 % совершеннолетних обвиняемых «подростков», в 1995 г. их доля составила 60,2 %. В случае тяжких правонарушений (убийства, сексуальные деликты) при проведении экспертиз предпосылки § 105 Ювенального судебного закона подтверждаются более чем в 80 % случаев (Ostendorf, 1999).

Тем не менее в случае проведения психолого-психиатрической экспертизы необходимы определенные критерии оценки. После введения в действие Ювенального судебного закона ФРГ в 1953 г. уже в 1955 г. были предложены так называемые «Марбургские руководящие указания» — критерии для оценки зрелости развития. В 1991 г. G. Esser et al. переработали их на основе широкого сравнительного исследования и предложили помимо внешнего впечатления от молодого человека следующий список признаков и альтернатив:

- реалистичное планирование жизни против жизни текущим моментом;
- самостоятельность по отношению к родителям против беспомощности и сильной потребности в поддержке;
- самостоятельность по отношению к группе сверстников и партнеру против беспомощности и сильной потребности в поддержке;

- серьезная либо игровая установка по отношению к работе и школе;
- реалистичное преодоление повседневных проблем против фанатизирования, авантюрных действий, вживания в роли, повышающие престиж в собственных глазах;
- дружба с ровесниками или старшими против дружбы преимущественно с младшими;
- способность устанавливать прочные связи против неустойчивости в межличностных отношениях или слабости связей с другими людьми;
- интеграция эроса и секса;
- последовательное адекватное настроение против подростковой смены настроений без повода.

Оценки по этим критериям производятся на основе анамнестических данных, а также результатов обследования, в том числе с помощью психологических тестов. Вместе с тем сделать точный экспертный вывод чрезвычайно сложно даже с опорой на перечисленные критерии, особенно если речь идет о правонарушителе с частичными проявлениями незрелости или о молодых людях из иной культуральной среды.

Еще одна идея, на основе которой предлагается проводить экспертную диагностику незрелости, состоит в том, что совершеннолетним «подростков» следует приравнивать к несовершеннолетним, если у них еще интенсивно идет процесс развития (Walter, 1989). Однако конкретных критериев оценки здесь также не дается.

Дополнительную трудность для экспертов создают также такие обстоятельства, как необходимость проводить оценивание по отношению ко времени совершения правонарушения, а также наличие психических расстройств, что требует разграничения патологического и непатологического задержанного развития.

Здесь уместно вновь обратиться к рекомендациям Совета Европы по работе с делинквентностью молодежи, которые цитировались ранее. Предлагаемый в них вариант предполагает распространение действия ювенального законодательства на всех без исключения молодых взрослых до возраста 21 года за исключением тех случаев, когда суд примет решение, что «они так же зрелы и ответственны за свои действия, как и полностью зрелый взрослый». Тем самым предполагается выяснение степени зрелости этой категории молодых людей по отношению не к не-

совершеннолетнему, как это имеет место в немецком законодательстве, а к взрослому человеку как эталону зрелости. Не исключено, что в этой формулировке содержится указание на новый, потенциально возможный в будущем предмет экспертного исследования.

Следует также заметить, что с рассматриваемым положением Ювенального судебного закона ФРГ можно соотнести ст. 96 УК РФ «Применение положений настоящей главы (об уголовной ответственности несовершеннолетних) к лицам в возрасте от восемнадцати до двадцати лет». Вместе с тем в ней говорится, что распространение положений, касающихся несовершеннолетних, на правонарушителей в возрасте 18–20 лет осуществляется судом лишь в исключительных случаях с учетом характера совершенного деяния и личности. Предметом экспертного исследования эти обстоятельства не стали.

Принятие решения о санкциях и мерах по отношению к несовершеннолетнему

В § 17 ч. 2 Ювенального судебного закона ФРГ говорится: «Судья назначает ювенальное наказание, если из-за вредных наклонностей несовершеннолетнего, которые проявились в правонарушении, недостаточно мер воспитательного характера или в силу тяжести вины требуется наказание». В особых случаях для применения этой статьи суд назначает психолого-психиатрическую экспертизу. Она необходима для выяснения обстоятельств не только в ретроспективе, но и в перспективе, так как речь идет о зафиксировавшемся или фиксирующемся неправильном развитии. О тенденциях неблагоприятного формирования и тем самым о вредных наклонностях несовершеннолетнего, по мнению F. Loesel (1995), можно говорить, анализируя следующие аспекты:

- развитие в детстве: ранние нарушения социального поведения, воспитание в условиях эмоционального пренебрежения, агрессивно-жесткого или попустительского отношения, антисоциальное поведение среди членов семьи, низкий социальный статус, когнитивно-эмоциональный дефицит, нарушения внимания, гиперактивность и импульсивность, а также
- развитие в подростковом периоде: различного рода правонарушения с усилением их тяжести, слабые связи с родительским домом, прогулы школы, отсутствие работы, раннее физическое созревание

и неблагоприятные сексуальные отношения, негативные изменения ценностей, проблемный стиль жизни, рискованное досуговое поведение и делинквентность на транспорте.

С другой стороны, о преходящих нарушениях поведения, и следовательно, против квалификации вредных наклонностей свидетельствуют следующие признаки: менее импульсивный и гибкий темперамент, хорошие когнитивные и социальные способности, эмоционально стабильные семейные связи, самостоятельные интересы и готовность к достижениям, меньшие проблемы в школьном развитии, а также активное совладающее поведение в проблемных и трудных ситуациях.

Проведение судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых требует высокой квалификации экспертов. Она обеспечивается системой профессиональной подготовки и строгими критериями лицензирования судебной экспертной деятельности. Так, после получения основного медицинского образования претендент должен пройти общую специализацию по психиатрии и психотерапии. Обучение по этой программе длится 5 лет и включает в себя 3 года практики в психиатрическом стационаре, где изучается психиатрия, психотерапия (включая прохождение собственной психотерапии обучающегося), 1 год — в неврологической клинике, а также на выбор — 1 год в судебно-психиатрическом отделении или в детско-подростковой клинике. Сертификация по специальности «Судебная психиатрия» проводится Немецким обществом психиатрии, психотерапии, психосоматики и неврологии (DGPPN). Для специализации в сфере судебной психиатрии необходимо дополнительное обучение в течение 3 лет (либо 2 года при предшествующей годичной практике в судебно-психиатрическом учреждении). Получение квалификации судебного эксперта предполагает 240 часов теоретического обучения на сертифицированных обществом курсах или конференциях по общим вопросам и отдельным видам экспертизы, проблемам различных видов права, судебной психологии и криминологии. Практическая часть сертификации состоит в представлении претендентом 70 самостоятельно выполненных экспертиз, в том числе 50 — в рамках уголовного и 20 — гражданского процесса. Все экспертизы должны быть проведены под супервизией сертифицированного судебного эксперта психиатра. Один год претендент должен отработать в аккредитованной общест-

вом клинике, специализирующейся на принудительном лечении или стационарной экспертной практике. По данным на 2012 год, в ФРГ работают около 12 тыс. психиатров, сертифицированными судебными психиатрами из них являются около 230 специалистов.

2.3. Психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних во Франции

Прежний французский Уголовный кодекс — Кодекс Наполеона (1810) — одним из первых в истории уголовного законодательства исключил уголовную ответственность в отношении лиц, которые совершили деяния, содержащие признаки преступления, в состоянии душевной болезни. В ст. 64 Кодекса говорилось: «Нет ни преступления, ни проступка, если во время совершения деяния обвиняемый был в состоянии безумия». Это положение в уточненной редакции сохраняется и в ст. 122–1 нового Уголовного кодекса Франции (1992): *«Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое в момент совершения деяния находилось в состоянии психического или нервно-психического расстройства, лишившего его способности осознавать или контролировать свои действия»*.

Субъектом преступления по действующему Уголовному кодексу Франции признается лицо, достигшее 13-летнего возраста. В соответствии с французским уголовным законодательством, лицо, совершившее противоправные действия, но не достигшее 20 лет, обязательно подвергается судебно-психиатрическому освидетельствованию. К вопросам, рассматриваемым экспертизой, относится исследование вменяемости, невменяемости либо уменьшенной вменяемости обвиняемого. Отдельно эксперту могут быть заданы вопросы, касающиеся «социальной опасности» подэкспертного. Последний вид экспертизы оказывается важным при выборе мер полицейского надзора и социальных программ для ресоциализации при освобождении осужденного лица после отбытия им наказания. Данная экспертиза направлена на оценку «степени риска» совершения новых либо повторных общественно опасных действий.

Следует отметить, что к производству экспертизы во Франции, как правило, привлекается психиатр, имеющий соответствующую

медицинскую и экспертно-правовую подготовку. Экспертиза осуществляется в амбулаторном варианте и, чаще всего, непосредственно при нахождении обвиняемого лица в пенитенциарном учреждении (ее аналог — экспертиза, производимая в СИЗО РФ). При судах существует «национальный список экспертов» — наиболее опытных психиатров, которым доверяется производство экспертизы в уголовном процессе, однако отдельно детско-подростковые эксперты психиатры и психологи не выделены.

Традиционно уголовное наказание, применяемое к несовершеннолетним, является менее суровым по сравнению с наказанием взрослых лиц, совершивших аналогичное преступление.

С клинических позиций важным является то обстоятельство, что во Франции регулярно обновляется национальная классификация в области детской психиатрии. Последнее может оказаться значимым при оценке психических и поведенческих расстройств у обвиняемого подростка в суде. Ныне действует CFTMEA-2000 — новая версия французской классификации психических расстройств у детей и подростков.

Авторы CFTMEA-2000, не изменив принципы предыдущей национальной детской психиатрической классификации, привели новую классификацию в соответствии с международными принципами оценок, заложенными в ICD-10. Российским экспертам может быть интересна отдельная глава 3, объединявшая ранее разделы «Личностная патология» и «Эволютивные дисгармонические расстройства и неврозы», которая отныне носит название «Pathologieslimites» («Пограничная патология»). Тем самым авторы новой классификации признали существование расстройств пограничного уровня и выделили психопатологические критерии расстройств, тех из них, которые находятся между неврозами и психотическими состояниями. Примером являются собственно поведенческие расстройства при личностной патологии (кластер 3.1) и шизотипические расстройства (кластер 3.2) — нарушения непсихотического уровня. Другие разделы CFTMEA-2000 соответствуют рубрикам ICD-10 (МКБ-10), касающимся нарушений психологического развития в детском возрасте, при умственной отсталости и проч.

Следует отметить, что в сфере оказания социальной, медицинской помощи (в том числе при экспертизе несовершеннолетних) на практике

реально существует недостаточная согласованность действий между системой общественного здравоохранения, полицейскими службами и судебной системой. Большое значение в сегодняшней Франции придается социально-медицинским программам, касающимся политики охраны психического здоровья подрастающего поколения. Это стало особенно актуальным после ряда экстремистских выступлений афро-французской части молодежи в 2005–2008 гг. Однако, по имеющимся у нас данным, задержанным и обвиняемым в совершении поджогов имущества и автотранспорта, не достигшим 20 лет, судебно-психиатрическая экспертиза ни разу не назначалась.

2.4. Психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних в США

Соединенные Штаты Америки имеют ряд специфических культурно-исторических и законодательных демократических традиций. Вся судебная система США отличается по своей специфике от таковой в странах Западной Европы. Так, каждый прокурор и судья из 50 штатов руководствуется в своих правовых решениях и действует согласно своему, принятому внутри штата законодательству. Система законов демократических федеральных округов и независимого штата Колумбия не вступает в противоречие с Федеральным законодательством. Последнее, в свою очередь, не может противоречить Конституции США и Поправкам к ней.

С ответственностью и виной достаточно тесно связано понятие невменяемости в уголовном законодательстве США. Уголовный кодекс США в п. 1 ст. 4.01 определяет невменяемость таким образом: лицо не может отвечать за преступление, во время которого оно вследствие психической болезни или неполноценности в существенной степени лишено способности отдавать отчет своим действиям или согласовывать свое поведение с требованиями закона. Однако до сих пор во многих штатах при решении вопроса о вменяемости суды исходят из английского прецедентного законодательства и, в частности, общеизвестных «правил Мак-Натена», пользуясь при этом и понятием «частичной (уменьшенной) вменяемости».

В США не существует единых правил по назначению и производству судебно-психиатрической либо комплексной СПЭ как взрослым, так и несовершеннолетним. Тем не менее ювенальной судебной практике в США уже более 100 лет. В судах, обеспечивающих защиту прав несовершеннолетних, осуществляется тесное взаимодействие профильных, прошедших специальную учебно-образовательную подготовку специалистов — судьи, прокурора, психиатра, социального работника. Тем самым осуществляется принцип выработки наиболее адекватных пенитенциарных, социально-воспитательных либо лечебно-коррекционных мер, принятых в конкретном штате.

В уголовном процессе всегда учитывается возраст несовершеннолетнего как смягчающее вину обстоятельство. Иногда обвиняемое лицо — подросток — сам либо при поддержке и ходатайстве адвокатов, а также законных представителей (родители, опекуны, педагоги) обращается к судье с просьбой о производстве того или иного экспертного исследования — так называемой «экспертизы защиты». Крайне редко обвиняемое лицо в каком-нибудь штате настаивает на освидетельствовании психиатром. Такого рода экспертиза может быть назначена в том случае, если имеются указания на «психическую болезнь» либо обвиняемое лицо настаивает на том, что совершило правонарушение в состоянии психического расстройства и невменяемости. Иногда речь идет о парафилии, в таких случаях защита и обвиняемый просят освидетельствования у сексолога, а иногда и исследования на «детекторе лжи» в целях выявления сексуальных девиаций для смягчения меры наказания или признания «частично вменяемым».

3

К ИСТОРИИ ФОРМИРОВАНИЯ КСППЭ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Основанием для создания КСППЭ несовершеннолетних было Постановление Пленума Верховного Суда СССР от 21 марта 1968 г. Выделение нового вида экспертизы было связано с важным обстоятельством — необходимостью экспертной оценки не только характера психических расстройств, но также уровня и качества психического развития. Тем самым в практику судебно-психиатрического освидетельствования было введено понятие «идеи развития» (Г. Модсли, С. Холл, Г. Е. Сухарева, Л. С. Выготский), определившей в свое время возникновение таких новых дисциплин, как «психология развития» и «психиатрия развития». До вступления в силу нового Уголовного кодекса КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых регулировалась ст. 392 УПК РФ и Постановлением Пленума Верховного суда СССР № 16 от 1 декабря 1976 г. Первоначально основная задача КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых состояла в исследовании способности подростков, имеющих признаки «умственной отсталости, не связанной с душевными заболеваниями, полностью сознавать значение своих действий и руководить ими» (Коченов, 1978, 1980). При решении этой задачи возникал целый ряд проблем. Во-первых, в основе отставания в психическом развитии могут лежать разнородные причины, и ни одна из них, хотя и не предопределяет отставание (если только речь идет не о врожденной патологии нервной системы), но не должна оставаться без внимания. Во-вторых, для ответа на поставленный вопрос недостаточно знаний

только психолога или психиатра, требуется совместное исследование. В-третьих, в предыдущих УК и УПК РФ законодатель применил неудачную терминологию. Например, в ст. 392 УПК РФ была включена правовая категория «умственная отсталость», которая не являлась синонимом олигофрении, а напротив, исключала данную группу психических расстройств. Под «умственной отсталостью» понималось скорее «парциальное недоразвитие», «личностная незрелость», «нарушение психического развития неболезненной природы». Неадекватность использования указанного понятия подчеркивалась экспертами неоднократно (Печерникова, Гульдман, 1985; Кудрявцев, 1988; Дозорцева, 1989; Гурьева, 1996, 2007). Указанные обстоятельства ограничивали возможности применения более гуманных правовых норм по отношению к обвиняемым подросткам.

Вступивший в действие в 1997 г. УК РФ расставил правовые акценты, во многом определившие необходимость исследования личности несовершеннолетних обвиняемых (ст. 20 и 22 УК РФ, и в некоторых случаях возможность использования ст. 107, 113 УК РФ). При проведении КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых очень важным стало изучение психической деятельности подростка, особенностей его полной либо частичной волевой регуляции и осознания своих действий, специфики гармоничного формирования в онтогенезе либо «отставания» в развитии. Еще одним важным моментом стало то, что в период, предшествующий вступлению в силу последнего УК РФ (1997), в рамках КСППЭ несовершеннолетних, практически сформировалось понятие ограниченной вменяемости, применяемой во всех ведущих странах (термин, так и не принятый в отечественном уголовном законодательстве). Ограниченная вменяемость предполагает, по существу, промежуточную оценку между вменяемостью и невменяемостью.

В связи с этим современное право, суды, следственные органы и прокуратура чаще всего ставят перед экспертами вопросы, требующие привлечения к производству экспертизы специалистов как минимум двух специальностей — психиатрии и психологии. Несколько реже экспертные задачи формулируются перед сексологами, наркологами или педиатрами. Действующее российское законодательство и экспертология допускают привлечение большого количества специалистов-

экспертов к исследованию особенностей психической деятельности и развития ребенка либо подростка.

Указанные выше два основных вопроса, разрешаемые КСППЭ несовершеннолетних, легли в основу редакции последнего УК РФ (1997). При этом были введены кардинально новые статьи — ч. 3 ст. 20 и ст. 22. Первая из них предусматривает возможность освобождения от уголовной ответственности некоторых категорий несовершеннолетних с нарушениями психического развития, которое не связано с психическим расстройством. Решение этого вопроса невозможно без комплексной экспертизы. Однако неточности ее формулировки в УК РФ оказались настолько значительными, что послужили причиной многочисленных комментариев для ее адаптации к судебной психолого-психиатрической практике. Следствием стало отсутствие единых критериев применения ч. 3 ст. 20. Так, в одном и том же регионе количество несовершеннолетних, не привлеченных к уголовной ответственности на основании ч. 3 ст. 20 УК, в разные годы различается в несколько раз (Информационное письмо ..., 2004).

Например, по данным МВД и Прокуратуры РФ, в 2002 г. в Самарской области таких подростков было всего 2, в 2003 г. — 31, в Татарстане соответственно — 70 и 3, в Краснодарском крае — 88 и 148, в Ленинградской области — 17 и 32. Приведенные данные отражают результаты заключения экспертиз на основании ч. 3 ст. 20 УК не только сотрудниками государственных экспертных судебно-психиатрических учреждений, но и психологами-специалистами Минюста, а также психологами системы образования и другими специалистами, не являющимися государственными экспертами. Часто такие экспертизы выполняются и как комплексные психолого-психиатрические, и как однородные судебно-психологические или судебно-психиатрические.

Еще одним важным аспектом деятельности КСППЭ несовершеннолетних стала оценка эмоционального состояния обвиняемого подростка в момент инкриминируемых ему деяний. Несмотря на то что юридически значимый аффект при совершении общественно опасных деяний (ст. ст. 107, 113), — явление достаточно редкое в практике КСППЭ несовершеннолетних, вопросы, касающиеся квалификации данного эмоционального состояния подростка, стали ставиться судебно-следственными органами во многих экспертных случаях.

4

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ
КСППЭ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Производство СПЭ несовершеннолетних, так же как и взрослых лиц, осуществляется в соответствии с Уголовно-процессуальным кодексом РФ, Уголовным кодексом РФ, Федеральным законом «О государственной судебной экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ, Инструкцией «Об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений», утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2005 г. № 370 и Приказом Минздравсоцразвития «Об утверждении рекомендуемых штатных нормативов медицинского и иного персонала отделений судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений» от 27 января 2006 г. № 39. Вместе с тем КСППЭ имеет определенную специфичность для подросткового возраста, правилам, которая связана с особым законодательством, методологией обследования, возрастной клинической спецификой психических расстройств и экспертной квалификацией. Поэтому значительную часть экспертных исследований несовершеннолетних в уголовном процессе составляют КСППЭ. Они назначаются в тех случаях, когда помимо сведений клинического характера следствие и суд интересуют данные об уровне психического развития и иных особенностях личности детей и подростков, выступающих в качестве обвиняемых и потерпевших (ст. 196, 421 УПК РФ). Специалистов обеих дисциплин,

психиатров и клинических психологов, выполняющих производство КСППЭ, объединяет общность как объекта экспертного исследования, так и его предмета, который составляет психика несовершеннолетнего. К данному предмету представитель каждой специальности подходит с позиций собственной профессии, пользуясь соответствующими теоретическими моделями и исследовательскими методами. По сравнению с однородными судебными экспертизами комплексная экспертиза представляет собой более сложный вид исследования, требующий постоянного взаимодействия экспертов и совместного формулирования выводов. Вместе с тем это наиболее эффективный вариант проведения экспертизы несовершеннолетних, предпочтительный по сравнению с параллельными или последовательными однородными судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизами, а иногда и единственно возможный. КСППЭ позволяет экспертам обмениваться важной информацией и использовать ее в процессе выдвижения гипотез, проведения дифференциальной диагностики, специальных исследований и формулирования как самостоятельных, так и общих выводов, что делает результаты экспертизы более обоснованными, надежными и аргументированными, а следовательно, и доказуемыми для суда.

