

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В ВИДЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

д.м.н., проф. В.А. Клевно¹, д.м.н, проф. А.А. Ткаченко², к.м.н. И.А. Чибисова², Р.В. Кононов¹

¹Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области (нач. — д.м.н., проф. В.А. Клевно), Москва

²Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Минздрава России (дир. — д.м.н., проф. З.И. Кекелидзе), Москва

Аннотация: В статье освещены вопросы определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека в случаях, сопровождающихся психическими расстройствами. Приведены характеристики различных видов дезадаптации. Показана значимость дезадаптации как основного медицинского критерия при оценке степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека.

Ключевые слова: психическое расстройство, тяжесть вреда здоровью, стойкая и временная дезадаптация

THEORY AND PRACTICE OF EVALUATION OF HEALTH INJURY'S SEVERITY IN CASES WITH MENTAL DISORDERS

V.A. Klevno, A.A. Tkachenko, I.A. Chibisova, R.V. Kononov

Abstract: This article deals with evaluation of health injury's severity in cases with mental disorders. There are descriptions of different kinds of maladjustment. Main criteria of evaluation are temporary and permanent maladjustment.

Keywords: mental disorder, health injury's severity, permanent and temporary maladjustment

ВВЕДЕНИЕ

Оценка степени тяжести вреда здоровью потерпевшего, у которого после совершенных против него противоправных действий возникли психические расстройства, носит неоднозначный характер. Действующие в настоящее время законодательные нормы допускают трактовку, в свете которой любые психические расстройства, возникшие в результате противоправных действий, рассматриваются как тяжкие. При буквальном толковании формулировок УК (ст. 111 УК: «умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека, или повлекшего за собой... психическое расстройство...») всякое психическое расстройство автоматически делает уголовно наказуемый вред здоровью тяжким.

К сожалению, именно такое прямолинейное понимание получило отражение в «Медицинских критериях определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека» (Приказ МЗ и СР РФ № 194н от 24.04.2008 г.), где психическое расстройство указывается в качестве медицинского критерия тяжкого вреда здоровью. Это, однако, противоречит данным современной психиатрии о существенном различии глубины и продолжительности поражения психики при разных психических расстройствах.

Поэтому стали предлагаться подходы, более соответствующие существующим научным представлениям, согласно которым психическое расстройство, находящееся в причинно-следственной связи с причиненным вредом здоровью потерпевшему, может отвечать квалифицирующим признакам всех степеней тяжести вреда здоровью [2, 6–8]. При этом учитывалось, что содержательное насыщение квалифицирующих признаков, фигурирующих в юридических критериях соответствующих статей УК (ст. 111, 112, 115), не может быть использовано в неизменном виде при оценке пси-

хических расстройств. Так, квалифицирующий признак стойкой утраты общей трудоспособности трудно применим не только к детям и подросткам с психическими расстройствами, но и ко взрослым с теми вариантами психической патологии, которые приводят не столько к нарушению трудовой деятельности, сколько существенно сказываются на других сферах жизнедеятельности. Поэтому предлагалось в качестве квалифицирующих признаков (юридического критерия) к каждой степени тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства и медицинских критериев использовать как равноценный аналог критерия «утраты общей трудоспособности» критерий «дезадаптации».

ВИДЫ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Под дезадаптацией понимаются возникающие вследствие психического расстройства нарушения личностного функционирования в разных сферах жизнедеятельности — социальной в узком смысле слова (межличностное взаимодействие), семейной, сексуальной, трудовой (у взрослых), школьной (у малолетних/несовершеннолетних).

Каждый вид дезадаптации может оцениваться по характерным для него вариантам ограничений жизнедеятельности:

- 1) **социальная дезадаптация** — по способности к общению, способности контролировать свое поведение при социальных контактах;
- 2) **семейная дезадаптация** — по способности к общению с членами семьи, контролировать свое поведение в их кругу;
- 3) **трудовая дезадаптация** — по способности заниматься трудовой деятельностью;
- 4) **школьная дезадаптация** — по способности к обучению, способности контролировать свое поведение в школьной среде.