Правильная организация СПЭ несовершеннолетних должна быть направлена на обеспечение адекватной социально-правовой и медицинской защиты детей и подростков с опорой на следующие, в том числе и международные, принципы охраны прав ребенка:

- соблюдение прав детей в соответствии с действующими законодательными и нормативными документами;
- обоснованность направления судебных и следственных органов несовершеннолетних на освидетельствование;
- адекватность выбора вида экспертизы;
- квалифицированность, профильная подготовка детско-подростковых специалистов, участвующих в производстве КСППЭ, их независимость;
- использование апробированных на практике критериев диагностики и комплексной судебной психолого-психиатрической оценки;
- адекватность рекомендуемых мер медицинского характера и возможность их полноценного осуществления.

КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых и потерпевших должна отвечать требованиям объективности, всесторонности и полноты, предусмотренным ст. 8 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ». При этом в сложившейся отечественной практике эксперты-психиатры, оценивая психическое состояние несовершеннолетнего, в случае выявления психического расстройства решают экспертные вопросы в рамках своих специальных познаний. Диагностика психического расстройства, его синдромальная и нозологическая квалификация должны основываться на знаниях клинической динамики и возрастных особенностей психических заболеваний у детей и подростков. Следует учитывать, что в подростковом возрасте расстройства психики отличаются динамичностью, тесной корреляцией с психоэндокринным сдвигом в период созревания. При судебно-психиатрическом освидетельствовании несовершеннолетних необходимо проявлять большую осторожность в установлении психиатрического диагноза, особенно если до экспертизы подросток у психиатра не наблюдался. Трудности диагностики в этом возрасте, большой риск принять за хроническое заболевание временную возрастную или ситуационную дезорганизацию психики заставляют искать самые убедительные доказательства психической патологии. Многоуровневость клинической картины в детско-подростковом возрасте определяет адекватность использования многоосевого диагноза, что позволяет соотнести между собой нозологию, структуру и содержание возрастной психопатологии, количественные и качественные характеристики психологического криза созревания, личностные расстройства, дигнозогенез, типы социализации личности, реагирования и поведения (Гурьева с соавт., 2007).

Экспертом-психологом при психодиагностическом обследовании несовершеннолетних обвиняемых и потерпевших применяется широкий арсенал психологических методов, в том числе наблюдение, беседа, тестовые задания, проективные методы, опросники, функциональные пробы и т. д. При формировании батареи психодиагностических методик для обследования детей и подростков в первую очередь принимается во внимание возрастной диапазон, на который рассчитана та или иная психологическая методика, и используются соответствующие диагностические инструменты (табл. 1).

Таблица 1
Методы психодиагностического обследования детей и подростков

Исследуемые сферы	Возрастной период подэкспертных		
	3–7 лет	7–11 лет	11–12 лет и старше
Восприятие	Задания на предметный и пространственный гнозис, работа с парными картинками (выбор по образцу), складывание разрезной картинки	-	-
Перцептивно-действенные навыки	«Доски Сегена», разборные картинки, складывание разрезной картинки, конструирование по образцу, «почтовый ящик», «коробка форм», рисование свободное (по образцу)	-	-
Внимание	Сравнение парных картинок	Счет по Крепелину в модификации Шульце	Таблицы Шульце, тест Крепелина

Продолжение таблицы 1

Исследуемые сферы	Возрастной период подэкспертных		
	3–7 лет	7–11 лет	11–12 лет и старше
Память	Запоминание картинок и предметов, слов, фраз, коротких рассказов, для старших детей – пиктограммы с набором простых понятий	Запоминание 10 слов, короткого рассказа; пиктограммы	Запоминание 10 слов, короткого рассказа; пиктограммы
Ассоциативная сфера	Для старших дошкольников – пиктограммы	Пиктограммы	Пиктограммы, вербальный ассоциативный тест
Мышление, речь	Исключение лишнего на предметном и вербальном материале, установление последовательности событий на простом наглядном материале, толкование рассказа по вопросам	Исключение предметов, сравнение понятий, установление последовательности картинок, толкование условного смысла простых метафор, короткого рассказа	Исключение предметов, сравнение понятий, пословицы, тест Эббингауза, последовательные картинки, простые аналогии

Окончание таблицы 1

Исследуемые сферы	Возрастной период подэкспертных		
	3–7 лет	7–11 лет	11–12 лет и старше
Общая осведомленность, практическая ориентация, кругозор, навыки	Вопросы на общую осведомленность, нелые картинки, задания на оперирование с предметами быта, счет с использованием картинок или счетных палочек	Вопросы на общую ориентацию, решение простых бытовых проблем, выяснение круга привычных и любимых занятий; проверка навыков автоматизированных умственных действий – чтения, счета, письма	Вопросы на общую и практическую осведомленность, беседа об интересах
Индивидуально-психологические особенности	«Лесенка», тест детской апперцепции (САТ), тест фрустрационной толерантности Розенцвейга (детский вариант), завершение предложения, цветовой тест отношений, рисуночные пробы, наблюдение за деятельностью	«Лесенка» или методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн, тест детской апперцепции (САТ), индивидуально-типологический детский опросник, тест фрустрационной толерантности Розенцвейга (детский или подростковый вариант), цветовой тест отношений, рисуночные методики	Тест Розенцвейга, варианты для подростков или взрослых, одна из опросных методик: опросник 16 PF Кеттелла, индивидуально-типологический опросник или ММРП в зависимости от интеллектуального развития подэкспертного; рисунок человека, цветовой тест отношений, методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн

Намеченная программа исследования не является окончательной, она может быть в дальнейшем

скорректирована с учетом актуального психологического состояния подэкспертного, его мотивации, а также особенностей реакции на ситуацию обследования.

Как показывает экспертная практика, в отношении несовершеннолетних подследственных и осужденных, по возможности, целесообразно проведение стационарной КСППЭ, для потерпевших и свидетелей рекомендуется амбулаторное освидетельствование, но в случаях затруднений в диагностике или экспертной оценке закономерно изменение вида экспертизы на стационарную, что не противоречит УПК РФ.

СПЭ несовершеннолетних предпочтительно проводить в психиатрическом учреждении. Предусмотренные по закону амбулаторные СПЭ в следственном изоляторе (ст. 27 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ), по нашему мнению, для несовершеннолетних не оправданы. Это обусловлено необходимостью углубленного исследования личности подростка, частого привлечения более широкого круга специалистов (эндокринолога, невролога и др., реже — гетеника), а также проведения параклинических методов исследования (рентгенография черепа и кистей, электроэнцефалограмма, эхоэнцефалограмма, реограмма и т.д.). Проведение указанного объема обследования подростка невозможно за пределами медицинского учреждения.

При назначении амбулаторной или стационарной КСППЭ детям и подросткам данные уголовного дела, а также иные материалы, подлежащие исследованию, должны направляться экспертам заранее. При этом важное значение для решения диагностических и экспертных вопросов имеет их полнота, поскольку самостоятельно их собирать эксперты не правомочны (ст. 57 ч. 2 УПК РФ, ст. 16 ч. 11 ФЗ № 73). Практика показывает, что более чем в половине случаев отмечается недостаточность объективных сведений о подростке. Следовательно, при проведении КСППЭ детям и подросткам, помимо постановления или определения следователя или суда о назначении экспертизы, должен быть предоставлен экспертам наиболее полный перечень медицинских документов и характеризующих личность подэкспертного материалов. К ним относятся:

- объективные сведения, характеризующие личность подростка:

- показания родителей (опекунов), одноклассников или иных сверстников, хорошо знающих подэкспертного, в которых могут содержаться данные о личности подростка, его поведении, отношении к близким и окружающим, потере интереса к учебе, отказе от посещения школы, общении со сверстниками; появлении склонности к безудержному фантазированию и лжи, жестокости, садизму, нелепым поступкам, повторным попыткам самоубийства;
 - характеристики: из школы или ПТУ и других учебных заведений, где обучается или обучался несовершеннолетний; из инспекции по делам несовершеннолетних, если подэкспертный или его семья состояли на учете;
 - медицинская документация:
 - история развития ребенка: данный медицинский документ содержит важную информацию о развитии подэкспертного (наличие задержки или искажения психического развития), нарушениях речи, неадекватной замкнутости или расторможенности в поведении с суетливостью, «приставучестью», многословием, искажением произношения букв и слов, о наличии страхов (дневных и ночных), нарушениях сна, приступах судорог, головокружений, обмороков, непереносимости жары, духоты, езды в транспорте и т.д.;
 - амбулаторная карта из поликлиники или иного учреждения (ПНД, НД), где могут содержаться сведения о перенесенных травмах головы, сопровождавшихся тошнотой, рвотой, длительной головной болью, детских инфекционных заболеваниях, патологии нервной системы перинатального периода, наблюдении неврологом или психиатром;
 - история болезни (копия), если подросток проходил стационарное лечение в психиатрическом или неврологическом учреждении либо в психоневрологическом санатории;
 - медицинская карта призывника (копия);
 - заключение комиссии экспертов, если подэкспертному ранее проводилась экспертиза.
- Отсутствие в уголовном деле указанных документов значительно

затрудняет полноценное исследование подростка, что является причиной составления экспертами ходатайства в адрес судебно-следственных органов о предоставлении дополнительных сведений на подэкспертного. В случае неудовлетворения ходатайства в проведении КСППЭ может быть отказано.

Если на этапе предварительного расследования подросток был заключен под стражу, важным источником информации о его психическом состоянии становятся личное дело и медицинская карта из СИЗО. В данных документах могут содержаться объективные сведения о принятых медицинских мерах в случае появления патологических состояний, описание психологического портрета подростка, что может обеспечивать, наряду с правильностью отбора несовершеннолетних на СПЭ, решение диагностических и экспертных вопросов.

При проведении освидетельствования детей и подростков должны соблюдаться определенные процессуальные нормы. Так, судебные экспертизы в отношении несовершеннолетних, не достигших 16-летнего возраста, могут быть проведены с письменного согласия их родителей или иных законных представителей (ст. 28 ФЗ № 73), за исключением случаев, предусмотренных УПК РФ. При КСППЭ несовершеннолетнего подозреваемого или обвиняемого, не содержащегося под стражей, а также малолетних и несовершеннолетних потерпевших и свидетелей необходимо присутствие родителя или другого законного представителя (п. 3 ст. 426 УПК РФ), который вправе принимать участие в проведении его освидетельствования, однако, при совершении представителем действий, существенно затрудняющих проведение экспертизы, эксперты могут приостановить исследование и письменно ходатайствовать (перед органом, назначившим экспертизу) об отказе законному представителю в указанном праве (ст. 24 ФЗ № 73).

КСППЭ несовершеннолетних предполагает не просто профильную подготовку кадров, но и высокую квалификацию экспертов, опыт работы с несовершеннолетними и хорошую методическую оснащенность. Профессиональное искусство экспертов состоит не только в умении собрать необходимую информацию, но и в том, чтобы создать доброжелательную и комфортную психологическую атмосферу обследования. Особенно важно это для малолетних и несовершеннолетних потерпевших, для которых нередко ситуация экспертизы, где приходится вновь

возвращаться к тяжелым для них событиям, является дополнительной психологической травмой. Желательно, чтобы помещение, в котором проводится экспертное исследование, способствовало созданию спокойной комфортной обстановки. В связи с тем, что в качестве подэкспертных часто выступают дети дошкольного возраста, в нем должны быть привлекательные игрушки, удобное для детей место для игр, рисования. Все это будет способствовать не только эффективности экспертизы, но и поддержанию позитивного психического состояния ребенка.

5

КСППЭ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБВИНЯЕМЫХ

Одно из главных условий уголовной ответственности человека — достижение им определенного возраста, зафиксированного в УК РФ. Соответственно по делам, в которых фигурируют несовершеннолетние обвиняемые, следствие и суд должны, прежде всего, определить возможность привлечения их к уголовной ответственности. При этом законодатель учитывает, что характерная для подростков естественная возрастная незрелость может негативно сказываться на регуляции их поведения, еще более дефицитарна способность к сознательному руководству своими действиями у несовершеннолетних с аномалиями психического развития (Дозорцева, 2005). Все эти обстоятельства должны приниматься во внимание при правовой оценке ООД, совершенных подростками, и их психического состояния в уголовно релевантный период. С введением в УК РФ нормы ч. 3 ст. 20 и ст. 22 комплексирование психиатрических и психологических познаний при освидетельствовании несовершеннолетних стало необходимостью. Если в первом случае это предполагает проведение КСППЭ, то во втором, как показывает экспертная практика, проведение однородной судебно-психиатрической экспертизы является одной из наиболее частых причин назначения судами повторной КСППЭ.

5.1. КСППЭ несовершеннолетних обвиняемых в соответствии с ч. 3 ст. 20 УК РФ. Психологический аспект: методология и практика

В основе уголовной ответственности человека лежит, по определению О. Д. Ситковской (1999), «социальная управляемость поведением», иными словами, способность лица учитывать в своих поступках принятые в обществе нормы. Способность эта приобретается в процессе возрастного развития и социализации ребенка и подростка, а ее несформированность определяет невозможность привлечения несовершеннолетнего к уголовной ответственности. Согласно данным возрастной психологии, в норме способность к осознанной саморегуляции формируется у человека к концу подросткового периода, продолжающегося от 11–12 до 14–15 лет. В ее основе лежит главное психологическое новообразование этого возраста — самосознание, становление которого, в свою очередь, определяется развитием абстрактно-логического мышления, рефлексии. Самосознание, включающее в себя и осознанную личностную позицию, формируется в единстве с построением иерархии мотивов и смыслов. Самостоятельная организация поведения субъекта, реализация его личностных установок возможны благодаря развитию волевых процессов. Таким образом, выходя за пределы подросткового возраста, человек при нормальном развитии обладает всеми психологическими структурами, которые позволяют ему сознательно руководить своими действиями. Вероятно, на этом и основывается выбор возраста полной уголовной ответственности, равного 16 годам (ч. 1 ст. 20 УК РФ). Тем не менее законодатель учитывает, что формирование и укрепление соответствующей способности при этом не завершается, а продолжается, по крайней мере, до 18 лет. Поэтому несовершеннолетие само по себе рассматривается как обстоятельство, смягчающее наказание. С другой стороны, способность к осознанной саморегуляции есть и у подростка, но она еще находится в процессе становления. Законодательство предполагает, что с 14 до 16 лет несовершеннолетние привлекаются к уголовной ответственности лишь за наиболее тяжкие и специфические для возраста правонарушения

(ч. 2 ст. 20 УК РФ). Кроме того, для подростков характерна естественная возрастная незрелость, что может негативно сказываться на регуляции их поведения. Еще более дефицитарна способность к сознательному руководству своими действиями у несовершеннолетних с аномалиями психического развития. Все эти обстоятельства должны быть приняты во внимание при правовой оценке общественно опасных действий подростков.

История свидетельствует, что несовершеннолетие рассматривалось как обстоятельство, смягчающее ответственность, еще в положениях римского права. Так, в Законе XII таблиц был сформулирован принцип прощения наказания, оправданного несовершеннолетием. Одно из условий такого прощения состояло в том, что совершивший преступление не понимал характера преступного акта. Подобные правовые нормы существовали в течение многих веков в законодательствах различных европейских государств. В дальнейшем это правило стало основой общего для уголовной ответственности несовершеннолетних принципа *разумения*.

Помимо принципа разумения, в уголовном праве с давних времен существует принцип *уголовной безответственности*. Смысл его состоит в том, что до достижения определенного возраста человек считается неспособным нести виновную ответственность, так как еще не может действовать осмысленно и с учетом социальных норм. Однако, согласно некоторым законодательствам (например, английскому), это предположение нуждается в доказывании. Так, если будет установлено, что подросток в возрасте от 10 до 14 лет (возраст уголовной ответственности) действовал умышленно при совершении правонарушения, то он может быть привлечен к уголовной ответственности. В других правовых системах (например, в немецкой), напротив, доказыванию подлежит способность действовать осознанно и произвольно во время совершения противоправных действий у несовершеннолетнего, уже достигшего фиксированного в праве возраста уголовной ответственности, то есть используется принцип разумения. При отсутствии такой способности подросток не несет уголовной ответственности за свои деяния.

Развитие системы ювенальной юстиции в Западной Европе и США привело к тому, что принципы уголовной безответственности и разумения все более утрачивают свое ведущее положение в правоприме-

нительной практике по отношению к несовершеннолетним, уступая место принципу *воспитуемости*. Согласно этому принципу, приоритетом перед установлением ответственности обладает определение адекватных мер для коррекции и ресоциализации подростка в соответствии с его индивидуальными особенностями психического развития и личности.

В УК РСФСР 1960 г. принцип разумения для несовершеннолетних отсутствовал и был представлен лишь ст. 392 УПК РСФСР, а также постановлением Пленума Верховного Суда СССР № 16 от 3 декабря 1976 г. Согласно этим положениям, при наличии данных, свидетельствующих об «умственной отсталости» несовершеннолетнего обвиняемого или подсудимого, следовало «выяснить степень умственной отсталости», а также то, мог ли несовершеннолетний «полностью сознавать значение своих действий и в какой мере руководить ими». Ответ на поставленные вопросы должна была дать комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних обвиняемых. Связанным с ее проведением методологическим и методическим экспертным проблемам были посвящены многочисленные работы психиатров и психологов. Были разработаны подходы к интерпретации экспертного понятия «умственная отсталость», категорий способности и актуальной возможности несовершеннолетнего «полностью сознавать значение своих действий и руководить ими», теоретические модели и экспертные критерии оценки соответствующих феноменов. Необходимо отметить, что применялась 392 ст. УПК РСФСР только к вменяемым подросткам и была своего рода аналогом ограниченной вменяемости несовершеннолетних. Существенным недостатком данной нормы было то, что она имела процессуальный характер без указания правовых последствий ее использования (на практике, как правило, таким следствием было условное наказание несовершеннолетнего). Кроме того, под экспертное понятие «умственная отсталость» попадали различные аномалии психического развития независимо от их этиологии. В то же время адекватных мер медицинского характера, необходимых в случае психических нарушений, не исключаяющих вменяемости, не предусматривалось.

Положение кардинально изменилось с введением нового УК РФ в 1997 г. В нем впервые в статью о возрасте, с которого наступает

уголовная ответственность (как уже отмечалось, в 16 лет — полная уголовная ответственность, в 14 — ответственность за наиболее тяжкие преступления), была внесена норма, направленная против объективного вменения вины несовершеннолетним: ч. 3 ст. 20 УК РФ. Она гласит: *«Если несовершеннолетний достиг возраста, предусмотренного частями первой или второй настоящей статьи, и вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, он не подлежит уголовной ответственности»*. Практическое применение статьи предполагает проведение экспертного исследования.

К сожалению, приведенную формулу статьи нельзя признать удачной. Содержательная трактовка и использование этой нормы в экспертной и судебной практике столкнулись с большими трудностями. Это связано с несколькими обстоятельствами.

Прежде всего, трудности вызывают сходство формулировок ч. 3 ст. 20 УК РФ и других статей, в которых речь идет об уголовной ответственности лиц с психическими расстройствами, и возникающая вследствие этого необходимость найти свободное от противоречий место этой правовой нормы в общем уголовно-правовом и экспертном контексте.

Так, освобождение от уголовной ответственности как следствие дефицита способности лица к осознанному руководству своими действиями сближает ч. 3 ст. 20 со ст. 21 УК РФ «Невменяемость». Не случайно в специальной литературе эта норма часто обозначается словами «возрастная вменяемость», «возрастная невменяемость» и, для того чтобы обозначить отличие от невменяемости, «возрастная невменяемость». Важно, однако, не смешивать и не отождествлять положения и признаки этих статей, так как ключевые диспозиции в них различны.

Аналогию можно проследить и между ч. 3 ст. 20 и ст. 22 УК РФ «Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключаяющим вменяемости», которая также стала важным нововведением в Уголовный кодекс 1996 г. и фактически представляет собой норму об ограниченной вменяемости лиц всех возрастов. В этих статьях оди-

наков юридический критерий: они применяются по отношению к лицу, которое «не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». В то же время следствия этих статей принципиально различны: освобождение от уголовной ответственности (ч. 3 ст. 20 УК РФ) и привлечение к уголовной ответственности с возможностью применения принудительных мер медицинского характера (ст. 22 УК РФ).

Одна из основных проблем применения ч. 3 ст. 20 УК РФ заключается в неясности определения категории «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством», от которого зависит, по отношению к какому контингенту несовершеннолетних статья может быть использована и, соответственно, каким должен быть объект экспертизы.

В попытках преодолеть описанные трудности и противоречия высказывались различные, в том числе взаимоисключающие, точки зрения и предложения, вплоть до отказа от использования статьи до тех пор, пока не будет принята ее новая более адекватная формулировка. Нерешенность важных методологических вопросов приводит к тому, что на практике ч. 3 ст. 20 УК РФ используется по-разному. Нет единства в проведении экспертных исследований. Относительное количество несовершеннолетних, освобожденных от уголовной ответственности на основании этой статьи в отдельных регионах России, отличается в десятки раз, что недопустимо с правовой точки зрения. Один из главных недостатков статьи — отсутствие в ней указаний относительно возможности применения по отношению к несовершеннолетнему каких-либо принудительных мер воспитательного характера. Эта возможность оговорена в Федеральном законе «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», предусматривающем направление таких подростков в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа. Однако процедура направления сложна, требует много времени, и, насколько нам известно, это положение на практике не выполняется. В связи с этим нам представляется совершенно необходимым введение в дальнейшем в текст статьи дополнений, оговаривающих обязательное применение к подростку-правонарушителю воспитательных и коррекционно-реабилитационных мер.

Все перечисленные недостатки и противоречия ч. 3 ст. 20 УК РФ настолько затрудняют ее использование на практике, что наиболее конструктивным выходом из положения в будущем нам представляется внесение поправок в ее текст. Тем не менее уже сейчас необходимо найти приемлемый вариант использования статьи в ее сегодняшнем виде, а также выработать стандарт проведения экспертного исследования, что дало бы возможность минимизировать трудности и помочь судебно-следственным органам получить объективную информацию о несовершеннолетнем. Прежде всего, следует рассмотреть вопросы об объекте и предмете экспертизы несовершеннолетних в соответствии с ч. 3 ст. 20 УК РФ. Для их решения необходимо конвенциональное соглашение. Формулировки «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством», а также «не мог в полной мере осознавать или руководить» следует понимать не как чисто научные, клинические или психологические категории, а как экспертные юридические понятия. Разумеется, их содержательная трактовка должна базироваться на научных положениях, но в то же время учитывать уголовно-правовые реалии и практические обстоятельства.

В настоящем разделе мы предлагаем подход к трактовке проблем комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых, который представляется нам наиболее логичным и непротиворечивым.

Согласно формулировке статьи, экспертиза должна выявить несовершеннолетних с «отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством». Как следует интерпретировать это экспертное понятие?

Большинство специалистов, психиатров и психологов согласны с тем, что под «отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством» следует понимать задержки развития, обусловленные социальными факторами, госпитализмом вследствие соматических заболеваний, сенсорной дефицитарностью. Противоречия в их взглядах касаются возможности либо невозможности сочетания такой задержки развития с иными аномалиями психики.

Некоторые авторы (Кудрявцев, Миньковский, Ситковская, Кобышева, 1998), выступающие за «широкий подход» к реализации ч. 3 ст. 20 УК РФ, говорят о том, что статья может быть применена

по отношению к подросткам, у которых констатируется смешанная комплексная детерминация психического отставания вследствие воздействия как социальных, так и психопатологических факторов. В подобных случаях предлагается оценить «место каждой из этих причин во взаимодействии», отдельный вклад задержек развития социального генеза и психических аномалий в ограничение способности несовершеннолетнего к сознательной саморегуляции при совершении правонарушения. Однако в реальности система аномального психического развития у подростка представляет собой такой сложный комплекс, обусловленный всей совокупностью условий развития, что подобное разделение и «взвешивание» вклада его отдельных составляющих в регуляцию конкретного поведения, по нашему мнению, невозможно ни теоретически, ни практически. Кроме того, из практики известно, что признаки педагогической и социальной запущенности отмечаются у большинства подростков с психическими аномалиями, совершающих правонарушения. В связи с этим применение ч. 3 ст. 20 УК РФ во всех случаях, когда отставание обусловлено хотя бы частично причинами психолого-педагогического и социального характера, вело бы, с нашей точки зрения, к неоправданно расширительному использованию статьи.

Более последовательным и реализуемым на практике представляется мнение психиатров (В. А. Гурьевой, Е. В. Макушкина) — сторонников подхода, обозначаемого как «узкий», которые полагают, что для корректного использования статьи при констатации непатологических задержек развития должны быть одновременно *исключены* аномалии болезненного характера, например умственная отсталость, органическое расстройство личности и поведения и т. п. При наличии подобных отклонений в психическом развитии следует применять ст. 21 или ст. 22 УК РФ.

Если обратиться к тому, как решаются аналогичные проблемы за рубежом, то мы увидим, что, например, в законодательстве Германии речь идет об определении *зрелости* подростка, влияющей на его способность понимать противоправность своих действий и поступать в соответствии с этим пониманием. Нам представляется, что категория зрелости личности несовершеннолетнего или, в нашем случае, — незрелости наиболее точно отражает психологическую составляющую

экспертного понятия «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством». При этом в центре внимания должна находиться именно личность несовершеннолетнего как целостная система, регулирующая социально значимое поведение субъекта. Под зрелостью личности понимается уже описанная нами ранее сформированность ее основных структур и функций: иерархической системы мотивов и смыслов, самосознания, способности к целеполаганию, волевых качеств. Незрелость, напротив, предполагает их слабое развитие. Следует особо подчеркнуть, что это положение касается личностной структуры и внутренней личностной позиции несовершеннолетнего независимо от ее содержательных характеристик и социальной ориентации. Таким образом, любое структурирование личности, в том числе ее формирование в социально позитивном или асоциальном направлении либо образование устойчивых дисгармоничных черт и структур, свидетельствует против вывода о незрелости. Необходимо напомнить, что в возрастном плане элементы незрелости для подросткового периода характерны и нормальны, поэтому «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством» значительно чаще может констатироваться у 14–15-летних обвиняемых, чем у несовершеннолетних старших возрастов.

Из сказанного выше можно сделать вывод, каким должен быть объект комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых. Из всей совокупности подростков-правонарушителей, направляемых органами следствия и судом на экспертное исследование, экспертиза выделяет личностно незрелых несовершеннолетних без психической патологии, без выраженной и структурированной личностной дисгармоничности, без сложившихся в относительно устойчивую позицию и стереотип поведения асоциальных тенденций.

Отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством, в его клинической и психологической интерпретации может рассматриваться и в качестве *предмета* комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых на первой стадии ее проведения. Задачи этого этапа состоят в выявлении признаков такого отставания (личностной незрелости) у несовершеннолетнего подэкспертного и, при их наличии, в опреде-

лении того, связаны они с психическим расстройством или нет. Решая названные задачи средствами каждой из дисциплин, психологи опираются на представления о психологической норме, психиатры — на модели той или иной клинической картины психического расстройства. В результате комплексной оценки возможны несколько исходов.

В случае если какое-либо *отставание в развитии вообще отсутствует*, дальнейшие экспертные вопросы в соответствии с ч. 3 ст. 20 УК РФ не возникают.

Если такое *отставание имеется, но связано с определенным психическим расстройством*, встает вопрос о способности несовершеннолетнего сознательно управлять своим поведением в рамках ст. 21 или 22 УК РФ. Ведущую роль при решении этих вопросов играет психиатр, устанавливающий наличие психической патологии. Однако психолог также может в рамках своей компетенции, прежде всего если речь идет о психическом расстройстве, не исключающем вменяемости, исследовать психологические механизмы ограничения способности к осознанному руководству действиями при совершении правонарушения и сделать выводы комплексной экспертизы более конкретными, обоснованными и надежными.

В случае когда *признаки отставания в развитии (личностной незрелости)*, по мнению экспертов обеих специальностей, *не связаны с психическим расстройством*, решение дальнейших вопросов экспертизы находится в компетенции психолога.

Из сказанного следует, что экспертиза несовершеннолетних обвиняемых для разрешения проблем, указанных в ч. 3 ст. 20 УК РФ, принципиально должна быть *комплексной* и не может выполняться экспертом, представляющим лишь одну специальность.

Обратимся теперь к основному интересующему нас варианту: у несовершеннолетнего обвиняемого есть отставание в психическом развитии и оно не связано с психическим расстройством. Сразу же хотелось бы предостеречь от ошибки, которая часто встречается в экспертизах несовершеннолетних и состоит в том, что этот вывод рассматривается в качестве заключительного, а на его основе судебные органы принимают решение о непривлечении подростка к ответственности. В действительности наличие такого отставания в развитии — лишь предпосылка для окончательного вывода, который

формулируется психологом на втором этапе экспертного исследования. *Предмет* экспертизы на данном этапе непосредственно связан с положением ч. 3 ст. 20 УК РФ о невозможности для несовершеннолетнего «в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими». Здесь возникает уже упоминавшееся противоречие со ст. 22 УК РФ, имеющей ту же диспозицию юридического критерия. На практике это может вести к тому, что при одном и том же уровне осознанности и произвольности противоправного поведения подросток с отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством, может не привлекаться к ответственности согласно ч. 3 ст. 20 УК РФ, а несовершеннолетний с психическим расстройством, не исключающим вменяемости (например, с олигофренией в степени дебильности), привлекается к уголовной ответственности с применением принудительных мер медицинского характера. Для того чтобы избежать возникающих проблем, некоторые авторы предлагают иную формулировку предмета экспертизы. По их мнению, при наличии отставания в психическом развитии нужно решать вопрос о соответствии «психологического возраста» подростка его паспортному возрасту. Следует отметить, что аналогичные вопросы очень часто задаются экспертам и на практике. При этом предполагается, что экспертным путем можно установить «несоответствие» между психологическим и календарным возрастами несовершеннолетнего и вследствие этого освободить подростка от уголовной ответственности. Против такого подхода есть ряд принципиальных возражений. О методологической ошибочности постановки вопросов о психологическом возрасте в экспертизе несовершеннолетних обвиняемых уже говорилось в наших публикациях прошлых лет. Приведем наиболее существенные аргументы. Для возрастной психологии общепринятой и принципиальной является трактовка категории психологического возраста не как конкретного прожитого человеком отрезка времени, а как возрастного периода, характеризующегося качественной спецификой — свойственными именно данному периоду психологическими новообразованиями. Этот период применительно к подростковому и юношескому возрастам охватывает несколько лет (напомним: подростковый — от 11–12 до 14–15, юношеский — от 14–15 до 16–17 лет). Соответственно и возрастные нормы существуют не для

конкретных календарных возрастов, а по отношению к периоду в целом. Иногда со стороны психиатров и юристов звучат предложения рассчитать конкретные нормы для возрастов, с которых начинается уголовная ответственность. Однако и это невозможно. Возрастные нормы психического развития имеют не количественный, а качественный характер, поэтому выработать определенные «средние показатели» для 14 или 16 лет нельзя. Нормы обусловлены культурно-исторически и изменяются с течением времени, поэтому невозможно создать раз и навсегда заданный эталон нормативного развития. Кроме того, развитие подростка характеризуется неравномерностью и гетерохронностью (разновременностью). Отсюда еще одно типичное свойство норм этого возрастного периода: их широкая вариативность. Она касается развития как различных сфер психики у одного и того же подростка, так и одних и тех же параметров у подростков-ровесников. В подростковом возрасте существует и определенная разница в темпах физического созревания и психического развития между мальчиками и девочками, что также вносит свой вклад в вариации возрастных норм. Если же у подростка отмечается клинически очерченные аномалии психического развития (например, олигофрения), то они имеют такие специфические структурные и качественные особенности, что не могут быть приравнены к нормам ни данного, ни какого-либо иного возрастного периода. Все эти обстоятельства свидетельствуют о непродуктивности подобного подхода к решению экспертных проблем. Главное же возражение против него состоит в том, что он не основан на законе и содержательно не вытекает из ч. 3 ст. 20 УК РФ.

Возвращаясь к формулировке статьи, следует подчеркнуть, что предметом экспертизы на данном этапе должна быть именно возможность несовершеннолетнего сознательно управлять своим поведением при совершении правонарушения. Рассматривая возникающее в этом случае противоречие со ст. 22 УК РФ, О. Д. Ситковская рекомендует устранить в тексте ч. 3 ст. 20 УК РФ слова «не в полной мере» как попавшие в нее по ошибке вопреки намерению ее авторов. Нам также представляется необходимым в этом случае применить «узкий» подход при проведении экспертизы и присоединиться к мнению юриста С. Н. Шишкова о том, что следует ужесточить экспертные критерии и использовать статью лишь в тех случаях, когда ограничение возможности осознания

и руководства ими у несовершеннолетнего настолько существенно, что приближается к ее отсутствию. Только так, по нашему мнению, может быть оправдано непривлечение подростка к уголовной ответственности без применения к нему каких-либо мер педагогического воздействия, зафиксированных уголовным законом.

Может возникнуть вопрос, как согласуется вывод психолога о практически полной невозможности несовершеннолетнего сознательно руководить своими действиями вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, с заключением психиатра о вменяемости подростка, которая предполагает его способность к такому руководству. Сочетание подобных выводов нередко ставит суды в тупик и заставляет назначать повторную экспертизу, призванную «разъяснить» противоречие. Вместе с тем противоречия здесь нет. Психиатром устанавливается отсутствие психических расстройств, которые могли бы лишать подэкспертного способности сознательно руководить своими действиями, то есть одной из причин или предпосылок нарушений или ограничений этой способности. Такие нарушения или существенные ограничения могут быть обусловлены и другими непатологическими причинами: аффективными состояниями, психофизиологическими особенностями при необходимости быстро реагировать на ситуацию или, как в нашем случае, «отставанием в психическом развитии, не связанным с психическим расстройством». Таким образом, вменяемость как отсутствие патологических причин может сочетаться с недостаточностью сознательного руководства действиями, вызванной другими, непатологическими причинами.

Еще одна возникающая в случае использования «узкого» подхода проблема связана с тем, что в сферу действия ч. 3 ст. 20 УК РФ будут попадать лишь немногие случаи, соответствующие описанным «жестким» критериям. Как же следует поступать с многочисленными менее выраженными проявлениями ограничения возможности несовершеннолетнего сознательно руководить своими противоправными действиями? Вполне допустимым вариантом, как нам представляется, было бы перечисление в заключении экспертизы тех особенностей психического развития, которые нашли отражение в поведении несовершеннолетнего при совершении правонарушения, но не дают основания для вывода о том, что он «не мог в полной мере» сознательно

и произвольно управлять своим поведением. Это позволило бы одновременно учесть при назначении наказания «уровень психического развития, иные особенности личности» в соответствии со ст. 89 УК РФ и исключить применение ч. 3 ст. 20 УК РФ.

Сказанное выше позволяет определить, какие вопросы при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы обвиняемых необходимо ставить следствию и суду перед экспертами. Мы предлагаем следующие формулировки, непосредственно вытекающие из текста ч. 3 ст. 20 УК РФ:

1) Имеется ли у несовершеннолетнего отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством? Если имеется, то в чем конкретно оно выражается?

2) При наличии у несовершеннолетнего такого отставания можно ли сделать вывод, что вследствие этого отставания во время совершения общественно опасных действий он не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими?

Неправильно сформулированные вопросы:

1) Соответствует ли психическое развитие подэкспертного его возрасту (или возрасту уголовной ответственности, подэкспертного или 16 годам)?

2) Если психическое развитие подэкспертного не соответствует его возрасту, то какому возрасту оно соответствует?

На практике, тем не менее, следствие и суд часто задают экспертам подобные вопросы. Как следует на них отвечать?

При отсутствии существенных аномалий психического развития ответ на первый из приведенных вопросов может звучать следующим образом: «Психическое развитие несовершеннолетнего подэкспертного соответствует нормам его возрастного периода. Установить соответствие психического развития подэкспертного 14 (16) годам не представляется возможным, так как возрастная психология оперирует понятием норм возрастного периода (подростковый период — от 11–12 до 14–15 лет) и не располагает критериями отграничения норм для конкретных календарных возрастов внутри периода».

Если у подростка обнаруживается психическое расстройство с клинически выраженной картиной (например, олигофрения в степени

дебильности), то на второй вопрос уместен такой ответ: *«Психическое развитие при (далее следует диагноз, установленный экспертом-психиатром, в данном случае — олигофрения) качественно отличается от нормального, поэтому установить соответствие психического развития N какому-либо возрастным нормам не представляется возможным».*

Следует подчеркнуть, что приведенные ответы не дают существенной дополнительной информации для практического решения экспертных вопросов. Поэтому эксперту рекомендуется в соответствии с предоставленным ему законом правом поставить перед собой новые экспертные вопросы, адекватные предмету экспертизы.

Установив предметное содержание экспертных вопросов, мы можем обратиться к *методологическим* и *методическим* подходам к их решению.

Вначале рассмотрим категорию «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством». В психологическом аспекте, как уже говорилось, ее основное содержание составляет незрелость личности как регулятора социального поведения. Предпосылкой незрелости в ряде случаев может быть интеллектуальная ограниченность, которая обусловлена педагогической запущенностью и потенциально компенсируема. Неразвитость абстрактно-логического мышления затрудняет систематизацию опыта подростка и формирование его самосознания. Однако личностная незрелость может обнаруживаться и у подростков с достаточно развитыми интеллектуальными функциями. Главными ее источниками и признаками служат неструктурированность, неустойчивость, неразвитость мотивов и смыслов несовершеннолетнего. Они проявляются в неустойчивости эмоций и поведения, поверхностности суждений, слабой дифференцированности оценок, ситуативности побуждений и действий, игровом характере интересов и мотивации. Отсутствие устойчивой иерархии мотивов и, соответственно, ее отражения во внутренней позиции не позволяет несовершеннолетнему ставить перед собой долговременные социально опосредованные цели, прогнозировать последствия своих поступков. Несформированность самосознания как рефлексии Я, собственных устремлений и нравственных принципов выражается, в частности, в том, что известные социальные нормы не всегда регулируют поведение несовершеннолетнего и легко нарушаются им под воздействием ситуа-

ции — собственных сиюминутных побуждений или непосредственного влияния других людей. На последнее обстоятельство — подверженность групповому влиянию — следует обратить особое внимание. Для подростков общение со сверстниками имеет огромное значение. В подростковых группах утверждаются нормы поведения, проигрываются «взрослые» роли, оказывается эмоциональная поддержка и подтверждается значимость каждого. В связи с этим мощным мотивирующим фактором для несовершеннолетнего служит сама принадлежность к референтной группе, а также связанное с ней стремление к подражанию, самоутверждению, которое может в значительной степени определять его поведение, в том числе противоправное.

Таким образом, говоря о зрелости либо незрелости личности подростка-правонарушителя, мы одновременно и прежде всего говорим о сформированности либо несформированности его способности самостоятельно и осознанно регулировать свое поведение в соответствии с социальными нормами.

Очевидно, что для оценки описанных феноменов на эмпирическом материале в рамках экспертизы необходимо всестороннее обследование подростка, включающее в себя изучение материалов уголовного и личного дела, медицинской документации, беседы, психодиагностическое исследование с использованием разнообразного инструментария, а также наблюдение за всеми поведенческими проявлениями подэкспертного в процессе работы. Следует провести детальный анализ всего хода развития подростка, условий его воспитания, учебы, круга общения на основе показаний родителей, учителей, других знающих его людей, привлеченных в качестве свидетелей по делу. Аналогичные сведения должны быть получены и от самого подэкспертного. При этом особое внимание нужно обратить на его описание собственных интересов, мотивов, связанных с учебой, работой, с будущим. Ответ на возникающий вопрос о создавшейся судебно-следственной ситуации и оценке ее перспектив, о самом правонарушении, принятии вины и возможного наказания также позволяет судить о способности несовершеннолетнего к прогнозу, взвешенным решениям, поиску выхода из проблемной ситуации. Одновременно определяется, насколько устойчивы взгляды несовершеннолетнего и его социальная направленность, в частности в какой мере выражены и привычны для него асоциальные

тенденции. Последнее свидетельствовало бы о социальной запущенности, но не о личностной незрелости.

Патопсихологическое исследование, направленное на определение особенностей памяти, внимания, мышления, общей осведомленности, практической ориентации подростка, дает информацию о его интеллектуальных возможностях, а также о способности к самостоятельной организации интеллектуальной деятельности. Получаемые с его помощью данные имеют также первостепенное значение для отграничения личностной незрелости, обусловленной социальными и возрастными причинами, от аномалий психического развития, имеющих биологическую природу и клиническую выраженность. Последние проявляются в типичных для того или иного нарушения патопсихологических симптомокомплексах. Для психодиагностического исследования личностных характеристик несовершеннолетнего используется комплекс опросных, самооценочных и проективных методик. В наших исследованиях наиболее информативными оказались такие из них, как самооценка (по Дембо–Рубинштейн), тест Розенцвейга, цветовой тест отношений, рисунок человека, пробы на внушаемость, обсуждение ситуаций, связанных с моральными и правовыми проблемами. Результаты выполнения этих методик позволяют оценить способность подростка ориентироваться в проблемных социальных ситуациях, дифференцированность оценок и самооценок, характер отношений и эмоциональной идентификации с окружающими, особенности мотивации и моральных суждений. Кроме того, на основе ответов подэкспертного можно сделать вывод о его эмоциональной устойчивости в конфликтах, склонности к необдуманным ситуативным реакциям, конформности, внушаемости, несамостоятельности.