5) **сексуальная дезадаптация** — по способности к межпартнерским сексуальным отношениям.

Аналогом школьной дезадаптации у детей дошкольного возраста, а также у школьников в межучебный период можно считать ограничение способности к обучению бытовым, культурным и иным навыкам. У совершеннолетних потерпевших, совмещающих процесс учебы и работы, возможна оценка как школьной, так и трудовой дезадаптации. Могут использоваться следующие дефиниции приведенных выше способностей:

- Способность к обучению — способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными и бытовыми).

- Способность контролировать свое поведение — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм.

- Способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

- Способность к трудовой деятельности — способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы, что включает мотивацию труда, воспроизведение специальных профессиональных знаний, умений и навыков в виде продуктивного и эффективного труда, взаимодействие с другими людьми в социально-трудовых отношениях, соблюдение рабочего графика, организации рабочего дня.

- Способность к межпартнерским сексуальным отношениям — способность к взаимному сексуальному удовлетворению, достигаемому в соответствии с уровнем межличностных отношений, сексуального влечения и биологическими (анатомо-физиологическими) возможностями.

При разных психических расстройствах может наблюдаться от одного до нескольких вариантов нарушений этих сфер, определяя разные совокупности видов дезадаптации. Данный подход был закреплен в ряде специальных руководств [1, 5], был с одобрением встречен в профессиональных кругах [4] и в настоящее

время реализуется в практической деятельности некоторых экспертных учреждений.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ВРЕМЕННОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ КАК ОСНОВА КВАЛИФИЦИРУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ

В настоящей работе предлагаются скорректированные в ходе практической экспертной деятельности параметры оценки степени вреда здоровью в виде психического расстройства, которые могут быть положены в основу разработки его дифференцированных квалифицирующих признаков.

Параметры длительности в этом случае могут быть идентичны используемым в судебной медицине для иных видов повреждений: **временной** считается дезадаптация, длящаяся менее 120 дней. Она может быть **кратковременной** — менее трех недель и **длительной временной** — более трех недель и менее 120 дней. Последний временной параметр соответствует промежутку времени, рекомендуемому для оценки условно стойкой (необратимой) утраты общей трудоспособности, устанавливаемой по размеру утраченной функции, сформировавшейся к этому моменту [3].

По длительности временной дезадаптации становится возможным оценивать длительность расстройства здоровья. В случае кратковременной дезадаптации вследствие психического расстройства устанавливается легкий вред здоровью. Два варианта длительной временной дезадаптации дифференцируют медицинские критерии в отношении средней тяжести и легкого вреда здоровью. **Стойкой** считается дезадаптация, длящаяся не менее 120 дней. Стойкая дезадаптация не подразумевает необратимости нарушений и предполагает дифференциацию уже по трем степеням выраженности. Длительное существование психопатологической симптоматики не исключает оценку вреда здоровью как легкого в случае кратковременной (менее трех недель) дезадаптации вследствие психического расстройства. Отсутствие дезадаптации позволяет расценить расстройство как не причинившее вред здоровью человека.

В качестве *медицинского критерия* квалифицирующих признаков в отношении *тяжкого вреда здоровью* в виде психического расстройства (кроме вреда здоровью, опасного для жизни человека) рас-

Характеристики и экспертное значение дезадаптации

Таблица

Наличие дезадаптации	Характер дезадаптации	Продолжительность дезадаптации	Степень дезадаптации	Соответствие юридическим критериям	Вред здоровью (степень)
Есть	Временная	Кратковременная — до трех недель	—	«Кратковременное расстройство здоровья»	Легкий
		Длительная — свыше трех недель, но менее 120 дней	Легкая	«Длительная дезадаптация легкой степени»	Легкий
			Средняя	«Длительная дезадаптация средней или выраженной степени»	Средней тяжести
	Стойкая	Более 120 дней	Легкая	«Стойкая дезадаптация легкой степени»	Легкий
			Средняя	«Стойкая дезадаптация средней степени»	Средней тяжести
			Выраженная	«Стойкая дезадаптация выраженной степени»	Тяжкий
Нет	—	—	—	—	Нет вреда

смачивается стойкая дезадаптация выраженной степени — длящаяся не менее 120 дней дезадаптация в любой из сфер (социальной, семейной, трудовой, школьной, сексуальной), оцениваемых в соответствии с вариантами следующих нарушений жизнедеятельности:

1) неспособность вследствие психического расстройства к общению, т.е. неспособность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;

2) неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, потребность в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

3) неспособность к обучению — неспособность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными и бытовыми);

4) неспособность к трудовой деятельности — неспособность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы (неспособность к воспроизведению специальных профессиональных знаний, умений и навыков в виде продуктивного и эффективного труда, неспособность взаимодействия с другими людьми в социально-трудовых отношениях, соблюдения рабочего графика, организации рабочего дня) или невозможность (противопоказанность) трудовой деятельности;

5) неспособность к межпартнерским сексуальным отношениям — потеря партнерских отношений и/или отсутствие нормативной половой активности вследствие снижения, исчезновения или искажения полового влечения либо формирования функциональных сексуальных расстройств, вызвавших нарушение психофизиологических реакций, связанных с сексуальной активностью.

Медицинские критерии квалифицирующих признаков в отношении *средней тяжести вреда здоровью* в виде психического расстройства следующие:

Временная длительная, т.е. продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня), но менее 120 дней (длительное расстройство здоровья) дезадаптация выраженной либо средней степени или стойкая (длительная не менее 120 дней) дезадаптация средней степени в любой из сфер (социальной, семейной, трудовой, школьной, сексуальной), оцениваемых в соответствии с вариантами следующих ограничений жизнедеятельности:

1. Ограничение способности к общению, заключающееся в способности к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием, при необходимости, вспомогательных технических средств;

2. Ограничение способности контролировать свое поведение — постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

3. Ограничение способности к обучению в виде возможности обучения только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, или на дому по специальным программам с использованием, при необходимости, вспомогательных технических средств и технологий;

4. Ограничение способности к выполнению трудовой деятельности в виде возможности трудиться только в специально созданных условиях труда с использо-

ванием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц;

5. Ограничение способности к поддержанию межпартнерских отношений в виде резкого сокращения нормативной половой активности вследствие снижения, исчезновения или искажения полового влечения либо формирования функциональных сексуальных расстройств, вызвавших нарушение психофизиологических реакций, связанных с сексуальной активностью.

НАБЛЮДЕНИЯ

Представленные ниже наблюдения иллюстрируют обоснование тяжести вреда на основе оценки длительности и выраженности нарушений адаптации.

С., 13 лет, подвергшаяся изнасилованию, при обследовании в контакт вступала охотно, держалась доброжелательно, периодически смущалась при затрагивании субъективно значимых для нее тем. Цель экспертизы понимала как необходимость «проверить сейчас мое психическое состояние». На вопросы отвечала по существу, сведения излагала последовательно и подробно. С улыбкой говорила, что «мама забрала из лагеря на три дня, специально для этой экспертизы», тут же со вздохом добавляла: «надеюсь, что это последняя экспертиза». Поясняла, что «уже начала забывать обо всем», «пережила эту ситуацию, поэтому вспоминать не хочется». При расспросе о совершенном в отношении нее деянии становилась несколько напряженной, опускала голову, отмечалась гиперемия лица, смущенно говорила, что «просто сама дурочка, пошла помогать, думала, что действительно мужчина просил о помощи». Поясняла, что «мужчина успел лишить девственности, но половой акт не закончил, так как она вырвалась и убежала». Отмечала, что «сначала не могла сопротивляться, потому что растерялась и была в шоке», «парализовало от страха», но, когда он ввел половой член, «как будто очнулась», «нашла силы и убежала». Сообщала, что после случившегося очень переживала, плакала, боялась на улице мужчин, похожих на насильника, плохо спала, не хотела есть. Отмечала, что по ночам мучили кошмары, «все время эта ситуация снилась», часто просыпалась или кричала по ночам. Говорила, что в настоящее время «уже все прошло, все постаралась забыть», «после занятий с психологом стало лучше». С улыбкой говорила: «сейчас сплю так, что просят, чтобы не храпела». Фон настроения был ровный. Жалоб на здоровье не предъявляла. С улыбкой говорила, что «только не выспалась, так как рано встали с мамой на экспертизу». Охотно рассказывала об отдыхе в летнем детском лагере. Сообщала, что познакомилась с девочками, вместе с которыми смотрит фильмы и танцует на дискотеках. С гордостью рассказывала, что уже много лет занимается хореографией, является членом танцевального коллектива. Тепло отзывалась о матери, с которой проживала вдвоем, говорила, что у нее с ней теплые, близкие отношения — «всегда может поделиться и найти поддержку». С удовольствием сообщала о домашних питомцах — пяти кошках, которых называла по именам, отмечала, что сама ухаживает за ними, «играю, когда мама на работе». Из своих увлечений называла чтение художественной литературы, занятия музыкой по классу «баян». С гордостью сообщала, что поступила в художественную школу и компьютерный центр, куда по результатам школьной олимпиады по математике ее пригласили на бесплатное обучение. Планировала окончить 10 классов, а затем «высшее образование, что-нибудь, связанное с творчеством», смущаясь, добавляла, что еще точно не определилась, «хотелось