Интеграция данных, полученных из различных источников и имеющих преимущественно качественный характер, дает возможность оценить характер и степень незрелости личности, ее причинную обусловленность для ответа на вопрос, имеется ли у подростка «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством», а также указать, в чем именно оно выражается. Одновременно мы получаем ответ на вопрос о том, насколько развита у подэкспертного способность к осознанному руководству своими действиями в соответствии с социальными нормами.

Если в результате комплексного исследования установлено, что у подростка имеются признаки отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, то следующей задачей экспертизы становится решение вопроса, можно ли сделать вывод о том, что вследствие этого отставания во время совершения общественно опасного деяния он не мог «в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими». В психологическом плане это экспертное понятие может быть интерпретировано как возможность либо невозможность несовершеннолетнего сознательно и произвольно регулировать свое поведение при совершении правонарушения. Такая возможность представляет собой конкретную ситуационную реализацию присущей подростку потенциальной способности к сознательной саморегуляции с учетом социальных норм, о которой говорилось ранее. Рассмотрим, в чем состоит процесс личностной регуляции конкретных действий человека.

Любое действие представляет собой результат взаимодействия *личности* и *ситуации*. Первый этап этого процесса — *восприятие* человеком ситуации. При этом когнитивные компоненты восприятия связаны с мотивационными, благодаря чему воспринимаемое субъектом как бы фильтруется его мотивационной системой и всегда имеет субъективную смысловую окраску. Так производится первичная оценка ситуации с точки зрения мотивов человека. Однако целостное восприятие содержит в себе информацию не только о предметах потребностей человека, но и о препятствиях на пути к их достижению, которые делают ситуацию проблемной для субъекта. Препятствия или преграды могут быть внешними или внутренними. К внешним относятся физические обстоятельства, стоящие на пути к реализации мотива, а также социальные нормы, которые подросток хотя и знает, но не считает обязательными для себя, стремясь обойти их и избежать при этом санкций и наказания. Внутренние преграды составляют собственные мотивы несовершеннолетнего. Они могут выражать как его мотивацию, связанную с другими видами деятельности, так и усвоенные, перенесенные во внутренний план взгляды других людей, групповые или общечеловеческие социальные нормы, а также представление о самом себе, самосознание, индивидуальные нравственные ценности.

Чем более развита личность человека, тем более полимотивированным является его поведение и тем более обобщены и в то же время индивидуальны регулирующие его поведение нормы, тем более развито его самосознание. От характера преград зависят тип проблемной ситуации и ее переживания субъектом. Если в случае внешних преград можно говорить о состоянии *фрустрации*, то при наличии внутренних преград человек переживает состояние внутреннего *конфликта*, который может в крайнем выражении переходить в *кризис* всей мотивационно-смысловой системы. Эмоциональная реакция подростка на ситуацию и характер переживаний служат первичным индикатором его оценок и осмысления происходящего.

В соответствии с пониманием ситуации и системой мотивов и смыслов человека строится, по выражению А. Н. Бернштейна, *образ потребного будущего* как своего рода «задающий элемент» системы регуляции. Он может выступать на разных уровнях обобщенности в качестве «эскиза будущего», мотива-цели или конкретного результата действия. Формирование такого образа позволяет перейти к следующему этапу регуляции: *принятию решения, или целеполаганию*. Этот этап включает в себя прогнозирование, оценку и выбор конечного варианта целей и средств их достижения.

Прогнозирование означает определение возможностей, удовлетворяющих потребности подростка, и вероятных последствий их реализации в условиях данной ситуации и существующих ограничений. Прогноз тесно связан с *оценкой*: прогностические гипотезы сравниваются с желаемым результатом. Здесь оценка, как и на предыдущем этапе, в значительной степени имеет смысловой характер, но должна включать в себя и собственно рациональные компоненты. Критерием такой оценки является соответствие, во-первых, прогнозируемых результатов и последствий с образом потребного будущего и всей смысловой системой, включая самосознание человека, а с другой — средств реализации с объективной системой ограничений, то есть с ситуационными условиями, социальными нормами и т. п. Подобная оценка ведет к выбору или отвержению гипотетической цели и в конечном итоге к принятию решения о цели действий и средствах ее достижения. На этом завершается этап *целеполагания* и начинается стадия *целедостижения*.

Этап *исполнения*, или *целедостижения*, включает в себя планирование действий, их контроль и коррекцию. На основе прогноза определяется конкретный *план* достижения цели. Далее следует выполнение действий в соответствии с планом. Промежуточные и окончательный результаты действий вновь проходят описанные выше внутренние механизмы регуляции деятельности. Оцениванию теперь подлежат отклонения от плана действий либо изменения внешних условий, а сама оценка выступает в роли внутреннего *контроля* действий. Изменения операционного состава, тактики или даже стратегии действий, вплоть до отказа от намеченной цели, если этого требуют обстоятельства, выполняются в качестве *коррекции* действий. Такова общая теоретическая схема осознанной и произвольной регуляции поведения человека. Если соотнести понятия «осознание» и «руководство» с ее этапами, то первое включает в себя смысловое восприятие ситуации и целеполагание, а второе — *целедостижение*, или *исполнение* решения. Однако в более широком смысле категория «руководить своими действиями» охватывает весь процесс описанной регуляции. Этапы и стадии схемы регуляции можно использовать в качестве ориентиров при экспертном анализе возможностей подростков-правонарушителей сознательно руководить своими противоправными действиями.

Между тем далеко не каждый поведенческий акт подвергается человеком подобной детальной проработке. В значительной степени поведение регулируется привычными правилами, в рамках которых не требуется постоянного принятия решений. Необходимость осознанного и волевого решения возникает преимущественно тогда, когда происходит отход от социальных стандартов, например в новой непривычной обстановке или в ситуации нарушения принятых норм и правил. В связи с этим психологическое исследование следует направлять на поиск субъективных проблем и переживаний, возникших у подростков в ситуации правонарушения, а также на анализ способов их решения.

Следует подчеркнуть, что в экспертном заключении психолога, помимо описания личности подростка с признаками незрелости, обязательно должен быть отражен анализ осознанности и произвольности совершенных им противоправных действий, для чего используется описанная теоретическая схема, а также указаны конкретные признаки,

которые свидетельствуют о недостаточности регулятивных возможностей.

Опыт экспертной работы прошлых лет позволяет нам определить наиболее типичные варианты ограничения возможности несовершеннолетнего обвиняемого сознательно и произвольно регулировать свои противоправные действия. Каждый из них имеет соответствующие корреляты в особенностях развития личности подростков.

Вначале необходимо выделить два принципиально различных типа совершения таких действий: индивидуальные и групповые правонарушения.

При *индивидуальных* противоправных действиях следует определить направленность мотивации подростка: на конкретный результат или на сам процесс действий.

При ориентации *на процесс* действий мотивация имеет, как правило, игровой характер, и, как в приведенном примере, регуляция ущербна из-за недостаточного осмысления ситуации, прогноза и оценки последствий собственных действий несовершеннолетнего. Сама реализация действий может производить впечатление последовательной и упорядоченной. Однако она подчиняется игровому плану, и нарушенным оказывается прежде всего звено целеполагания, которое определяет порочность всей системы руководства действиями.

При направленности подростка *на результат* действий возможны, по крайней мере, два варианта ограничения возможностей саморегуляции.

В первом случае оно проявляется в непосредственных действиях, направленных на немедленное достижение результата независимо от объективных и субъективных условий. При этом действия не опосредованы процессом целеполагания, отсутствуют адекватные прогноз и оценка, сознательный выбор того или иного вида поведения. Нет и целедостижения, упорядоченного планом, контролем и коррекцией. Такие правонарушения совершаются подростками с неустойчивостью эмоций и поведения, склонными к реализации ситуативных побуждений.

Второй, более редкий, вариант ограничения проявляется в том, что, когда ситуация предъявляет к личностно незрелому подростку повышенные требования, в силу ограниченного опыта и специфических

личностных особенностей он не может найти адекватного средства для достижения субъективно значимой цели. При этом искажается его оценка как самой ситуации, так и собственных действий, направленных на решение проблемы.

Варианты ограничения осознанного руководства своими действиями у подростка, совершающего правонарушение *в группе*, очень различны. Ранее уже говорилось о значении общения со сверстниками в этом возрасте. Эксперту-психологу важно оценить не только личностные особенности несовершеннолетнего (лидерские тенденции или, напротив, конформность, внушаемость, склонность к имитации), но и его место в группе, состав группы и динамику взаимодействия в ней. Воздействие других на подростка может варьировать от простого присутствия (как это было в нашем примере) или демонстрации образцов поведения, которым несовершеннолетний подражает, до прямого внушения и принуждения к совершению тех или иных противоправных действий. За незрелого подростка с несформированной мотивационно-смысловой системой функции целеполагания, выбора целей и средств их достижения выполняют другие. Таким образом, он в значительной степени является не субъектом собственного поведения, а объектом чужого влияния, не обладающим самостоятельной волей. Это свойственно конформным внушаемым подросткам, испытывающим потребность в групповой принадлежности.

5.2. Психолого-психиатрическая оценка ОРЛ у несовершеннолетних

Группа органических психических расстройств является самой полиморфной и представляет собой достаточно широкий спектр как состояний, причинно связанных с дисфункцией и повреждением мозга вследствие первичного церебрального заболевания, которое может быть текущим и резидуальным, так и заболеваний, вторично поражающих мозг (эндокринные, соматические заболевания, токсическое воздействие и т. д.). В МКБ-10 они рассматриваются в рубрике F00–07. В детско-подростковом возрасте эта группа психических расстройств является самой распространенной. Это подтверждается и статистическими

сведениями, согласно которым они занимают лидирующую позицию среди психических расстройств данной возрастной категории (Чуркин, Творогова, 2009). Среди диагностических заключений, выносимых при освидетельствовании несовершеннолетних в государственных судебно-психиатрических учреждениях страны, ОРЛ является одним из наиболее распространенных и составляет около 53 % из всех нозологических форм (Мохоныко, Муганцева, 2012).

В соответствии с МКБ-10 ОРЛ определяется набором критериев, при этом для его диагностики достаточно лишь двух позиций. Взрослый и подростковый контингент подпадает под единый диагностический подход и категориальный «инструмент» оценки. Однако, учитывая возрастные темпы развития, перенесенные многообразные экзогенные воздействия, дисгармонию пубертатного периода, к постановке диагноза ОРЛ следует подходить с особой тщательностью и осторожностью. Несформированность и уязвимость мозговых структур, повышенная реактивность к воздействию внешних факторов, незрелость и поврежденное развитие психических функций способствуют формированию многокомпонентной клинко-психопатологической структуры, имеющей особые характеристики в пубертатном возрасте (Гурьева, Семке, Гиндикин, 1974; Макушкин, 2007, 2009).

Проведенное исследование (Булатова, 2010–2012) было направлено на разработку диагностических критериев, выявление клинко-динамических и психологических особенностей и уточнение критериев психолого-психиатрической оценки ОРЛ у подростков.

Объектом изучения стали 80 несовершеннолетних мужского пола, совершивших различные правонарушения и проходивших стационарную судебную КСППЭ в ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России. Клиническая квалификация ОРЛ проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F07.0; F07.08; F07.80; F07.88). Средний возраст подэкспертных в период совершения правонарушения составил $15 \pm 0,79$ года, на момент экспертного освидетельствования — $16 \pm 0,88$ года.

Использовались клинко-психопатологический, клинко-динамический, экспериментально-психологический и статистический методы. Также учитывались результаты неврологического и эндокринологического обследований, параклинических данных (электроэнцефалогра-

фия, эхоэнцефалография, реоэнцефалография, краниография, исследование глазного дна).

Клиническая структура ОРЛ в подростковом возрасте отличается синдромальной незавершенностью и выраженным клиническим полиморфизмом. Формирование подобной гетерогенной структуры расстройства обусловлено воздействием разнообразных экзогенно-органических факторов, особенностями нарушенного онтогенетического развития и собственно психоэндокринным патопластическим влиянием пубертатного периода (Ковалев, 1995; Макушкин, 2002; Гиндикин, 2007).

Необходимо отметить, что классические варианты психоорганического синдрома, используемые для описания и оценки ОРЛ в отношении взрослого контингента (апатический, амнестический, дементный, эпилептический, органический бредовый синдром, органические галлюцинозы), в подростковом возрасте практически не встречаются. В пубертатном периоде клинические признаки психоорганического синдрома чаще всего представлены фасадными психопатоподобными и поведенческими расстройствами, являющимися следствием нарушенного психического развития, которые в совокупности с воздействием ряда органических факторов определяют многокомпонентную и гетерогенную структуру психопатологических проявлений ОРЛ (Гиндикин, 2007).

Этиопатогенетические закономерности развития органических психических расстройств включают наследственную отягощенность по органическим поражениям головного мозга, расстройствам личности и алкоголизму, которые предрасполагают к перинатальной патологии, развитию резидуально-органических, дизонтогенетических нарушений по типу «поврежденного развития» в виде парциальных задержек (Сухарева, 1955), обуславливают раннюю (дошкольную и препубертатную) манифестацию аффективных, поведенческих и когнитивных расстройств.

Для систематизации клинических проявлений, а также удобства диагностической квалификации и уточнения экспертных критериев ОРЛ у несовершеннолетних М. В. Булатовой (2012) выделены основные и дополнительные регистры психопатологических симптомокомплексов. Так, к основным регистрам патологических нарушений при ОРЛ у несовершеннолетних отнесены: личностный, органический

и дизонтогенетический. К дополнительным — возрастной (подростковый), психопатологический, психоэндокринный, неврологический, а также патопсихологический.

Личностный регистр включает: психопатологические личностные нарушения, поведенческие девиации, расстройства сферы влечений.

Для органических личностных расстройств у несовершеннолетних характерны эксплозивные формы реагирования, поведенческие нарушения в виде делинквентной и криминальной активности, химические (злоупотребление алкогольными напитками, токсическими и наркотическими веществами) и нехимические (гемблинг, интернет-зависимость) формы зависимости, сексуальные девиации (Макушкин, 2009; Rutter, 1985; Mansour, Daoud, Mountjoy, 2001).

К *органическому регистру* относятся когнитивные, аффективные, церебрастенические, гиперкинетические и пароксизмальные расстройства.

Когнитивные расстройства выявляются практически у половины подростков (46,25%), совершивших правонарушения. Аффективная симптоматика представлена дисфорическими, дистимическими и субдепрессивными нарушениями. У подростков с гиперкинетическими расстройствами в анамнезе объективно установлен органический фактор, а также нарушения интеллекта, аномалии развития и сопутствующая неврологическая патология. Среди пароксизмальной симптоматики наиболее часто встречаются синкопальные состояния, парасомнии (первичный энурез, сомнамбулизм, сомнилокия — сноговорение), простые и сложные парциальные, а также генерализованные пароксизмы (Ковалев, 1995; Grafman, Schwab, Warden et al., 1996).

В *дизонтогенетический регистр* входят разнообразные нарушения в виде задержки развития (8,75%), а также вариантов задержанного (28,75%), поврежденного (38,75%) и дисгармонического развития (23,75%), предопределяющие многообразие клинических проявлений органических психических расстройств в пубертатном периоде.

Подростковые психопатологические синдромы представлены сверхценными образованиями (8,75%), синдромом патологического фантазирования (10%) и дисморфобическими переживаниями (2,5%).

Психоэндокринные нарушения в структуре органических психических расстройств в подростковом возрасте проявляются гипота-

ламо-гипофизарными дисфункциями, включающими: вегетативные нарушения, эндокринные расстройства (ожирение, гинекомастия, гипогонадизм, патология щитовидной железы, гиперпролактинемия и др.), которые, как правило, сопровождаются нарушениями сексуального поведения и эмоциональной сферы (32,5%).

Неврологический регистр объединяет синдром дизонтогенеза (дизэмбриогенеза), включающий малые аномалии развития (дизонтогенетические стигмы) и признаки незрелости с динамическими нарушениями высших корковых функций, а также общемозговые и очаговые симптомы и симптомокомплексы. К последним относятся гипертензионно-гидроцефальный синдром и синдром вегетативной дисфункции, из очаговых симптомов и синдромов наиболее часто встречаются зрачковые и глазодвигательные, псевдобульбарные, пирамидные и экстрапирамидные нарушения. На электроэнцефалограмме чаще отмечаются диффузные общемозговые нарушения биоэлектрической активности мозга, которые выражаются в снижении лабильности и слабой реактивности мозговых структур по органическому типу, порой признаки снижения порога судорожной готовности с акцентом в височных отделах.

При *экспериментально-психологическом исследовании* подростков с ОРЛ, как правило, отмечается органический патопсихологический симптомокомплекс, включающий в разной степени выраженности нарушения познавательной деятельности. В операциональной сфере мышления это проявляется низким уровнем обобщения с опорой на наглядные, поверхностные признаки объектов, конкретно-ситуационными сочетаниями, трудностями оперирования абстрактными категориями, конкретностью ассоциаций и их низким семантическим уровнем, слабым пониманием условного смысла, трудностями установления логических связей. Динамика мыслительной деятельности характеризуется снижением темпа, ригидностью и инертностью мышления, обстоятельностью суждений, невысокой активностью и колебаниями внимания, трудностями длительного сосредоточения, истощаемостью психических процессов. Ослабление мнестических функций выражается в сниженном объеме непосредственного произвольного запоминания, затрудненности опосредованного и смыслового запоминания. В качестве типичных эмоциональных нарушений выступают неустойчивость

эмоций, возбудимость, импульсивность в сочетании с трудностями волевого контроля поведения (Кудрявцев, Сафуанов, 1989).

Таким образом, к *критериям диагностики* ОРЛ в подростковом возрасте могут быть отнесены следующие характеристики:

- личностные психопатологические характеристики с доминированием эксплозивных форм реагирования;
- поведенческие расстройства, характеризующиеся полиморфизмом проявлений (девиантное, делинквентное, социализированное, криминальное и агрессивно-криминальное поведение);
- формирующиеся расстройства влечений, представленные комбинированными формами аддикций (зависимость и злоупотребление психоактивными веществами, игровые аддикции, расстройства сексуального предпочтения);
- расстройства когнитивной сферы, проявляющиеся дефицитарностью познавательных функций: мышления, восприятия, внимания, памяти и речи;
- аффективные расстройства с преобладанием дисфорических, дистимических и субдепрессивных форм;
- пароксизмальные расстройства;
- изменения сроков и темпов онтогенетического формирования;
- неврологические признаки общемозговой и очаговой симптоматики, подтверждаемые нейрофизиологическими и нейровизуализирующими методами исследования;
- признаки органического патопсихологического симптомокомплекса (пониженный уровень функционирования познавательных процессов, в том числе мнестических функций, сниженная работоспособность, эмоционально-волевые нарушения).

Динамика ОРЛ в подростковом возрасте имеет 3 варианта течения.

Прогрессирующее течение определяется усложнением клинических симптомов с переходом от более легких к более тяжелым регистрам поражения. Такому неблагоприятному течению органической патологии способствуют массивные экзогенные воздействия, приводящие к поврежденному развитию с последующим формированием выраженных когнитивных расстройств, эксплозивной личностной структуры,

присоединением дисфорических аффективных состояний, расстройств сферы влечений и пароксизмальных компонентов.

Регрессирующее течение характеризуется относительно благоприятной клинической динамикой с нивелировкой ранних энцефалопатических нарушений в пубертатном периоде, преобладанием в клинической картине дизонтогенетических маркеров в форме задержанного развития с незрелостью личностной структуры, познавательной деятельности, эмоционально-волевой регуляции.

Периодическое течение проявляется ундулирующим, волнообразным течением с возникновением декомпенсаций органической патологии в форме психопатоподобных состояний, находящихся в прямой зависимости от травматических и психогенных факторов.

Сложность психопатологической картины ОРЛ, ее сочетание с выраженными когнитивными расстройствами, пароксизмальными проявлениями, клинко-дизонтогенетическими симптомами обуславливают необходимость проведения дифференциального диагноза с исключением признаков формирующегося расстройства личности, легких и умеренных форм умственной отсталости, эпилепсии, возрастной личностной незрелости (Личко, 1977; Ковалев, 1995; Шостакович, 2006; Гурьева, 2007).

От формирующихся расстройств личности ОРЛ позволяют дифференцировать следующие особенности: отсутствие присущей психопатиям закономерности очерченного становления личностных психопатологических структур, наличие психоорганических расстройств и сопутствующих неврологических симптомов.

Дифференциальный диагноз между ОРЛ и умственной отсталостью в подростковом возрасте основывается на констатации следующих особенностей мыслительной деятельности. Интеллектуальные нарушения при олигофрении отражают общее недоразвитие когнитивной сферы, мыслительных процессов и предпосылок интеллекта (памяти, внимания, восприятия и т. п.), в отличие от парциальности нарушений в случае ОРЛ. При ОРЛ особенности мыслительных процессов обусловлены в большей степени трудностями организации произвольной деятельности, истощаемостью и эмоционально-волевыми нарушениями. У подростков с ОРЛ, если их сравнивать со сверстниками с умственной

отсталостью, потенциальные способности выше актуальных, более развита способность переносить полученные знания на новый материал (обучаемость). В отличие от тотального недоразвития, присущего умственно отсталым несовершеннолетним, для подростков с ОРЛ характерна неравномерность процесса психического созревания.