бы рисовать определенный сюжет, по которому делают «Анимэ». По характеру себя считала общительной, немного стеснительной, открытой, доверчивой. При обсуждении вопросов межполовых взаимоотношений смущалась, с застенчивой улыбкой поясняла, что имеет представление о «близких, сексуальных отношениях между мужчиной и женщиной», при этом говорила, что «ей еще рано об этом думать».

Комиссия экспертов пришла к выводу, что С. до и в период совершения в отношении нее противоправного деяния каким-либо психическим расстройством не страдала. В результате совершения противоправного деяния у С. развилось психическое расстройство в форме «Смешанной тревожной и депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации» (по МКБ-10: F43.22), проявившегося сниженным настроением, тревогой, беспокойством, соматовегетативными расстройствами (нарушение сна и аппетита), а также эмоциональной неустойчивостью, чувством неуверенности, идеями виновности. Диагностируемое у С. психическое расстройство находилось в прямой причинно-следственной связи с психотравмирующими переживаниями, связанными с совершенным в отношении нее противоправным деянием. К моменту производства экспертизы у С. произошла нивелировка указанной симптоматики, признаков какого-либо психического расстройства у нее не обнаружилось. Таким образом, установленное у С. временное расстройство психической сферы повлекло за собой расстройство здоровья на срок свыше 21 дня, но менее 120 дней. При этом отмечавшиеся у нее психические расстройства определяли ограничения в общении, контроле своего поведения и обучения, укладывающиеся в параметры дезадаптации средней степени. Поэтому по признакам длительности и выраженности дезадаптации выявленные психические расстройства должны расцениваться, как **средней тяжести вред**, причиненный здоровью человека.

К., 9 лет, потерпевший в уголовном деле по подозрению воспитателей детского сада в совершении деяния, предусмотренного ст. 112 ч.1 УК РФ, при обследовании выглядел несколько младше своего возраста. Ориентирован был всесторонне правильно, однако цель экспертизы понимал поверхностно. Высказывал предположение, что обследование связано «с воспитателями из старого детского сада, тиками». Во время беседы сидел в однообразной позе, опустив голову, тербил пальцы рук. Эмоциональные проявления были мало дифференцированные, невыразительные, мимические реакции — слаженные. В контакт вступал постепенно: в начале беседы был несколько напряжен, смущен непривычной для него обстановкой, в последующем держался более свободно, на вопросы отвечал в плане заданного, активно поддерживал беседу на интересные его темы, при этом искал поддержку матери, ориентировался на ее мнение. Речь была представлена простыми фразами. Словарный запас соответствовал возрасту. Отмечалось нарушение звукопроизношения. Жалобы на состояние здоровья активно не предъявлял, при целенаправленном расспросе отмечал редкие головные боли давящего характера в затылочной области, укачивание в транспорте, трудности при засыпании. Из увлечений называл футбол, отмечал, что очень любит лепить из пластилина — «даже по ночам леплю», при этом демонстрировал одну из своих поделок (в которой обращало на себя внимание детальное изображение мелких частей). Делился переживаниями в связи с тем, что с переводом в другую школу у него нет друзей, но-

вые одноклассники с ним не общаются, свободное время проводит дома. При расспросе об обстоятельствах, совершенных в отношении него деяний отмечались единичные подергивания мимической мускулатуры, мышц плечевого пояса, фон настроения заметно снижался, он становился напряженным, говорил, что «хотел бы все забыть, но не получается, так как приходится постоянно вспоминать, отвечая на вопросы». При этом активно перечислял действия воспитателей, говорил, что они «плохо обращались» с ним и другими детьми, кричали, запирали в туалете и пугали крысами. После случившегося отмечал появление у себя «тиков», которые «мог предчувствовать» и «старался прекратить», что получалось на непродолжительное время, «пока не забывал или не отвлекался». Говорил, что «подергивание глаз» доставляло ему «особые неудобства», не мог сфокусировать взгляд на определенном предмете — «было трудно смотреть». При этом демонстрировал подергивания глазами, ртом, плечом, руками, увлекаясь, сообщал, что «даже ноги дергались», однако, при замечании матери о том, что такого не было, быстро соглашался, с улыбкой говорил, что «с ногами все в порядке». Отмечал, что при воспоминании о старом садике у него портится настроение, становится грустно, но «плакать уже не хочется». Указывал, что тики возникают только при упоминании о воспитателях и уже давно бы прекратились, если бы об этом так долго не расспрашивали. Считал, что «воспитатели поступали плохо, их нужно наказать», но как именно не пояснял.

Таким образом, у К. на фоне имеющейся органической микросимптоматики в результате длительной психотравмирующей ситуации (непедагогические методы воспитания со стороны воспитателей детского сада) и дополнительного внешнего раздражителя (закапывание в глаза лекарственного препарата, что сопровождалось отрицательными эмоциональными переживаниями и неприятными ощущениями) развилось «Тиковое расстройство» (по МКБ-10: F95) с последующим усложнением клинической картины, выразившейся в присоединении других невротических симптомов (подергивание мышц шеи, плечевого пояса, вокализмы, беспокойный сон, ночные кошмары, пугливость). Указанное психическое расстройство имеет длительный, затяжное течение с периодами ремиссий и обострений и сохраняется до настоящего времени, однако, является неглубоким (отсутствуют психотическая симптоматика, выраженные нарушения социальной адаптации), характеризуется пролонгированным волнообразным течением с длительными периодами ремиссий (до 6 мес.) и возобновлением в связи с повторными переживаниями событий в ходе судебно-следственных действий. По длительности расстройства здоровья (свыше 120 дней), а также степени выраженности психических нарушений в виде стойкой дезадаптации средней степени (ограничение способности контролировать свое поведение с потребностью во внешней коррекции), комиссия пришла к выводу, что здоровью К. причинен **средней тяжести вред**.

М., 7 лет, в отношении которой были совершены действия сексуального характера, при психиатрическом обследовании правильно называла текущую дату, свои паспортные данные. Цель обследования не понимала. Застенчиво сообщала, что «мама привезла к докторам, сказала, что так нужно». Неохотно сообщала, что «последнее время играть ни с кем не хочется», «вспоминаются плохие вещи, про дядю». Анамнестические сведения излагала в целом последовательно. При расспросе об обстоятельствах совершенного в отношении