При проведении дифференциальной диагностики ОРЛ с эпилептической болезнью учитываются следующие характеристики: отсутствие клинико-динамической картины эпилептической болезни с нарастанием частоты и полиморфизма пароксизмальных явлений, отсутствие специфических эпилептических изменений личности в виде выраженной ригидности и инертности, сочетающихся с полярностью аффекта, а также особенностей ЭЭГ-картины, характерных для эпилепсии (Абрамович, 1965; Зыков, 2009).

Разграничение ОРЛ от возрастной личностной незрелости проводится с учетом следующих параметров: отставание в развитии является составной частью синдрома парциального психического инфантилизма в гетерогенной структуре верифицируемого психического расстройства (ОРЛ); замедление темпа развития подтверждается наличием массивных экзогенно-органических воздействий. Собственно возрастная личностная незрелость не имеет клинической структуры и подлежит психологической оценке. При проведении такой оценки следует учитывать ряд дифференцирующих особенностей. У подростков с личностной незрелостью, как правило, выше темп деятельности, в меньшей степени выражены трудности вработываемости, не наблюдаются явления ригидности, инертности и истощаемости мыслительных процессов. Кроме того, ассоциативная сфера шире, качество образных и вербальных ассоциаций — выше. В содержательном плане следует обратить внимание на частую встречаемость ассоциаций, отражающих незрелость мотивационно-смысловой сферы. Личностная незрелость проявляется в характере интересов, зачастую имеющих игровой характер, в зависимости поведения от ситуационных внешних и внутренних факторов, во внушаемости и ориентации на значимых других, прежде всего, сверстников. При ОРЛ в меньшей степени характерна живость эмоций. При этом на общем более уплощенном эмоциональном фоне, у подростков с ОРЛ резче проявляются аффективные колебания.

Для квалификации ОРЛ важную роль играет экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ). Оно является обязательным и проводится медицинским психологом учреждения (отделения).

При психологической диагностике целесообразно использовать следующую последовательность:

Первый этап — анализ истории развития несовершеннолетнего. На этой стадии проводится психологический анализ материалов уголовного дела и медицинской документации.

Второй этап — оценка актуального состояния подростка. Вначале следует использовать наблюдение и диалоговые методы (беседа). Для поддержания мотивации на обследование последние могут применяться в достаточно широком диапазоне и сочетаться с вербальным поощрением со стороны экспериментатора.

В ходе клинической беседы не только уточняются и расширяются данные, полученные на предыдущем этапе, но и выявляется субъективный взгляд несовершеннолетнего на различные значимые события его жизни.

В начале беседы целесообразно стимулировать подростка к самостоятельному рассказу, деликатно направляя его в нужное русло. Для этого следует коснуться актуальных интересов и предпочтений обследуемого. Вопросы необходимо задавать по возможности в простой и доступной форме, приближенной к лексике подростка. Необходимо избегать критических замечаний и оценочных комментариев. Указанные моменты позволяют снизить психическое напряжение, способствуют формированию доверительного контакта и помогают избежать реакций негативизма, которые проявляются у подростков с ОРЛ в ситуации обследования достаточно часто.

В отличие от беседы, проводимой со взрослым пациентом, в которой сведения, как правило, собираются от прошлого к настоящему, при работе с подростками целесообразно применять обратный вариант. Учитывая недостаточную сформированность абстрактного мышления данной категории обследуемых, следует чаще предлагать приводить конкретные примеры.

Третий этап — собственно ЭПИ. Его основными задачами являются: — определение уровня развития основных сфер психической деятельности подэкспертного;

- выявление особенностей организации подростком собственной деятельности;

- определение характеристик эмоционально-волевой сферы, личностных особенностей несовершеннолетнего.

Для решения этих задач использование только методик, основанных на количественной оценке результатов, и стандартизированных психометрических тестов, например теста Векслера, недостаточно, а зачастую и непродуктивно. Более информативным представляется качественный анализ деятельности подэкспертного с помощью патопсихологических методик. При дифференциальной диагностике ОРЛ значимыми являются следующие аспекты: организация интеллектуальной деятельности, включающая в себя особенности ориентировки, прогноза, реализации и контроля действий; мотивационные, волевые и эмоциональные аспекты деятельности; динамические характеристики (темпы, работоспособность и др.). Эти особенности могут быть зафиксированы при выполнении любых заданий независимо от того, на исследование какой сферы психической деятельности они направлены.

ОРЛ необходимо дифференцировать от легких форм умственной отсталости. Поэтому для определения потенциальных способностей и зоны ближайшего развития подростка при проведении ЭПИ следует провести оценку познавательной деятельности в условиях внешней организации и использовать элементы обучающего эксперимента.

Уровень интеллектуального развития. Анализируются общий уровень осведомленности и ориентированности подростка, а также сформированность психических процессов, обеспечивающих интеллектуальную деятельность (памяти, внимания и восприятия) и различных аспектов мыслительной деятельности.

Проведение ЭПИ целесообразно также начинать с клинической беседы, в ходе которой выявляется общий уровень познавательной деятельности подростка. Для этого, во-первых, необходимо определить, насколько хорошо он ориентирован в различных бытовых и вопросах. Целесообразно выяснить не только то, какими социальными навыками он владеет, но и смоделировать ряд проблемных ситуаций. Это позволит определить потенциальные способности обследуемого. Во-вторых, следует задать вопросы, касающиеся общей осведомлен-

ности подростка. Также выполняются пробы на сформированность автоматизированных навыков: чтения, счета, письма.

При психологической квалификации ОРЛ необходимо применять следующий минимальный набор экспериментальных методик, исследующих основные сферы психической деятельности:

Внимание и динамика сенсомоторных реакций: пробы «Отсчитывание», таблицы Шульте, счет по Крепелину, таблицы Горбова — не менее одной методики.

Непосредственное механическое запоминание: 10 слов либо запоминание искусственных (несмысловых) звукосочетаний — не менее одной методики.

Смысловая память: запоминание простого рассказа (текста) — не менее одного рассказа.

Опосредованное запоминание: пиктограммы, опосредованное запоминание по Леонтьеву — не менее одной методики.

Ассоциативная сфера: пиктограммы, ответные, свободные и тематические ассоциации — не менее одной методики.

Операциональная сфера мышления: исключение предметов, сравнение понятий, исключение понятий, классификация предметов, простые и сложные аналогии, антонимы — не менее двух методик.

Способность к пониманию условных смыслов: интерпретация метафор и пословиц — предлагается не менее 3 метафор и 5 пословиц.

Вербально-логическое мышление — серии последовательных картинок, сюжетные картины, проба Эббингауза, пробы на чувствительность к логическим противоречиям — не менее одной методики.

Конструктивный праксис — кубики Кооса, куб Линка — не менее одной методики.

Индивидуально-психологические особенности. Анализируются особенности мотивационной, смысловой, эмоциональной и волевой сфер. Необходимо применять следующий минимальный набор экспериментальных методов (не менее одной методики каждого класса):

Стандартизированные опросники: индивидуально типологический опросник (подростковый вариант), подростковый диагностический опросник (ПДО).

Методики субъективного шкалирования: цветовой тест отношения (ЦТО), шкалы самооценки Дембо–Рубинштейн.

Проективные методики: тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, тест руки Э. Вагнера, рисуночные методики (рисунок человека; человек, дом, дерево; рисунок несуществующего животного).

Экспертная оценка ОРЛ в подростковом возрасте базируется на общих принципах производства СПЭ несовершеннолетних и ее комплексных видов. Системность экспертной оценки включает анализ динамики состояния, синдромальной клинической структуры органического поражения, регистра неврологических расстройств, личностных, поведенческих, интеллектуальных, аффективных и волевых нарушений. Неоднородность клинической структуры ОРЛ в подростковом возрасте коррелирует и с пониманием допустимых экспертных решений: от «вменяемости», «ограниченной вменяемости» до оценки в пользу «невменяемости» несовершеннолетнего.

Описание *клинико-экспертных моделей ОРЛ* у несовершеннолетних проводилось в соответствии с многоосевой классификационной системой психических расстройств, используемой для детско-подросткового возраста. Анализ следует проводить по следующим осям:

- ведущая психопатологическая симптоматика;
- сопутствующие клинические проявления;
- клиническая динамика психического дизонтогенеза;
- неврологические признаки;
- социальное функционирование.

Модель психоорганического/церебрастенического расстройства. Ось ведущей психопатологической симптоматики представлена церебрастеническим вариантом психоорганического синдрома. К сопутствующим (необлигатным) клиническим проявлениям отнесены: психопатоподобные расстройства в рамках эмоционально неустойчивого и эксплозивного типов личностного реагирования, поведенческие девиации, расстройства влечений с моноактивностью и формирующейся компульсивностью за счет достаточного ресурса когнитивных способностей. Дизонтогенетические признаки не являются ведущими в клинической картине психопатологических нарушений, они определены дисгармоническим развитием, обуславливающим формирование диссоциальных личностных расстройств с преобладанием агрессивных форм поведения. Среди особенностей неврологической картины

отмечен синдром вегетативных нарушений, связанный с незрелостью срединных структур головного мозга, эндокринными влияниями, последствием экзогенных воздействий. При проведении ЭЭГ регистрируются дисфункции срединных структур, лежащие в основе эмоциональной неустойчивости, поведенческих девиаций, нарушений концентрации внимания, утомляемости и истощаемости психических процессов. Органические, дизонтогенетические, психопатоподобные, поведенческие нарушения предопределяют асоциальное развитие с формированием однотипного паттерна криминального поведения (повторные кражи, разбойные нападения и т. д.), при этом сдерживающим механизмом являются коррекционные и социально-педагогические мероприятия.

Состояния, относящиеся к данной клинической модели, в основном подпадают под экспертную оценку о способности подростка осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период совершения правонарушения (решение в рамках «вменяемости»). Отсутствие признаков незрелости, сохраненные когнитивные функции обеспечивают правильную оценку сложившейся ситуации и целенаправленность поведения в период совершения противоправных действий. Развитию криминальной активности, как правило, способствует асоциальная личностная направленность с готовностью к нарушению правовых запретов.

Возможны также и экспертные заключения об ограничении способности подростка в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период совершения правонарушения (решение в рамках «ограниченной вменяемости» — ст. 22 УК РФ). Сочетание провоцирующих ситуационных воздействий, эмоционально неустойчивой личностной структуры (раздражительность, возбудимость, конфликтность), низкого уровня компенсаторных возможностей (астенические состояния, усугубляющиеся предшествующими периоду правонарушения инфекциями, интоксикациями, физическими нагрузками) может привести к развитию у подростка в период совершения правонарушения *дисфорической реакции непсихотического уровня*. Она проявляется злобностью, застойностью аффекта, частичным сужением сознания, крайне агрессивным поведением, ограничением волевой саморегуляции.

Ограничение волевого контроля определяется совокупностью следующих факторов:

- психотравмирующий характер ситуации (оскорбительные высказывания, затрагивающие личные переживания), комплементарный слабым звеньям личностной структуры (обидчивость, непереносимость критики в свой адрес);
- состояние опьянения, вызванное сочетанным употреблением ПАВ;
- взрывчатые личностные особенности с дефицитарностью структур, способных тормозить проявления агрессивных побуждений;
- церебральная органическая составляющая, снижающая порог чувствительности к внешним раздражителям.

Модель органической парциальной психической незрелости. Ось ведущей психопатологии определена синдромом парциального психического инфантилизма, включающего следующие признаки: когнитивные дисфункции, полиморфные нестойкие расстройства влечений по типу экспериментирования с различными объектами и способами реализации побуждений, аффективная незрелость (эмоциональная лабильность, повышенная возбудимость), внушаемость, подчиняемость, поведенческие девиации. К сопутствующим клиническим признакам относятся: синдром непатологического фантазирования, синдром сверхценных образований. Дизонтогенетические особенности представлены задержанным развитием. Под воздействием комплекса перинатальных и постнатальных факторов, начиная с ранних этапов развития ребенка, происходит замедление темпов психического созревания. Оно проявляется в отставании развития речи, отсроченном становлении психомоторных функций, нарушении усвоения школьных навыков. Основное место в неврологической картине отводится дизонтогенетической и мелкоочаговой симптоматике, соотносимой с регистрируемыми на ЭЭГ общемозговыми (диффузными) и условно-эпилептиформными изменениями мультифокальной локализации. Незрелость и дефицит нравственных эталонов, интериоризация посредством усвоения норм референтной, чаще всего асоциальной, группы влекут за собой социальную дезадаптацию подростка.

– Экспертная квалификация клинических состояний, соответствующих модели органической парциальной психической незрелости, как правило, осуществляется в рамках нормы «ограниченной вменяемости» (ст. 22 УК РФ). При этом только относительно сформированная когнитивная сфера у подростков обуславливает недостаточную их способность к целостной оценке ситуации и собственных регулятивных, поведенческих возможностей в период правонарушения, незрелость эмоционально-волевой регуляции, отсутствие достаточной гибкости поведения, ограниченную способность к опосредованию своих действий.

– Критерии экспертной оценки при парциальном психическом инфантилизме, в рамках нормы «ограниченной вменяемости»:

- медицинский критерий, включающий:
 - когнитивные дисфункции (недостаточная способность к самоорганизации мыслительной деятельности, неустойчивость внимания, парциальные нарушения критико-прогностических функций);
 - полиморфные нестойкие расстройства влечений со стремлением к реализации сиюминутных побуждений и недостаточностью самоконтроля;
 - аффективную незрелость в виде эмоциональной лабильности и повышенной возбудимости, признаки личностной незрелости (внушаемость, легкость усвоения асоциальных форм поведения, игровая направленность и быстрая изменчивость интересов и увлечений);
- юридический (психологический) критерий предполагает экспертную оценку следующих аспектов:
 - интеллектуальный компонент, определяется недостаточной способностью к целостной оценке ситуации и собственных возможностей, ограниченностью прогноза (в том числе отдаленного) негативных социальных последствий собственных действий;
 - волевой компонент, представлен ограничением возможности выбора социально приемлемых способов реализации цели, недостаточной способностью к правильной оценке промежуточных результатов и изменению стратегии поведения, недостаточностью самоконтроля.

Подросткам с парциальной личностной незрелостью, подпадающим под ст. 22 УК РФ, в качестве меры медицинского характера рекомендуется амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, соединенное с исполнением наказания.

Модель олигофреноподобной структуры. В клинической картине на первый план выступают интеллектуально-мнестические (псевдо-олигофренические) расстройства. Также отмечаются аффективные нарушения, эксплозивные личностные черты, поведенческие девиации с доминированием криминальных агрессивных-насильственных форм, расстройства влечений импульсивного типа. К сопутствующим клиническим проявлениям относятся: синдром патологического фантазирования, расстройства органического спектра (гипердинамические, пароксизмальные состояния), эндокринные нарушения (отставание соматоэндокринного развития и гипоталамо-гипофизарные дисфункции). У таких подростков часто выявляется сложная картина дизонтогенетических проявлений, когда на разных возрастных этапах преобладают признаки задержки, замедления либо повреждения темпов развития.

Данная модель представляет наибольшую сложность как в диагностическом, так и в экспертном плане. Высока вероятность ошибочной диагностики умственной отсталости, тем более что на ранних этапах развития таким детям, как правило, специалисты квалифицируют олигофрению. Вместе с тем, катмнез показывает, что в силу естественной физиологической динамики созревания, адекватных коррекционных воздействий когнитивная дефицитарность с возрастом несколько нивелируется, экспертами уже не отмечаются тотальность и стабильность нарушений, характерных для умственной отсталости. Неврологические нарушения при данной модели носят полиморфный характер, проявляющийся общемозговыми и различными очаговыми нарушениями. На ЭЭГ часто выявляются признаки эпилептиформной активности с преобладающей локализацией в височных отделах, что обуславливает эксплозивные формы реагирования, агрессивность, импульсивность поступков. Отмечается выраженная социальная дезадаптация, обусловленная неструктурированностью мотивов и смыслов, несогласованностью целей со средствами их осуществления, фиксированными и не-

гибкими способами реагирования в различных социальных ситуациях, зависимостью поведения от внешних обстоятельств и собственных непосредственных побуждений при несформированности опосредованности деятельности.

Подэкспертные при данной клинической модели чаще подпадают под экспертное решение о неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период совершения правонарушения («невменяемость», ст. 21 УК РФ).

Критерии экспертной оценки также должны включать в себя два экспертных критерия:

- медицинский критерий, предполагает:
 - интеллектуально-мнестические нарушения (низкий уровень интеллектуальной продуктивности, конкретность, инертность, тугоподвижность мыслительных операций, мнестические и грубые нарушения критико-прогностических функций);
 - аффективные расстройства в форме дисфорических реакций и состояний;
 - импульсивные расстройства волевой сферы, сопряженные с аддиктивными нарушениями;
 - некорригируемые поведенческие расстройства с доминированием криминальных и агрессивных-криминальных форм;
- юридический критерий, предполагает:
 - интеллектуальный компонент — представлен дефицитарностью предпосылочных процессов и высших уровней регуляции интеллектуальной деятельности, недоступностью целостной оценки ситуации и осуществления прогностических функций;
 - волевой компонент — содержит дизрегуляцию эмоциональных и волевых проявлений вследствие дефицитарности и нарушенного контроля со стороны интеллектуальной сферы, невозможность сопоставления цели действия с внутренними установками и их социальным значением, отсутствие опосредованной деятельности.

Таким образом, заключение о «невменяемости» подростка с ОРЛ определяется как прогрессивностью заболевания, так и совокупностью медицинского (нарушения интеллекта, выраженные аффективные расстройства, дисфории и импульсивность) и юридического (дефицитарность интеллекта, недоступность целостной оценки ситуации, отсутствие критики и прогноза, выраженные эмоционально-волевые нарушения) критериев.

Основанием для рекомендации подростку с ОРЛ принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением являются выраженность эмоционально-волевых нарушений с высоким риском импульсивных ауто- и гетеро-агрессивных действий, представляющих особую опасность, склонность к грубым нарушениям режима с попытками к побегам, организации групповых беспорядков, а также повторность ООД, тяжесть совершенного деяния, неэффективные результаты медико-педагогической и социальной коррекции при оказании специализированной помощи в прошлом. При этом учитываются наличие тенденции к асоциальному образу жизни, социализированным расстройствам, зависимости от алкоголя и других ПАВ, склонность к группированию и повторным нарушениям внутрибольничного режима. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа рекомендуется при менее выраженных клинических проявлениях ОРЛ с минимальным риском общественной опасности, вместе с тем отсутствие критического отношения к своему состоянию и содеянному не позволяет осуществлять медицинские меры в амбулаторных условиях.

Таким образом, поэтапный алгоритм при экспертной оценке психического состояния несовершеннолетних с ОРЛ включает следующие составляющие:

- выявление клинических признаков ОРЛ;
- определение этиопатогенетических, клинико-динамических закономерностей, психопатологических и патопсихологических характеристик ОРЛ;
- экспертная оценка способности подростка осознавать фактический характер своих действий в период совершения правонарушения;
- экспертная оценка способности подростка осознавать последствия своих действий для себя;

– экспертная оценка способности подростка осознавать общественную опасность своих действий для окружающих;

– оценка способности руководить своими действиями по мере развития событий в уголовно релевантный период.

Подобная структура изложения экспертного заключения позволит повысить доказательность экспертных выводов без смещения главного акцента в обосновании на выявление и подтверждение наличия органического субстрата. В подростковой практике такой алгоритм дает возможность избегать уязвимых стереотипов оценки ОРЛ «по совокупности», «по степени выраженности расстройства», «в соответствии с динамикой», которые ранее достаточно часто использовались в судебно-психиатрической практике при освидетельствовании несовершеннолетних.

5.3. КСППЭ эмоциональных состояний патологического и непатологического уровня у несовершеннолетних обвиняемых

Одними из наиболее сложных и объективно крайне трудно доказуемых вопросов судебной психиатрии является проблема оценки кратковременно протекающих аффективных реакций патологического (психотическое расстройство) и непатологического уровня (аффект).

Комплексное изучение всех стационарных экспертных заключений СПЭ и КСППЭ в отношении несовершеннолетних обвиняемых в ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России за последние 15 лет позволяет отметить еще большую редкость этих состояний у подростков. При этом примерное соотношение транзиторных (кратковременных) аффективных патологических расстройств психической деятельности и собственно аффекта составляет 10:1.

В современной судебно-психиатрической экспертной практике при исследовании транзиторных аффективных состояний непсихотического (аффект) и психотического уровня обоснованно востребованы компетенция эксперта-психолога и судебно-психиатрического эксперта. По мере совершенствования прикладных научных знаний было выявлено, что аффективные реакции могут быть следствием воздействия

какого-либо психогенного фактора, они могут также сопровождать посттравматические стрессовые расстройства или включаться в структуру диссоциативных нарушений (Мeyer, 1981).