нее противоправного деяния становилась напряженной, опускала голову, смотрела в пол, подолгу молчала, на глазах появлялись слезы, испуганно смотрела по сторонам, просила «позвать маму». В присутствии матери неохотно, кратко, тихим голосом сообщала сведения, описанные в материалах уголовного дела. Испуганно говорила, что «дядя Ваня — плохой, трогал за писю, попу, ковырялся там», «совал в рот свою писю, говорил, что это как банан». Отмечала, что боялась рассказать маме, так как думала, что «он это услышит или узнает». Говорила, что «было страшно, и не знала, что сказать маме». Сообщала, что после случившегося «стала бояться одна», «все время снятся страшные сны», «плачу ночью», «сплю только с мамой». Описывая кошмарные сновидения, говорила, что «снятся разные плохие дядьки, которые делают девочек плохими». Отмечала, что раньше любила играть с девочками, а теперь «одна сижу с игрушками или в окно смотрю». Описывала состояния, когда «вдруг задумаюсь, и опять дядька плохой вспоминается, как меня трогал», «могу заплакать, маму зову», «перед глазами картинки, как дядя Ваня меня трогает, заставляет писю облизывать», «воспитатели что-то рассказывают, а я не слышу». Говорила, что «трудно думать на занятиях в саду», «воспитатели делают замечания». Рассказывала, что «уже ходили с мамой к доктору, пили таблетки». Испуганно говорит, что «один раз ночью кто-то белый стоял, было очень страшно, даже не шевелилась». Однако при затрагивании иных тем легко переключалась, охотно сообщала о семье, говорила, что «мама, папа и брат Антон — очень хорошие, любят ее». Говорила, что «ходит в детский сад, там рисует, играет». Называла воспитателей по имени и отчеству, перечисляла «подружек» по именам. Знала буквы алфавита, читала по слогам, выполняла простые арифметические действия в пределах десятка. Описывая любимую героиню мультфильма, говорила, что «хотела бы быть, как она, красивой и доброй».

Комиссия экспертов пришла к выводу, что после совершенных противоправных действий у М. развилось психическое расстройство в форме «Посттравматического стрессового расстройства» (F43.1), проявляющееся в виде повторяющихся навязчивых воспоминаний психотравмирующих ситуаций, кошмарных сновидений, отражающих травматические события, нарушений сна, пониженного эмоционального фона, тревожно-фобических переживаний, отчужденности от окружающих, нарушением коммуникативных способностей. Диагностируемое у М. посттравматическое стрессовое расстройство находится в прямой причинно-следственной связи с психотравмирующими переживаниями, связанными с совершенными в отношении нее действиями сексуального характера, носит стойкий и длительный характер (свыше 120 дней), однако по уровню нарушений адаптации (стойкая дезадаптация средней степени — трудности усвоения новой информации с ограничением способности к обучению по образовательной программе детского дошкольного учреждения, нарушение способности к общению со сверстниками, членами семьи, коммуникативных способностей) соответствует категории **вреда здоровью средней тяжести**.

ВЫВОДЫ

Несмотря на то, что у авторов не имеется в настоящее время наблюдений, где принималось бы решение о причинении легкого вреда в виде психических расстройств, такие случаи, исходя из их полиморфизма и разнообразия вариантов динамики, вполне вероятны.

В отношении *легкого вреда здоровью* в виде психического расстройства могут использоваться следующие *медицинские критерии* квалифицирующих признаков:

1. Временная дезадаптация в любой из сфер личностного функционирования (социальной, семейной, трудовой, школьной, сексуальной) продолжительностью до трех недель (до 21 дня включительно) (кратковременное расстройство здоровья).

2. Временная длительная, т.е. продолжительностью свыше трех недель (более 21 дня), но менее 120 дней (длительное расстройство здоровья) или стойкая (длящаяся не менее 120 дней) дезадаптация легкой степени в любой из сфер (социальной, семейной, трудовой, школьной, сексуальной), оцениваемых в соответствии с вариантами следующих ограничений жизнедеятельности:

2.1. Ограничение способности к общению в виде способности к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использования при необходимости вспомогательных технических средств;

2.2. Ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и/или затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

2.3. Ограничение способности к обучению в виде способности к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением, при необходимости, вспомогательных технических средств и технологий;

2.4. Способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и/или уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

2.5. Ограничение способности к поддержанию межпартнерских отношений — осуществление сексуальной активности при наличии сильных негативных чувств и неспособность переживать удовольствие вследствие снижения, исчезновения или искажения полового влечения либо формирования изолированных функциональных сексуальных расстройств, влекущих нарушение психофизиологических реакций, связанных с сексуальной активностью.