В целом судебно-психиатрическая оценка патологических и непатологических реакций в подростковом возрасте в момент совершения ООД обязательно требует учета многих факторов: возрастных и личностных особенностей несовершеннолетнего, влияния психотравмирующей ситуации, выраженности дизонтогенетической и органической и иной «патологической почвы», глубины изменения сознания, степени дезорганизации психической деятельности и поведенческой дизрегуляции, пр.

5.3.1. Состояние аффекта у несовершеннолетних при совершении ими агрессивно-насильственных правонарушений

Влияние выраженных эмоциональных состояний на регуляцию поведения при совершении агрессивно-насильственных правонарушений учитывается как в российском, так и в зарубежном законодательстве. В УК РФ убийство (ст. 107) либо причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью (ст. 113) в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного неправомерными действиями потерпевшего, относятся к «привилегированному» составу преступлений, который предполагает существенное смягчение наказания.

Статья 107

Убийство, совершенное в состоянии аффекта

1. Убийство, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего,
 - наказывается ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на тот же срок.

2. Убийство двух или более лиц, совершенное в состоянии аффекта,
 - наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.

Статья 113

Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта

- Умышленное причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями (бездействием) потерпевшего, а равно длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего,
- наказывается ограничением свободы на срок до двух лет или лишением свободы на тот же срок.

Уголовная ответственность по этим статьям наступает с 16-летнего возраста.

Установление наличия или отсутствия у обвиняемого (подсудимого) состояния аффекта в момент совершения преступления входит в компетенцию судебно-психологической или КСППЭ. В рамках последней задача судебно-психиатрического эксперта состоит в исключении патологических состояний психики у подэкспертного во время совершения им противоправных действий, а эксперта-психолога — в квалификации эмоционального состояния, в котором он находился, как аффекта или иной формы эмоционального реагирования.

Основой для диагностики аффекта служит трехфазная структура его развития: предварительная стадия, стадия собственно аффективного взрыва и стадия истощения. В каждой из стадий выделяются характерные признаки, как внутренние субъективные, так и внешние феноменологические.

Существует несколько теоретических подходов к рассмотрению понятия «аффект» и вопросов его диагностики. Общим для них является положение о том, что при проведении экспертной диагностики эмоциональных состояний в уголовно релевантной ситуации следует, с одной стороны, отделять собственно аффект от других эмоциональных

состояний, с другой — оценивать ограничения осознания и глубину нарушений регуляции деятельности при различных типах аффективного реагирования. Различия касаются классификации эмоциональных состояний и их экспертной оценки.

В рамках одного подхода в качестве основного критерия принимается внезапность и взрывной характер аффекта, другие эмоциональные состояния, не отвечающие в строгом смысле указанному критерию, из категории аффекта исключаются. Наряду с этим выделяются такие эмоциональные реакции, как эмоциональное возбуждение и эмоциональное напряжение, которые существенно ограничивают осознанность и произвольность поведения в уголовной ситуации и требуют учета в правовом контексте вне рамок квалификации аффекта. Кроме того, описывается категория эмоциональных реакций, не сопровождающихся сужением сознания и не оказывающих существенного влияния на поведение правонарушителя. Помимо этого, отдельно рассматривается аффект на патологической почве, а также в состоянии легкой степени алкогольного опьянения.

В рамках другого подхода предлагается выделять сходные эмоциональные состояния: физиологический аффект (как общепсихологический аффект), кумулятивный аффект, выраженное эмоциональное напряжение, оказывающие существенное влияние на способность субъекта к осознанной регуляции своего поведения. В качестве главной общей характеристики таких эмоциональных состояний рассматривается нарушение сознательного волевого контроля собственных действий правонарушителя, поскольку именно указанная особенность дает возможность специальной юридической оценки противоправных поступков обвиняемых. Несмотря на некоторые отличия феноменологии, именно степень нарушения сознания и воли служит основанием для их объединения и приведение в соответствие с категорией аффекта как юридического понятия. Задача эксперта-психолога состоит в проведении дифференциальной диагностики между аффектом и эмоциональными состояниями, не достигающими степени выраженности аффекта и не оказывающими существенного влияния на способность к осознанной регуляции деятельности.

Особую проблему представляет квалификация аффекта на фоне алкогольного опьянения. Следует руководствоваться тем, что при лег-

кой степени простой формы алкогольного опьянения признаки, свидетельствующие о наличии аффекта, сохраняются, а средняя и тяжелая степень опьянения исключают возможность аффекта, так как при этом поведение определяется патологическим протеканием психических процессов, обусловленным алкоголем.

Основной целью проведения судебно-психологической экспертизы эмоциональных состояний является отграничение аффекта как от реакций, имеющих психопатологический характер, так и от эмоциональных реакций, не достигающих выраженности аффекта. Последние, в свою очередь, могут быть разделены на ограничивающие волевую регуляцию и не оказывающие существенного влияния на способность к осознанному руководству своими действиями.

В ходе проведения экспертизы в соответствии с выдвинутой целью задачами психологического исследования становятся:

- выявление психологических механизмов, лежащих в основе поведения подэкспертного во время совершения инкриминируемого деяния, путем анализа материалов уголовного дела и других документов;
- оценка выявленных механизмов с точки зрения их соответствия критериям аффекта или эмоционального состояния, ограничивающего способность подэкспертного к осознанной регуляции поведения.

Выделены критерии диагностики аффекта для всех категорий подэкспертных.

Аффект, вызванный единичным (разовым) психотравмирующим воздействием поведения потерпевшего (физиологический аффект), характеризуется такими обязательными признаками доаффективной фазы, как субъективная неожиданность психотравмирующего воздействия и субъективная внезапность возникновения аффективного взрыва. Фаза аффективного взрыва непременно предполагает, как следует из ее названия, взрывной характер эмоциональной реакции, частичное сужение сознания, фрагментарность и неполноту восприятия, нарушения произвольной регуляции действий в виде расстройства опосредованности и контроля действий, а также снижение прогностических способностей как в кратковременной, так и в долговременной перспективе. Обязательные признаки третьей, постаффективной, фазы — физическая и психическая астения.

При аффекте, вызванном длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с поведением потерпевшего (кумулятивный аффект), облигатными характеристиками доаффективной фазы являются кумуляция (накопление) эмоционального напряжения и субъективная внезапность возникновения аффективного взрыва или выраженного эмоционального напряжения в ответ на очередное психотравмирующее воздействие (реальное, условное, ассоциативно связанное с длительной психотравмирующей ситуацией). Критериями, специфичными для второй фазы, обозначенной как фаза аффективного взрыва или кульминации эмоционального напряжения, являются признаки частичного сужения сознания в виде фрагментарности и неполноты восприятия, заполненности сознания переживаниями, связанными с психотравмирующим воздействием. Облигатные признаки, свидетельствующие о нарушениях произвольной регуляции деятельности во второй фазе кумулятивного аффекта, а также характеризующие состояние физической и психической астении в его третьей фазе, те же, что и при физиологическом аффекте.

Дифференциальная диагностика аффекта с патологическим аффектом производится с помощью установления глубокого помрачения сознания с полной дезориентировкой и психотической симптоматикой. Патологический аффект оценивается как «временное психическое расстройство», обуславливающее неспособность подэкспертного к сознательному руководству своими действиями.

Если признаки, соответствующие основным критериям аффективных состояний, обнаруживаются у лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, то их эмоциональное состояние в момент совершения противоправного деяния необходимо квалифицировать как аффект. Однако встречаются такие эмоциональные реакции, которые внешне похожи на аффект, однако отличаются от него по своим механизмам. Если подобные эмоциональные реакции носят привычный характер, они не могут быть расценены как аффект. Однако при варианте реагирования, обусловленного аномальной почвой и эмоциональным возбуждением, могут наблюдаться сужение сознания и другие признаки, свидетельствующие о неполноте регуляции деятельности. Если у лиц с пограничными психическими расстройствами

эмоциональные реакции внешне сходны с аффектами, но отличаются от них по механизмам протекания, целесообразно решать вопрос о неполной способности обвиняемого к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий и руководству ими.

При отграничении эмоциональных реакций и состояний, не достигающих выраженности аффекта, характерной отличительной особенностью является отсутствие трехфазной динамики, свойственной аффекту, но главное — отсутствие выраженной глубины дизрегулирующего влияния на поведение субъекта, а также несоответствие другим критериям квалификации аффекта.

Несмотря на то что критерии физиологического и кумулятивного аффекта были описаны без возрастной дифференциации, протекание эмоциональных реакций высокой интенсивности у подростков и юношей имеет свою специфику.

Отечественные психологи, как и зарубежные специалисты, констатируют, что юридически значимые аффективные состояния у несовершеннолетних, совершивших агрессивно-насильственные правонарушения, обнаруживаются значительно реже, чем у взрослых подэкспертных. В качестве причины этого явления называются возрастные особенности психологического развития подростков, их личностная незрелость и эмоциональная неустойчивость. Частая смена настроения, тенденция к непосредственному эмоциональному реагированию, недостаточная сформированность личностных структур, обеспечивающих способность к прогнозу и контролю поведения, — все это препятствует накоплению эмоционального напряжения, необходимого для аффективного реагирования, сопровождающегося ограничениями осознанной регуляции деятельности.

В случаях квалификации аффекта у несовершеннолетних он, как правило, носит кумулятивный характер. Предпосылкой развития аффекта является достаточная сформированность у подростка устойчивых личностных структур, способствующих подавлению и вытеснению отрицательных переживаний. Протекание аффективной реакции у несовершеннолетних подчиняется общим закономерностям и в целом соответствует основным критериям аффекта. Однако существуют и некоторые специфические особенности:

– Условием возникновения кумулятивного аффекта, как правило, является длительная психотравмирующая ситуация в семье несовершеннолетнего обвиняемого.

– В доаффективной фазе преобладающее чувство страха и собственного бессилия сочетается с безуспешными попытками разрешить психотравмирующую ситуацию, а также реакциями избегания. При этом аффективная фаза начинается по механизму «последней капли» в ситуации ссоры, конфликта или драки.

– Постаффективная фаза имеет некоторую специфику по сравнению с традиционно описываемыми при аффекте признаками физической и психической астении. У несовершеннолетних более выражена постаффективная дезорганизация психической деятельности, при этом деятельность может внешне выглядеть как упорядоченная, однако в реальности действия носят характер поведенческих «клише», отличающихся недостаточной целенаправленностью. Проявления астении могут быть несколько отсроченными и наблюдаться после подобных вариантов поведения.

Таким образом, существует определенная специфика непатологических аффективных проявлений у несовершеннолетних правонарушителей, которая должна учитываться при проведении экспертных исследований.

Потребность в экспертной квалификации эмоциональных состояний у подростков, совершивших агрессивно-насильственные деликты, за последнее десятилетие увеличилась что, в частности, может быть связано с общим ростом числа агрессивно-насильственных криминальных актов, совершаемых несовершеннолетними.

Полная и всесторонняя оценка эмоционального состояния у подростков при совершении ими агрессивных правонарушений возможна в рамках КСППЭ. В настоящее время комплексный подход является преобладающим в практике экспертного исследования несовершеннолетних обвиняемых с подобными деликтами. Так, по данным Отделения судебно-психиатрических экспертиз детей и подростков ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России, с 1997 по 2011 г. количество КСППЭ, назначаемых судом по статьям УК РФ, предусматривающим совершение агрессивно-насильственных правонарушений (ст. 105, 111), выросло с 60 до 100 %. Одновременно с 40,4 до 3,6 % сокра-

тилось количество однородных судебно-психологических экспертиз, которые первоначально назначались судом для разрешения аналогичных вопросов и оказались не в состоянии дать удовлетворяющие суд ответы, после чего были назначены КСППЭ.

Алгоритм проведения КСППЭ эмоциональных состояний предполагает выявление экспертом-психиатром патологических аффективных реакций несовершеннолетнего, лишивших его в период совершения правонарушения способности к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий и руководству ими. При отсутствии таких реакций перед экспертом-психологом встает задача по определению характера и степени выраженности эмоционального состояния непатологической природы. Она предполагает проведение дифференциальной диагностики между аффектом, эмоциональным состоянием, оказавшим существенное влияние на сознание и поведение подэкспертного в ситуации правонарушения и состояниями, не повлиявшими существенным образом на его способность к осознанию и руководству своими действиями.

Психологический анализ при КСППЭ эмоциональных состояний предполагает детальное изучение ситуации правонарушения, личностных особенностей подэкспертного, его индивидуальных характеристик, актуального психофизиологического состояния к моменту криминального деликта, а также поведения в момент аффективного реагирования и в период после совершения правонарушения. При КСППЭ несовершеннолетних особую роль приобретает анализ предшествующего преступлению периода жизни, системы значимых отношений, характерного для личности способа реагирования на субъективно сложные ситуации.

Как показывает практика проведения КСППЭ, экспертная оценка эмоционального состояния подростков в момент совершения ими агрессивно-насильственных правонарушений связана со значительными трудностями. Прежде всего, по мнению подростковых психиатров, существует опасность недооценки степени психопатологических нарушений у несовершеннолетних, которая связана с атипичностью и рудиментарностью соответствующих феноменологических проявлений, а также длительным преобладанием невротического уровня дезорганизации психической деятельности (Морозова, 1986). Но даже с учетом данной

тенденции количество заключений экспертной комиссии о том, что несовершеннолетний в момент правонарушения находился в состоянии временного болезненного расстройства, намного превышает число выявленных состояний аффекта и эмоциональных состояний, оказавших существенное влияние на сознание и поведение подростков (по данным Отделения судебно-психиатрических экспертиз детей и подростков ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, суммарно с 1997 по 2007 г. — в 3,5 раза). В среднем патологические аффективные реакции в момент правонарушения стали основанием для принятия решения о «невменяемости» несовершеннолетнего в 10 % случаев.

Разграничение у подростков аффективных реакций патологического и непатологического характера представляет определенную проблему в связи с атипичностью динамики эмоционального реагирования, фрагментарностью соответствующих феноменологических проявлений как для психологов, так и психиатров. Так, нарушения сознания, памяти и восприятия наблюдаются и на определенных стадиях состояния аффекта, и при более выраженных патологических состояниях. При этом объективная оценка глубины нарушений в отдельных случаях значительно затруднена.

Таким образом, КСППЭ эмоциональных состояний несовершеннолетних при агрессивно-насильственных правонарушениях остается одним из самых сложных видов современной экспертизы.

Квалификация эмоционального состояния у обвиняемого подростка в момент совершения им агрессивно-насильственного правонарушения как аффекта в практике проведения КСППЭ, о чем отмечалось ранее, встречается значительно реже, чем у взрослых обвиняемых, что обусловлено незавершенностью формирования психологических, личностных структур в подростковом возрасте. В поведении подростков сохраняется тенденция к непосредственному отреагированию негативно окрашенных переживаний. Периодическая разрядка возникающего внутреннего напряжения препятствует процессу его накопления, который рассматривается в качестве необходимого условия для формирования эмоциональных состояний, сопровождающихся нарушениями осознанной регуляции противоправных действий.

Состояния физиологического аффекта, вызванного единичным психотравмирующим действием потерпевшего, у подростков практи-

чески не встречаются. Практически во всех случаях квалификации эмоционального состояния несовершеннолетнего как аффекта он носит *кумулятивный* характер. Трехфазная динамика наблюдается и у несовершеннолетних, однако ее феноменология имеет специфику по сравнению с признаками аффективных реакций у взрослых.

Важной отличительной чертой *доаффективной стадии* у подростков является наличие предшествующей правонарушению длительной (от нескольких месяцев до нескольких лет) психотравмирующей ситуации в области семейных отношений или другой, субъективно значимой сфере отношений личности. Подробный психологический анализ возникновения и развития психотравмирующей ситуации, а также детальное изучение процесса переживания ее подростком являются обязательными составляющими работы психолога-эксперта при оценке аффективных состояний. Содержанием психотравмирующей ситуации, как правило, являются сложные конфликтные взаимоотношения обвиняемого с одним из членов семьи или другим значимым лицом, вызванные оскорбительным, унижающим поведением последнего, в отдельных случаях с применением физического насилия и элементами жестокости. Психотравмирующая ситуация затрагивает основные личностные смыслы подростка, систему его ценностных ориентаций, препятствуя удовлетворению жизненно важных потребностей. В качестве таковых могут выступать потребность в физической и психологической безопасности для себя и своих близких, потребность в их любви и привязанности. Длительная фрустрация основных потребностей подростка приводит к формированию у него комплекса неотрагированных и непереработанных негативных переживаний, что способствует возникновению и нарастанию состояния эмоционального напряжения. Предпринимаемые подростком попытки разрешения возникшего конфликта или проблемы не приводят к их разрешению. Причиной этого является, как правило, свойственная подростку узость репертуара способов и стратегий совладающего поведения, их неконструктивность (реакции избегания, ухода от решения проблемной ситуации, нанесение демонстративных самоповреждений как призыв о помощи), а также пассивность и несамостоятельность в принятии решений. Нередко в случае длительного семейного конфликта подросток в силу своего зависимого от взрослых положения объективно не может самостоятельно изменить сложившуюся ситуацию.

Для несовершеннолетних обвиняемых, состояние которых впоследствии квалифицировалось как аффект, характерны определенные *индивидуально-психологические особенности* и личностная структура. Возникновению эмоционального напряжения в ситуации длительного психотравмирующего воздействия способствуют такие личностные особенности несовершеннолетних, как сензитивность, повышенная чувствительность к фрустрирующим внешним воздействиям, недостаточная сформированность механизмов личностной защиты, склонность к фиксации на негативных переживаниях. В сохранение и нарастание уровня эмоционального напряжения у подростков свой вклад вносят трудности нахождения конструктивных решений в субъективно сложных и эмоционально насыщенных ситуациях, недостаточная сформированность прогноза возможных последствий своих действий, а также пассивность, несамостоятельность, зависимость от мнений и оценок окружающих. Подэкспертные, совершившие агрессивные правонарушения в состоянии аффекта, как правило, отличаются позитивной социальной и личностной направленностью, отсутствием выраженных гетероагрессивных тенденций.

Во второй фазе развития аффекта (*стадия аффективного взрыва*) у несовершеннолетних можно отметить следующие особенности. Ситуация, непосредственно предвещающая совершение агрессивных действий, представляет собой очередной тяжелый и субъективно неожиданный для подростка конфликт с лицом, создававшим предшествующую психотравмирующую ситуацию. Последний, выступая инициатором очередного конфликта, предпринимает действия агрессивного характера, высказывает угрозы в адрес несовершеннолетнего или его близких, унижает его человеческое достоинство. Действия и высказывания потерпевшего воспринимаются подэкспертом как реальная угроза и способствуют нарастанию состояния эмоционального напряжения, которое сопровождается переживаниями чувства обиды, несправедливости, страха. Попытки несовершеннолетнего разрешить вновь возникшую конфликтную ситуацию (избежать взаимодействия и конфронтации с принятием уступчивой позиции, нивелировать конфликт, успокоить потерпевшего, физически устранить из ситуации) оказываются неуспешными в связи с дальнейшей эскалацией

конфликта, противодействием и агрессивными действиями со стороны потерпевшего. Неспособность подростка справиться с ситуацией привносит новый оттенок в его переживания: к чувству субъективной безвыходности ситуации и острого страха присоединяется злость. Уже на этом этапе могут отмечаться изменения в восприятии окружающего в виде сужения поля восприятия и его избирательного характера (так, несовершеннолетний не замечает происходящего вокруг него, его внимание фиксировано на потерпевшем, у которого «бешеные глаза», его «колотит»). На фоне уже имеющегося эмоционального напряжения *субъективно внезапно* для подэкспертного происходит спонтанная аффективная разрядка эмоционального напряжения в деструктивных действиях. Она имеет взрывной характер, с резким повышением уровня энергетики, сопровождается ограничением способности к произвольной регуляции деятельности, целостному осмыслению ситуации и прогнозу возможных последствий своих действий, специфическими изменениями сознания и восприятия. Возможна амнезия момента наивысшего эмоционального напряжения, включая количество и месторасположение нанесенных ударов.

На *постаффективной стадии* возможны различные варианты изменения состояния подростка. В одних случаях наблюдаются проявления психической и физической астении с выраженным вегетативным компонентом. Они могут сопровождаться отдельными явлениями дереализации, ощущениями нереальности происходящего. Необходимо отметить, что явления астенизации могут иметь отсроченный характер.

При другом варианте постаффективной стадии преобладает дезорганизация психической деятельности, проявляющаяся в нецеленаправленной двигательной активности, сохранении повышенного уровня возбуждения с недостаточным осмыслением происходящего, а также в частичном забывании текущих событий. Признаки дезорганизации могут проявляться и при попытках несовершеннолетнего скрыть следы содеянного: при внешней упорядоченности отдельных действий другие поступки носят нецеленаправленный и не соответствующий мотиву характер, поведение в целом непоследовательно и противоречиво.

Ниже приводятся основные характеристики состояния кумулятивного аффекта у подростков.

1. Доаффективная стадия

- Наличие психотравмирующей ситуации (в семейной или иной субъективно значимой сфере личностных отношений).
- Попытки неудачного разрешения психотравмирующей ситуации (использование привычных способов разрешения субъективно сложных ситуаций).
- Отсутствие (недостаточность) интеллектуальной переработки негативных переживаний, связанных с психологической травмой.
- Наличие негативно окрашенных субъективных переживаний по поводу психотравмирующей ситуации (ощущения безысходности положения, с элементами фантазирования о способах ее возможного разрешения).
- Накопление негативно окрашенных переживаний (возможна «волнообразная» динамика уровня эмоционального напряжения в зависимости от развития травмирующей ситуации).
- Субъективно неожиданное психотравмирующее воздействие со стороны потерпевшего.
- Субъективно внезапное возникновение аффективного взрыва в ответ на непосредственное психотравмирующее воздействие.

2. Стадия аффективного взрыва

- Аффективно обусловленные изменения сознания, в том числе:
 - заполненность сознания переживаниями, связанными с психотравмирующей ситуацией;
 - избирательность и сужение поля восприятия;
 - изменения чувствительности (визуальной, слуховой, болевой).
- Нарушения произвольной регуляции деятельности (выраженное снижение способности к оценке, контролю и прогнозу собственной деятельности).

3. Постаффективная стадия

- Физическая астения.
- Психическая астения.
- Дезорганизация психической деятельности (чаще всего с явлениями остаточного возбуждения), в том числе:
 - действия по типу «двигательных клише»;
 - несоответствующий цели и мотивам характер действий при их внешней упорядоченности.

5.3.2. Эмоциональные состояния, оказавшие существенное влияние на сознание и регуляцию поведения

Квалификация существенного влияния эмоционального состояния на осознанность и произвольность поведения несовершеннолетнего, совершившего агрессивные-насильственные действия, как и аффект, проводится достаточно редко. Следует отметить, что в российском уголовном законодательстве отсутствуют общие нормы, согласно которым это обстоятельство могло бы быть учтено судом при определении меры ответственности и назначении наказания обвиняемому. Практика показывает, что информацию о наличии такого рода состояния суды используют по своему усмотрению в качестве обстоятельства, смягчающего вину несовершеннолетнего (ст. 89 УК РФ).

Среди эмоциональных состояний, оказавших существенное влияние на сознание и регуляцию поведения, выделяют состояние эмоционального напряжения, состояние эмоционального возбуждения, состояние острого стресса и т. д. Основным отличием данной категории состояний от аффекта является отсутствие типичной трехфазной динамики протекания эмоциональных реакций, а также резкого взрывного характера изменения деятельности в фазе аффективной разрядки. В то же время некоторые из них сопровождаются таким ростом психической напряженности, при котором наблюдаются частичное сужение сознания, снижение контроля и регуляции поведения. Указанные особенности позволяют эксперту-психологу сделать вывод о существенном влиянии данного эмоционального состояния на сознание и поведение подэкспертного. Действия подэкспертного носят малообдуманный характер со сниженным прогнозом всех возможных последствий, недостаточным осмыслением обстоятельств, слабой целостной критической оценкой происходящего.

Значительный вклад в развитие данных состояний вносят индивидуально-психологические особенности подэкспертных, такие как личностная незрелость, недостаточная ориентация в социально значимых аспектах ситуаций межличностного взаимодействия, несформированность навыков конструктивного разрешения проблем, пониженные критические и прогностические способности, а также недостаточность социального опыта с фиксацией на психотравмирующих обстоятельствах

и постепенным накоплением внутреннего напряжения, чувством растерянности, тревоги. При этом, в силу недостаточности ресурсов адекватного личностного реагирования в подобных обстоятельствах, подэкспертные воспринимают ситуацию как субъективно безвыходную, не могут найти эффективных способов ее разрешения.

Эмоциональные состояния, не достигающие выраженности аффекта, часто характеризуются отсутствием постаффективной стадии. У подэкспертных сохраняется сложноорганизованный и целенаправленный характер деятельности.

5.3.3. Эмоциональные состояния, нашедшие отражение в поведении, но не оказавшие существенного влияния на сознание и регуляцию поведения несовершеннолетнего обвиняемого

Эмоциональные реакции, не оказавшие существенного влияния на сознание и регуляцию поведения несовершеннолетнего при совершении правонарушения, констатируются экспертами достаточно часто. Подобным реакциям присущи, прежде всего, такие черты, как отсутствие аффективной суженности сознания, сохранность произвольности поведения, отсутствие внезапности противоправного поступка, соответствие реакции привычному поведенческому стереотипу реагирования в трудных ситуациях, а также отсутствие физической и психической астенизации с возможностью дальнейшего роста эмоционального напряжения. В подобных случаях у подэкспертных не отмечается каких-либо резких изменений психической деятельности. В последующем они достаточно подробно воспроизводят обстоятельства правонарушения.

Проведенный анализ показывает, что, несмотря на редкую встречаемость классической феноменологии аффекта у подростков, проблема квалификации характера эмоционального реагирования, дифференциации эмоциональных состояний различного качества и интенсивности у несовершеннолетних обвиняемых стоит достаточно остро. Один из важных ее аспектов — отграничение от патологических временных болезненных реакций, которые лишают подростка возможности осознанно и произвольно регулировать свое поведение и служат основанием для признания его невменяемым (ст. 21 УК РФ).

5.3.4. Клиническая картина патологических аффективных реакций — «исключительных состояний» у несовершеннолетних

Выделяя клиническую предысторию аффективных патологических реакций у подростков, следует помнить и о проявлениях аффективно-шоковых реакций уже в детском возрасте, которые встречаются достаточно часто (Ковалев, 1995; Гурьева, 1996), но имеют иное клинико-психопатологическое оформление, что также обусловлено более ранним этапом онтогенеза.

До тех пор пока ребенок полностью зависит от своего окружения и не располагает достаточными возможностями самовыражения, ему часто грозит опасность шоковых реакций. Переживания, с которыми может справиться взрослый человек, для ребенка невыносимы (Allport, 1970).

Симптоматика острого периода аффективно-шоковой реакции включает, прежде всего, такие облигатные компоненты, как сильный, панический страх, связанный с переживанием угрозы жизни и благополучию, ту или иную степень помрачения сознания (типа сумеречного или аффективного суженного), психомоторные расстройства и разнообразные соматовегетативные нарушения. Подострый период характеризуется непсихотической симптоматикой. Сознание ребенка становится ясным, исчезают выраженные психомоторные и соматовегетативные расстройства. Вместе с тем на первый план выступают невротические нарушения и расстройства поведения. Исход аффективно-шоковых реакций в большинстве случаев благоприятный. Однако возможно затяжное течение с возникновением различных более стойких форм пограничных состояний. Затяжному течению аффективно-шоковых реакций способствуют резидуально-органическая церебральная недостаточность, психический инфантилизм, тревожно-мнительные черты характера в преморбиде. Относительную частоту шоковых реакций в детском возрасте Г. Е. Сухарева (1955) объясняла «функциональной недостаточностью коры больших полушарий», несовершенством процесса активного торможения. По мнению ученого, наибольшее значение для возникновения таких реакций имеют внезапные «чрезвычайные» раздражители устрашающего характера и степень их новизны.

Острые психогенные аффективно-шоковые реакции, согласно современной классификации (МКБ-10), могут быть сопоставимы с рубриками «Острые реакции на стресс» (F43.0) и отчасти включены в рубрику «Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста» (F93). Последние ограничены только такими состояниями страха или тревоги, которые связаны с разлукой ребенка с близкими. Это не исчерпывает всего клинического разнообразия острых психогенных реакций у детей и подростков. Острые реакции в детско-подростковом возрасте, так же как и у взрослых, возникают в ответ на физический или психологический дистресс, характеризующийся исключительной интенсивностью психогенного фактора (угроза безопасности, здоровью, жизни) и возникающий в ситуации природных катастроф, пожаров, массовой гибели близких и пр. В детско-подростковом возрасте интенсивность травмы может зависеть от неожиданности, новизны психического воздействия, причем чем меньше возраст, тем большее значение имеет этот фактор.

В. А. Гурьева (1996, 2001, 2007) описывает наиболее часто встречающиеся аффективно-шоковые (аффективно-субшоковые) реакции, проявляющиеся клинически очерченными состояниями сильнейшего страха (вплоть до паники) с хаотическим двигательным возбуждением при неясном (аффективно суженном) сознании — «психогенные сумеречные состояния». Им также свойствен страх с выраженной психомоторной (речедвигательной) заторможенностью, вплоть до психогенного (эмоциогенного, аффектогенного) ступора (тяжелая речедвигательная заторможенность, обездвиженность). По мнению автора, указанные варианты реакций «обязательно сопоставимы с острыми кратковременными психотическими состояниями — острыми аффективными патологическими реакциями». Причинами шоковой реакции у детей в возрасте до 5 лет (особенно при наличии патологической почвы) могут быть даже кажущиеся безобидными факты: внезапное появление нового для ребенка животного, громкий, пронзительный крик.

В допубертатном возрасте помещение, например, в детское учреждение ребенка ослабленного, изнеженного, с «мимозоподобной психикой» может сопровождаться ступором, мутизмом, отказом от контактов и еды. Начинаются аффективно-шоковые реакции обычно сразу

после травмирующего воздействия, состояния «оглушенности» и сужения сознания, внимания, дезориентировки, нарастающих ажитации и паники. Основным симптомом начальной стадии является сильный страх (панический, инстинктивный). В связи с развивающейся в дальнейшем неясностью сознания ребенок плохо помнит события этого периода и свое состояние, так что его воспоминания об этом времени оказываются отрывочными. Через несколько дней после исчезновения острых явлений страх сохраняется в виде приступов, уж не связанных с новым травматизированием. Всякая ситуация, напоминающая травмирующие переживания, приводит к возобновлению страха. Психомоторное возбуждение, наблюдающееся в первом варианте, проявляется в повышенной суетливости, бесцельном двигательном беспокойстве и напоминает тот примитивный тип реагирования, который описан Э. Кречмером (1924) как «двигательная буря». Дети мечутся, громко кричат, не реагируют на обращенную речь.

Другой вариант шоковой реакции протекает также с преобладанием сильного страха и неясного сознания, но вместо речедвигательного возбуждения отмечается резкая речедвигательная заторможенность по типу так называемой «мнимой смерти». Дети «цепенеют», застывают в одной позе. Под влиянием острого психогенного воздействия у детей чаще всего нарушается регуляция сердечно-сосудистой системы (в старшем возрасте), желудочно-кишечного тракта (в младшем). Повышенная жажда, резкая потливость, зябкость, повышение температуры наблюдаются очень часто.

В течении острых психогенных реакций можно различить две фазы: вначале доминируют явления возбуждения и, если этим болезненное состояние и заканчивается, наступает фаза угнетения с нарушением умственной и физической работоспособности, угнетенным настроением (депрессией), суицидальными мыслями, подозрительностью, сензитивными идеями отношения. В этот период возможно также психопатоподобное поведение и даже изменения личности с формированием чувства собственной неполноценности. В. А. Гурьева (1996, 2001, 2007) подчеркивает, что даже острая, однократная психогенная реакция может привести к изменению адаптационных возможностей и повышению чувствительности к повторным психическим травмам («психическая сенсibilизация»).

В 1985 году немецкий психиатр N. Nedopil ввел понятие «аффект-деликта», понимая по этим каждое правонарушение, при котором способность преступника руководить своими умышленными действиями чрезмерно ограничена, поскольку выраженное возбуждение оказывало существенное влияние на его поведение в момент правонарушения. К характерным симптомам аффект-деликта отнесены «специфическая предыстория», аффективное разрешение ситуации с невозможностью действовать иным способом, психопатологическая диспозиция личности, констелляция факторов, внезапное начало, характерная структура аффекта и его прекращение, тяжелое потрясение после окончания аффект-деликта, сужение поля восприятия, несоответствие действия причине, его вызвавшей, постаффективная амнезия, действия, чуждые личности, нарушение непрерывности переживаний.

N. Nedopil (1985, 2000) подчеркивает, что против аффект-деликта свидетельствуют: отсутствие внезапности, постепенное нарастание агрессии, подготовка преступления, конъюнктура или учет своих действий, недостаток связи между провокацией и преступлением, постепенный выход, сохранение способности регулировать свои действия, точность деталей воспоминания, недостаток вегетативных и психомоторных проявлений. Эти положения во многом соответствуют и методологическим клиническим, экспертным принципам отечественной судебно-психиатрической экспертизы, в том числе экспертизы несовершеннолетних.

К патологическим аффективным реакциям («исключительным состояниям») исследователи с начала XX столетия традиционно относят: патологический аффект, реакции короткого замыкания, патологическое просоночное состояние, патологическое опьянение. Общим признаком для всех этих патологических состояний является сумеречное помрачение сознания. При этом обобщающее понятие «исключительные состояния», к сожалению, в судебной практике и подростковой клинике используется все реже в силу использования жестких унифицированных диагностических подходов, предписанных положениями действующих международных классификаций (МКБ, ICD, DSM) и соответствующей международной терминологией. Тем не менее опора на типологию, систематику и диагностику острых патологических аффективных реакций, предложенная классиками

психиатрии и современными подростковыми психиатрами, сохраняется в отечественной экспертной практике. Рассмотрим ряд базисных клинических положений психогенно обусловленных патологических форм реагирования в их обязательном сопоставлении с МКБ-10. Наряду с существованием значимой для подростка психологической травмы (стресс-фактор), как правило, общими признаками могут считаться: выраженное, вплоть до сумеречного, помрачение сознания, дизрегуляция поведения, дезорганизация психической деятельности с нарушением критичности, брутальностью агрессивных поступков, нередко с двигательными автоматизмами и стереотипными действиями.

Острые аффективные патологические реакции («реакции короткого замыкания»)

Среди острых психогенных психозов острые аффективные патологические реакции занимают особое место. Это самые кратковременные психотические состояния, которые длятся от нескольких минут до нескольких часов и заканчиваются внезапно состоянием тяжелого сомато-психического истощения, выраженной астении, протрации или сном.

Сохраняя все основные качества острых психогенных психозов (острота возникновения реакции и выхода из нее, аффективное сужение сознания, интенсивный аффект страха и пр.), эти психотические реакции развиваются по механизму «короткого замыкания» и отличаются целым рядом признаков. Они, как правило, возникают при наличии «патологической почвы», чаще всего связанной с перенесенным в раннем детстве неглубоким церебрально-органическим поражением. В преморбиде у таких подростков нередко отмечаются выраженные соматогенные астенизирующие факторы: физическое истощение, недосыпание, инфекционные и соматические заболевания либо протрагированная психотравмирующая ситуация, связанная с перенесенными потрясениями («жестокое обращение», «физическая и сексуальная жестокость» и проч.). Аффективные патологические реакции типа «реакций короткого замыкания» начинаются быстро, с нарастающим аффектом отчаяния, безысходности или злобы, ненависти, как правило, сочетающихся с очень сильным страхом (ужасом) за свою жизнь или жизнь самого близкого человека. Характер аффекта зависит от типа

личности подростка, преобладания тормозимости, эмоциональной лабильности, возбудимости или эпилептоидности. Аффект всегда предметен, то есть относится только к определенному субъекту, являющемуся источником психологической травматизации. Такие острые патологические аффективно-шоковые реакции развиваются на фоне уже накопленного длительного психогенного аффективного напряжения, связанного с этой ситуацией или лицом ее спровоцировавшим. Непосредственным толчком к возникновению «взрывного» характера аффективного разряда становится очередной конфликт со стрессором или какой-либо дополнительный психогенный повод, который сам по себе может быть и незначительным, но, падая на подготовленную (сенсibilизированную) почву, оказывается той «последней каплей, которая переполняет чашу» (Aschaffenburg, 1905).

О патологическом (психотическом) характере таких состояний свидетельствуют следующие признаки. Возникающий с самого начала сложный аффект с преобладанием страха, ужаса, безысходности отличается молниеносным нарастанием и возникновением «охваченности» болезненными переживаниями. Он как бы заполняет все сознание, определяя его аффективное сужение и не оставляя места для размышлений и критического анализа ситуации. Появление при этом некорректируемого стремления избавиться от тягостного аффекта завершается совершением импульсивных действий, которое не сопровождается ни борьбой мотивов, ни прогнозированием последствий своего поведения. Окружающее при этом воспринимается смутно, и воспоминания об этом периоде сохраняются лишь частично. Двигательное возбуждение и разрушительные действия отличаются брутальностью, массивностью и такой силой ударов, которую трудно предположить у подростка. Экспертной практике известны случаи, когда уже после содеянного подросток долго не мог освободиться от орудия убийства, «рука оставалась как бы скованной судорогой». Часто повреждения получает не только субъективно значимый стрессор — потерпевший субъект, но и предметы, расположенные вокруг, даже случайные лица. Заканчиваются такие реакции, как правило, состоянием прострации, выраженной соматической и психической астенией, сном. Иногда уже после содеянного наблюдаются двигательные автоматизмы (по типу «амбулаторных») и дезориентировка без тотального терминального

истощения. Последние клинические особенности отличают реакции короткого замыкания у подростков от подобных им состояний во взрослом возрасте. Совершенное деяние и последующее привлечение к ответственности оказываются новыми психогенными травмами, вызывающими реактивное состояние, чаще в виде депрессии.

Наряду с такими кратковременными психотическими состояниями, которые встречаются нечасто, в детском и, особенно, в подростковом возрасте наблюдается большое количество разнообразных аффективных реакций непсихотического уровня. Особенности их клинического оформления находятся в тесной зависимости от типа личности и чаще развиваются у подростков с формирующейся личностной патологией. Эти аффективные реакции также выражаются бурной вспышкой аффекта и соответствующими поступками, отражающими направленность аффекта и особенности личности подростка (истерический припадок, взрыв гнева, агрессии, суицидальные попытки, побеги, поджоги и пр.), но не содержат той симптоматики, которая отражает глубокий уровень расстройств, расстроенного сознания (см. описание, приведенное выше). Личностные острые аффективные реакции не относятся к аффективно-шоковым. Это состояние выраженного эмоционального напряжения, обусловленное психическими травмами и кризисными ситуациями достаточно кратковременно (от нескольких минут до 1–2 дней). Потребность в естественном сне служит той границей, которая определяет максимальную продолжительность острой аффективной реакции (Личко, 1985). Здесь речь идет не о психотическом уровне расстройств, а о незрелости психики, недостаточной социализации личности и несформированностью волевых структур.

При сопоставлении острых аффективных психотических и непсихотических реакций Н. Б. Морозова (1986) установила следующее. Психотравмирующая ситуация как причина личностных аффективных реакций лишена той массивности, которая характерна для психотических реакций. Она субъективно значима. Соотношение силы психогенных травм и выраженность особенностей личности подростков резко смещено в сторону последней (утрированное самолюбие, эгоцентризм, обидчивость, ранимость, заниженная самооценка, максимализм в оценках, требования претенциозность и пр.). Особенности реагирования подростков зависят от неправильного воспитания

и запоздалой социализации личности, педагогической запущенности. У подростков с острыми аффективными психотическими реакциями отмечаются сензитивно-шизоидные преморбидные особенности личности. В группе аффективных реакций непсихотического уровня преобладают истеро-возбудимые черты. Проведенное исследование Н. Б. Морозовой показало, что своеобразие изученных острых аффективных реакций у подростков, во время которых были совершены тяжкие, направленные против личности ООД, состоят в том, что они возникают не после однократных сверхсильных воздействий, а в условиях повседневного длительной психогенной травматизации, приводящей к протрагированным реактивным изменениям психики. Рассматриваемые состояния сложны по своему генезу. Важная роль в их возникновении принадлежит пролонгированной психогенной травматизации, которая, нарушая личностную структуру, приводит к патологизации «почвы», формированию психогенно спровоцированной депрессии, например, «продолжительной депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации» (F43.21) и «посттравматического стрессового расстройства» (F43.1). Это создает благоприятные условия для возникновения острых патологических аффективных реакций и способствует их более тяжелому клиническому оформлению с разнородной синдромальной структурой.

При анализе стрессорных факторов, оценке состояния психологической травмы, изменения личности и квалификации патологической реакции экспертам рекомендуется также учитывать рубрики МКБ-10 (Т 74 «Синдром жестокого обращения», Т 74.1 «Физическая жестокость», Т 74.2 «Сексуальная жестокость», Т 74.3 «Психологическая жестокость», Т 74.8 «Другие синдромы жестокого обращения», Z61.5 «Проблемы, связанные с возможным изнасилованием ребенка посторонним лицом», Z61.7 «Личные потрясения, перенесенные в детстве», Z61.6 «Проблемы, связанные с возможным физическими насилием по отношению к ребенку»). При этом собственно острые аффективные патологические реакции (острые психогенные аффективно-шоковые реакции) наиболее часто сопоставимы с рубриками «Острая реакция на стресс» (F43.0) в связи с психосоциальной (в том числе физический и психологический стресс) обусловленностью развившегося состояния, его транзиторностью, наличием «смешанной и меняющейся картины

симптомов», включая состояние «оглушенности», сужение поля сознания и снижение внимания, ажитацию и гиперактивность (двигательная фуга), вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Классификация также не исключает присутствие частичной или полной диссоциативной амнезии (F44.0) эпизода.