При наличии нескольких медицинских критериев тяжесть вреда здоровью должна определяться по тому признаку, который соответствует большей степени тяжести вреда.

Таким образом, **алгоритм экспертного исследования степени тяжести вреда здоровью**, повлекшего психическое расстройство, выглядит следующим образом:

1) установление наличия/отсутствия психического расстройства, его квалификация в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, выявление особенностей клинико-психопатологического оформления и течения (динамики) в зависимости от внешних факторов на всех этапах юридически значимой ситуации, а также в предкриминальном периоде;

2) установление/исключение причинно-следственной связи выявленных психических нарушений с травмирующим воздействием; квалификация ее характера — прямой, опосредованный (косвенный);

3) определение вреда здоровью (легкий, средней тяжести, тяжкий) от причинно связанного с травмирующим воздействием психического расстройства в соответствии с медицинскими критериями квалифицирующих признаков — наличие дезадаптации, ее длительность (стойкая, кратковременная, длительная временная), выраженность дезадаптации в случае ее длительного временного или стойкого характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клевно В.А., Ткаченко А.А. Экспертиза вреда здоровью. Психическое расстройство, заболевание наркоманией либо токсикоманией. — М.: «Норма», 2013. — 176 с.

2. Клевно В.А., Ткаченко А.А., Яковлева Е.Ю. О необходимости разработки специального перечня медицинских критериев к квалифицирующему признаку «психическое расстройство» // Судебно-медицинская экспертиза. 2008. № 6. с. 3–7.

3. Комментарий к нормативным правовым документам, регулирующим порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. — СПб, 2008. — 213 с.

4. Лаврентюк Г.П., Исаков В.Д., Быховская О.А., Яковленко О.О. Об оценке душевного здоровья человека. —

О проблемных вопросах организации производства судебно-медицинских экспертиз. Сб. материалов Всероссийской научно-практической конференции. — М., 2009. — С. 52–55.

5. Ткаченко А.А. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. — Руководство по судебной психиатрии (под ред. Ткаченко А.А.) — М.: Юрайт, 2013. — 2-ое изд. — С. 174–199.

6. Ткаченко А.А., Яковлева Е.Ю. Методологические принципы судебно-экспертной оценки степени тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства // Российский психиатрический журнал. 2008. № 4. С. 15–20.

7. Яковлева Е.Ю. Оценка степени тяжести вреда здоровью при психогенных психических расстройствах потерпевших жертв сексуальных правонарушений // Судебно-медицинская экспертиза. 2009. № 4. С. 11–18.

8. Яковлева Е.Ю. Установление связи между психическим расстройством у потерпевшего и психотравмирующим воздействием сексуального характера при экспертизе «тяжести вреда здоровью» // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. Т. 109. № 4. С. 19–23.

Для корреспонденции:

КЛЕВНО Владимир Александрович — начальник государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»), доктор медицинских наук, профессор. Адрес: 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • E-mail: vladimir.klevno@yandex.ru.

ТКАЧЕНКО Андрей Анатольевич — руководитель Отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор Адрес: 119034, Москва, пер. Кропоткинский, 23 • E-mail: tkatchenko_gnc@mail.ru

ЧИБИСОВА Ирина Анатольевна — старший научный сотрудник отделения судебно-психиатрической экспертизы детей и подростков федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Министерства здравоохранения РФ, кандидат медицинских наук, врач первой квалификационной категории. Адрес: 119034, Москва, пер. Кропоткинский, 23 • E-mail: chibis-irena@mail.ru

КОНОНОВ Роман Викторович — судебно-медицинский эксперт отдела сложных экспертиз государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГБУЗ МО «Бюро СМЭ»), доктор медицинских наук, профессор. Адрес: 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • E-mail: kononovrv@mail.ru