Сумеречное помрачение сознания является как обобщающим квалифицирующим признаком, характерным для всех острых патологических аффективных (исключительных) состояний, так и самостоятельным синдромообразующим феноменом. При этом характерны дезориентировка, иллюзорно-галлюцинаторные обманы восприятия, острый образный бред, аффект ужаса, паники, страха, тоски. Иногда гнев, злоба, подобные дисфорическим переживаниям компоненты, сменяются экстатическими переживаниями. Сумеречным состояниям нередко предшествуют изменения личности на фоне субъективно значимых стрессовых, астенизирующих факторов и переживаний. В большинстве наблюдений при такого рода состояниях в подростковом возрасте выявляются факторы органического фона иногда в виде «мягких» неврологических знаков, связанные с перенесенной внутриутробной и перинатальной патологией. Например, изменения личностной структуры (расстройства идентификации) и нарушения адаптации у подэкспертной группы произошли после 4 наблюдаемых и пережитых случаев трагической гибели и естественной смерти близких, а также случайных лиц, последующего присутствия на похоронах и развития соответствующих затяжных депрессивных переживаний. При этом синдром сумеречного расстройства сознания развился на сложном личностно-органически-аффективном фоне («постоянная почва») после присоединившихся факторов астении и недосыпания («временная почва»). Агрессивные действия при сумерках немотивированны, они могут быть направлены как против знакомых и близких лиц, так и против случайного окружения. Это свидетельствует о дезориентировке, изменении восприятия, глубине помрачения сознания.

Патологическое просоночное состояние

По клиническому оформлению состояние близко к собственно сумеречному расстройству сознания. Англоязычные авторы-эксперты до сих пор в литературе используют термин «синдром Эльпенора».

Поскольку первое описание «патологических просонок» восходит к самому Гомеру и его «Одиссеи». Там «сновидное помрачение сознания» описано у друга Одиссея — Эльпенора.

«Божеской злою судьбой и чрезмерным вином я погублен.
Спавши на крыше Цирцеи, совсем позабыл я, что должно
Было обратно мне, к спуску на лестницу, шаг свой направить.
Я же вперед поспешил, сорвался и, ударясь затылком
Оземь, сломал позвонок, и душа отлетела к Аиду...»

Преципитирующее (подталкивающее) значение в формировании патологического просоночного помрачения сознания у подростков имеет констелляция факторов: соматическая и психическая астения, изменение формулы сна (чаще всего недосыпание), неврологическая церебрально-органическая почва (мозговая дисфункция). Например, развитие патологического просоночного состояния, сопровождающегося ажитацией, агрессивной реакцией по типу «двигательной бури» с нанесением ударов случайному лицу, наблюдалось у подростка, поступающего в МГУ, изнурившего себя бессонными ночами во время предэкзаменационной подготовки. Как правило, вскоре после выхода из болезненного состояния у лиц, перенесших психотический эпизод, сохраняются обрывки сновидных переживаний, но иногда отмечается и тотальная амнезия. МКБ-10, определяя острый экзогенный тип реакции с дезориентировкой в месте, времени или своей личности, психомоторными расстройствами, нарушением восприятия и амнезией, а также сновидениями, которые могут продолжаться и после пробуждения в виде иллюзий и галлюцинаций, позволяет применить для клинической оценки такого состояния рубрику F05.0 «Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами».

В силу возрастной незрелой психики, специфических особенностей аффективного реагирования (непосредственность, сиюминутность и частота психоэмоциональных реакций, нередко определяется формирующейся личностной патологией либо, напротив, кумуляция психогенно травмирующих переживаний) проявление кратковременных психотических аффектогенных состояний и их клинико-психопатологическое оформление у подростков иное, чем взрослых.

Следует отметить, что более чем за 20-летнюю практику стационарных судебно-психиатрических экспертиз несовершеннолетних экспертами ФГБУ «ГНЦССП им В. П. Сербского» Минздрава России не квалифицировано ни одного случая патологического аффекта и патологического опьянения. Тем не менее авторы не исключают наличие такого рода состояний и в подростковой клинике с обязательным наличием триггерного (пускового) механизма, каковым здесь являются выраженная психогенная травма либо алкогольное опьянение.

В свете полиморфизма кратковременных расстройств психической деятельности, представляющих собой континуум переходных форм нарушенного сознания, в ряде случаев экспертной и диагностической оценки представляется допустимым использовать рубрику F44 «Диссоциативные (конверсионные) расстройства». В МКБ-10 диссоциативные расстройства включают широкий круг переходных состояний, протекающих с той или иной глубиной нарушенного сознания — от аффективно суженного (F44.1) до психогенных сумерек (F44.8) и глубокого помрачения (F44.88). Соответственно здесь объединено многообразие полиморфных состояний, относящиеся к временным видам патологии, в их числе: диссоциативная амнезия (F44.0), фуга (F44.1), овладения и трансы (F44.3).

Наряду с этим «сумерки», как кратковременные психические расстройства, также могут быть квалифицированы в рамках органического процесса. Их можно отнести к рубрикам F06.50–F06.57 «Органическое диссоциативное расстройство», развившееся вследствие травмы либо поражения головного мозга сосудистого, инфекционного, смешанного генеза. Сумеречное помрачение сознания при эпилепсии сопоставимо с рубрикой «Органическое диссоциативное расстройство вследствие эпилепсии» (F06.52).

Патологический аффект при объективизации клинической картины, после проведения комплексного психолого-психиатрического исследования, сопоставим с рубрикой F44.88 «Другие уточненные диссоциативные расстройства», где понятие «уточненные» объединяют те виды расстройств, которые имеют свое название, но редко встречаются в психиатрической практике.

Наконец, патологические аффектогенные состояния, спровоцированные приемом алкоголя, так же как и во взрослом возрасте, у подростков квалифицируются в соответствии с диагностической рубрикой F10.07.

5.3.5. Комплексная психолого-психиатрическая оценка аффективных деликтов в подростковом возрасте

Вопросы диагностической квалификации эмоциональных состояний и формулирования экспертных выводов в случаях кратковременно протекающих психотических состояний у несовершеннолетних являются, пожалуй, наиболее сложными для экспертов. В случаях аффекта, как правило, трудозатраты специалистов еще более увеличиваются. В настоящее время авторами рекомендуется следующий методологический алгоритм:

- Эксперты-психиатры и психолог осуществляют предварительную оценку состояния в момент совершения уголовно-релевантного деяния.
- Психиатры проводят дифференциальную диагностику, для исключения транзиторных, аффективных, интоксикационно-спровоцированных психозов эндогенной структуры.
- Психолог в пределах экспертных заданий проводит необходимые экспериментально-психологические исследования и так же, как и психиатры, знакомится с материалами уголовного дела.
- При совместном обсуждении специалисты комплексно анализируют не только органическую и дизонтогенетическую «почву», личностную, синдромальную и клиническую картину эмоционального, аффективного состояния «в момент ООД», но обязательно учитывают возрастной аспект, особенности эмоционального реагирования подростков в фрустрирующих, психогенных и острых стрессовых ситуациях, вероятность формирования посттравматического стрессового расстройства и диссоциативных нарушений.
- При наличии у несовершеннолетнего психопатологического (психотического) состояния во время совершения ООД экспертиза завершается клинической диагностикой состояния и вынесением экспертных решений психиатрами. Ответы психолога на вопросы суда

в таком случае имеют лишь факультативное значение. Обнаружение и констатация вне клинической, не психопатологической картины состояния позволяет эксперту-психологу провести квалификацию этого психического феномена как аффекта или иного эмоционального состояния и сделать экспертный вывод о наличии и характере влияния эмоционального состояния на способность несовершеннолетнего к осознанному и волевому руководству действиями.

– Выполняется совместная работа над оформлением экспертного заключения с комплексацией и интеграцией специальных знаний, а при необходимости — с формулированием самостоятельных ответов экспертов, как психиатров, так и психологов, на поставленные вопросы, отражающие специфические характеристики эмоционального реагирования несовершеннолетнего лица. Чаще всего сложный непатологический характер состояния у подростка (предположение о наличии аффекта) во время совершения ООД служит основанием для решения специалистов о необходимости увеличения срока производства стационарной экспертизы.

– При продлении срока освидетельствования психиатрами анализируется клиническая предрасположенность состояния, а экспертами-психологами осуществляется повторное исследование аффективного (эмоционального) состояния обвиняемого в уголовно-значимый период.

– В день экспертизы специалистами комплексно обсуждается и производится окончательная диагностика, формулируются ответы на заданные судебно-следственными органами вопросы, а затем оформляется экспертное заключение.

Наиболее четкая оценка аффективных деликтов у несовершеннолетних возможна лишь при проведении комплексной психолого-психиатрической экспертизы, так как после исключения психиатрами временного болезненного состояния (например, психотической аффективной реакции) встает вопрос о необходимости оценки степени выраженности непсихотической аффективной реакции (в том числе аффекта), что входит в компетенцию специалиста-психолога. Учитывая специфику неблагоприятного органического фона, личностных и поведенческих особенностей, пубертатного периода, лечение лиц, признанных невменяемыми, следует проводить в психиатрических

стационарах общего типа. При этом в заключении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы подчеркивается, что повышенную общественную опасность такое лицо не представляет.

Несовершеннолетние, перенесшие острые аффективные патологические реакции, генез которых был вызван повторным психологическим травмированием, психогенным дистрессом, жестоким обращением, могут быть также направлены на принудительное лечение. Последнее целесообразно рекомендовать к исполнению в условиях АПНЛ, так как степень общественной опасности такого несовершеннолетнего допускает применение данной меры.

Как правило, показателем для отмены принудительного лечения являются редукция продуктивных расстройств и депрессивных переживаний, полный выход из болезненного состояния и стойкие положительные социальные установки. При вынесении судебных решений, так же как и при выписке несовершеннолетнего из психиатрического стационара, необходимо учитывать уровень благополучия микросоциальной ситуации, разрешенность психологической травмы, невозможность ее рецидива.

ЛИТЕРАТУРА

- Булатова М. В. Клиническое и судебно-психиатрическое значение органического расстройства личности в подростковом возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Булатова. М., 2012. 22 с.
- Валлон А. Психическое развитие ребенка / А. Валлон. М.: Просвещение, 1967. 196 с.
- Вандыш-Бубко В. В. Диагностическая модель органического психического расстройства в судебной психиатрии / В. В. Вандыш-Бубко // Органическое психическое расстройство: современная диагностическая концепция: сб. науч. работ / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. С. 15–22.
- Гурьева В. А. Психогенные расстройства у детей и подростков / В. А. Гурьева. М.: Крон-Пресс, 1996. 208 с.
- Гурьева В. А. Психопатология подросткового возраста (теоретический, клинический и судебно-психиатрический аспекты) / В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1994. 310 с.
- Дмитриева Т. Б. Случай необоснованного применения ч. 3 ст. 20 УК РФ по делу об умышленном убийстве / Т. Б. Дмитриева, Е. В. Макушкин, С. Н. Шишков // Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 41 / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2003. С. 226–244.
- Дозорцева Е. Г. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетнего обвиняемого / Е. Г. Дозорцева // Медицинская и судебная психология. Курс лекций: учеб. пособие / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. М.: Генезис, 2009. С. 408–505.
- Дозорцева Е. Г. Психологический подход к решению вопросов комиссионной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых / Е. Г. Дозорцева // Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии. М.: Всесоюз. НИИ общ. и судеб. психиатрии, 1988. С. 88–92.
- Драгунова Т. В. Проблема конфликта в подростковом возрасте / Т. В. Драгунова // Вопросы психологии. 1972. № 2. С. 25–37.
- Зыков В. П. Лечение заболеваний нервной системы у детей / В. П. Зыков // Клиническое руководство для врачей / под ред. В. П. Зыкова. 3-е изд., перераб., доп. М.: Триада-Х, 2009. 416 с.

- О применении ч. 3. ст. 20 УК РФ. Информационное письмо: подготовлено Т. Б. Дмитриевой, Е. В. Макушкиным, Е. Г. Дозорцевой, М. В. Морозовой. М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2004. 9 с.
- Клиническая и подростковая судебная психиатрия / под ред. В. А. Гурьевой. М.: Генезис, 2001. 480 с.
- Клиническая и подростковая судебная психиатрия / под ред. В. А. Гурьевой. М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2007. 488 с.
- Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей) / В. В. Ковалев. М.: Медицина, 1995. 560 с.
- Кречмер Э. Строение тела и характер: пер. с нем. / Э. Кречмер. 2-е изд. М.; Л., 1930. 304 с.
- Кудрявцев И. А. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза (науч.-практ. руководство / И. А. Кудрявцев. М.: Изд-во Мос. ун-та, 1999. 497 с.
- Кудрявцев И. А. Психологический возраст: методологические проблемы и судебная экспертная практика / И. А. Кудрявцев, Е. Г. Дозорцева // Психологический журнал. 1988. Т. 9. № 6. С. 103–115.
- Кудрявцев И. А. Патопсихологические симптомокомплексы нарушений познавательной деятельности при психических заболеваниях: факторная структура и диагностическая информативность / И. А. Кудрявцев, Ф. С. Сафуанов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1989. № 6. С. 86–92.
- Кудрявцев И. А. Концептуальные и экспертные проблемы применения ч. 3 ст. 20 УК / И. А. Кудрявцев, Г. М. Миньковский, О. Д. Ситковская // Российский психиатрический журнал. 1998. № 4. С. 34–42.
- Кулагина И. Ю. Возрастная психология: полный жизненный цикл развития человека: учеб. пособие для студентов высших учебных заведений / И. Ю. Кулагина, В. Н. Колюцкий. М.: ТЦ «Сфера», 2009. 464 с.
- Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. М.: Медицина, 1984. 272 с.
- Лебединский В. В. Нарушения психического развития / В. В. Лебединский. М.: Академия, 2003. 144 с.
- Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. 2-е изд. М.: Политиздат, 1977. 304 с.
- Личко А. Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей / А. Е. Личко. 2-е изд. Л.: Медицина, 1985. 416 с.

- Макушкин Е. В. Клинико-эволютивная систематика и судебно-психиатрическое значение дизонтогенетических психических и поведенческих расстройств у подростков: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. В. Макушкин. М., 2002.
- Макушкин Е. В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием / Е. В. Макушкин. М.: Мед. информ. агентство, 2009. 240 с.
- Мельникова Э. Б. Ювенальная юстиция: Проблемы уголовного права, уголовного процесса и криминологии: учеб. пособие / Э. Б. Мельникова. М.: Дело, 2000. 272 с.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / ВОЗ. СПб., 1994. 300 с.
- Морозова Н. Б. Острые аффективные реакции у несовершеннолетних с психогенным развитием личности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Б. Морозова. М., 1986. 18 с.
- Мохонько А. Р. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2011 году: Аналитический обзор / А. Р. Мохонько, Л. А. Муганцева. М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2012. Вып. 20. 196 с.
- Петровский А. В. Личность. Деятельность. Коллектив / А. В. Петровский. М.: Политиздат, 1982. 255 с.
- Печерникова Т. П. Актуальные вопросы комплексной психолого-психиатрической экспертизы / Т. П. Печерникова, В. В. Гульдман // Психологический журнал. 1985. Т. 6, № 1. С. 96–104.
- Пиаже Ж. Избранные психологические труды / Ж. Пиаже. М.: Междунар. педаг. акад., 1994. 680 с.
- Ситковская О. Д. Психологическая экспертиза несовершеннолетних в уголовном процессе. Научно-методическое пособие / О. Д. Ситковская, Л. П. Конышева. М.: НИИ проблем укрепления законности и правопорядка, 2001. 72 с.
- Ситковская О. Д. Психологический комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / О. Д. Ситковская. М.: Зерцало, 1999. 96 с.
- Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. Т. 1–3. М.: Медгиз, 1955.

- Фельдштейн Д. И. Психология развития личности в онтогенезе / Д. И. Фельдштейн. М.: Педагогика, 1989. 208 с.
- Филонов Л. Б. Психологические барьеры трудновоспитуемых детей и преодоление их в контактном взаимодействии / Л. Б. Филонов // Предупреждение педагогической запущенности и правонарушений школьников / под ред. М. А. Алемаскина. М., 1980. С. 21–31.
- Чуркин А. А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2008 г. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Российский психиатрический журнал. 2009. № 4. С. 35–40.
- Шишков С. Н. Понятия «вменяемость» и «невменяемость» в следственной, судебной и экспертной практике / С. Н. Шишков // Законность. 2001. № 2. С. 25–29.
- Шишков С. Н. Норма УК об освобождении от ответственности подростка, отставшего в психическом развитии: достаточно ли она обоснована? / С. Н. Шишков // Журнал Российское право. 1997. № 5. С. 71–78.
- Шостакович Б. В. Расстройства личности (психопатии) в судебно-психиатрической практике / Б. В. Шостакович. М.: Изд-во МБА, 2006. 372 с.
- Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д. Б. Эльконин // Вопросы психологии. 1971. № 4. С. 6–20.
- Allport G. W. Structure et développement de la personnalité / G. W. Allport. — Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1970. 504 p.
- Esser G. Die Beurteilung der sittlicher Reife Heranwachsender im Sinne des § 105 JGG / G. Esser, A. Fritz, M. H. Schmidt // Versuch einer Operationalisierung. Monatszeitschrift Kriminologie. 1991. № 6. S. 356–368.
- Freissleder F. J. Rechtsfragen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden / F. J. Freissleder // Forensische Psychiatrie: Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Stuttgart; New York: Thieme, 2000. S. 60–67.
- Graham J. Frontallobeinjuries, violence and aggression / J. Graham, K. Schwab, D. Warden et al. // Neurology. 1996. Vol. 46. P. 1231–1238.
- Graham J. Council of Europe: New Delinquency Standards / J. Graham, P. H. van der Laan // Criminology in Europe. Newsletter of the European Society of Criminology. 2004. Vol. 3. P. 11–14.

- Kohlberg L. From Is to Ought: How to Commit the Naturalistic Fallacy and Get Away with It in the Study of Moral Development / L. Kohlberg. New York: Academic Press, 1971.
- Lee O. Addictive consumption of avatars in cyberspace / O. Lee, M. Shin // Cyberpsychol. Behav. Aug. 2004. № 4. P. 65–75.
- Lempp R. Praxis der psychologisch-psychiatrischen Begutachtung / R. Lempp, G. Schuetze, G. Koehnken // Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Darmstadt: Steinkopf, 1999. S. 6–22.
- Meyer J. E. Der Verlauf der Neurosen / J. E. Meyer // Neurosen / Hrsg. v. H. Mester, R. Tolle. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1981. S. 78–90.
- Mansour A. K. Usability of Organic Personality Disorder as a clinical concept in a forensic setting / A. K. Mansour, A. O. Daoud, C. Q. Mountjoy // Current Psychiatry. 2001. Vol. 8, № 2. P. 183–202.
- Nedopil N. Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht / N. Nedopil. Stuttgart, New York: Thieme, 2000. P. 402.
- Orzack M. H. Computer addiction: What is it? / M. H. Orzack // Psychiatric Times, 1998. August. Vol. 15, № 8. [Электрон. ресурс]. URL: <http://www.PsychiatricTimes.com/p980852.html>. (дата обращения: 03.08.2013).
- Ostendorf H. Gutachten zum Jugendgerichtsgesetz (JGG). Rechtliche Grundlagen / H. Ostendorf // Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Darmstadt: Steinkopf, 1999. S. 115–126.
- Rutter M. Child and adolescent psychiatry. Modern approaches / M. Rutter, M. Gould. Oxford, 1985. P. 304–321.
- Schuetze G. Strafrechtliche Verantwortlichkeit, Strafreife und schaedliche Neigungen / G. Schuetze, G. Schmitz // Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Darmstadt: Steinkopf, 1999. S. 127–135.
- Schaffstein F. Jugendstrafrecht. Eine systematische Darstellung / F. Schaffstein, W. Beulke. Stuttgart: Kohlhammer, 2002. 327 s.

**Е. В. Макушкин, В. Д. Бадмаева,
Е. Г. Дозорцева, Д. С. Ошевский,
И. А. Чибисова**

Комплексная психолого-психиатрическая
экспертиза несовершеннолетних
обвиняемых в уголовном процессе

Руководство для врачей

Корректор *Н.В. Стрельникова*
Оригинал-макет *С.В. Буракова*
Дизайн обложки *С.В. Буракова*

Подписано в печать ??.01.2014. Формат 60×84 ¹/₁₆
Бумага офсетная. Печать офсетная
Усл.-печ. л. 7,75
Тираж 200 экз. Заказ № 3618

Издательство «Нестор-История»
197110 СПб., Петрозаводская ул., д. 7. Тел. (812)235-15-86
e-mail: nestor_historia@list.ru; www.nestorbook.ru

Отпечатано в типографии «Нестор-История»
198095 СПб., ул. Розенштейна, д. 21
Тел. (812)622-01-23