

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ
ИМ. В.П. СЕРЬСКОГО



АФФЕКТ:

ПРАКТИКА СУДЕБНОЙ
ПСИХОЛОГО-
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ

хрестоматия



Коллектив авторов

**Аффект: практика
судебной психолого-
психиатрической экспертизы**

«Интермедиатор»

2013

УДК 159.9:347.963

ББК 88.4

Коллектив авторов

Аффект: практика судебной психолого-психиатрической экспертизы / Коллектив авторов — «Интермедиатор», 2013

ISBN 978-5-98563-415-0

В хрестоматии представлены тексты известных судебных психиатров и психологов, посвященные проблеме определения аффекта у обвиняемого в практике судебной экспертизы. Освещена история становления уголовно-релевантного понятия аффекта. Приведены представления об аффекте в общей психологии. Изложены современные судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого. Даны примеры комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, посвященные особенностям аффекта у несовершеннолетних, дифференциальной диагностике нормальных аффектов с патологическими аффектами, с «ограниченной вменяемостью». Для судебно-психиатрических и судебно-психологических экспертов, работников правоохранительных органов, а также студентов, аспирантов, преподавателей психологических и юридических вузов и факультетов.

УДК 159.9:347.963

ББК 88.4

ISBN 978-5-98563-415-0

© Коллектив авторов, 2013

© Интермедиатор, 2013

Содержание

От авторов-составителей	6
Часть I	8
Р. Крафт-Эбинг	8
Я. А. Боткин	10
В. Ф. Чиж	13
Я. М. Калашник	16
Т.П. Печерникова, В.В. Гульдман, В.В. Остришко	20
Часть II	26
С. Л. Рубинштейн	26
А.Н. Леонтьев	28
А.Н. Леонтьев	35
Часть III	41
Введение	42
Описание метода	46
Литература	64
Часть IV	66
Б.В. Шостакович, О.В. Леонова, И.М. Майорова	66
Т.П. Печерникова, Н.В. Лазько, Н.А. Качнова	75
Ф.В. Кондратьев, Ю.Д. Криворучко, Г.А. Фастовцов, М.М. Хадикова	82
Ф.С. Сафуанов, А.О. Наумович, Д.А. Малкин	93
И. С. Козлов, Ф.С. Сафуанов, Ю.В. Казакова	103
Ф. С. Сафуанов, Е. В. Макушкин, В. В. Вандыш-Бубко, Г.В. Тарасова	109
М. В. Зейгер, Ф. С. Сафуанов	119
Е. С. Андреева	128
С.В. Данилова, А.П. Ульяненко	134
Е. С. Андреева, СВ. Голуб, Е. Г. Дозорцева, Е. В. Макушкин, Д.С. Ошевский	140
Д. С. Ошевский, М.В. Булатова, Д.Ю. Кузьмин, ЕМ. Курбанова	152
Е.В. Макушкин, В. Д. Бадмаева, Е.Г. Дозорцева	161

Аффект: практика судебной психолого-психиатрической экспертизы

© Издательство «Генезис», 2013

* * *

От авторов-составителей

В настоящее время квалификация так называемых аффективных преступлений по ст. 107 и 113 УК РФ (и соответственно судебно-экспертная диагностика аффекта) является довольно острой практической проблемой. Об этом свидетельствует в первую очередь статистика выявленных преступлений, совершенных в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта). По данным ГИЦ МВД России, в последние годы зарегистрировано существенное снижение их числа.

Вряд ли возможно прямо связать низкое количество выявленных в последние годы правонарушений, совершенных в состоянии аффекта, с динамикой общей преступности или противоправных и аморальных посягательств на правомерно ведущих себя граждан. Определяющим, по всей вероятности, является изменение редакций статей УК, касающихся преступлений, совершенных в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения, что повлекло за собой множество проблем правоприменения, в том числе и связанных с использованием судебно-психологических и комплексных психолого-психиатрических экспертных заключений.

Разработка судебно-психологических экспертных критериев диагностики аффекта у обвиняемого, их адекватное применение в судебной экспертизе являются актуальными научно-практическими задачами.

Поэтому представляется, что издание хрестоматии, посвященной проблеме определения аффекта у обвиняемого в практике комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ), будет весьма своевременным. Следует отметить, что на эту тему были опубликованы очень важные исследования аффектов у психически здоровых обвиняемых на материале однородной судебно-психологической экспертизы (СПЭ), которые внесли огромный вклад в разработку критериев судебно-экспертной психологической оценки эмоциональных состояний (Коченов М.М., Ситковская О.Д., Алексеева Л.В., Шипшин С.С. и др.). Однако мы ограничились трудами, выполненными в русле судебной психиатрии и психолого-психиатрической экспертизы, по нескольким причинам.

Во-первых, уголовно релевантные («физиологические») аффекты, не обуславливающие экскульпации обвиняемых, были выделены именно в судебной психиатрии еще в XIX веке.

Во-вторых, в настоящее время государственными судебно-экспертными учреждениями проводится около 50 тыс. КСППЭ и только около 2 тыс. СПЭ. Иными словами, подавляющее большинство судебных экспертиз аффекта проводится при совместном использовании специальных знаний в области психологии и психиатрии.

В-третьих, учет такого важного фактора, как патологическая «почва», на которой возникают и развиваются эмоциональные реакции и состояния в момент совершения правонарушения, значительно повышает точность и надежность судебно-экспертной диагностики аффекта, что возможно только в рамках КСППЭ. Доля обвиняемых с пограничной психической патологией (расстройство личности, органическое психическое расстройство и др.) среди лиц, совершивших преступления в состоянии аффекта, составляет более половины случаев.

В-четвертых, в рамках однородной СПЭ при установлении отсутствия признаков аффекта у обвиняемого эксперты лишены возможности выносить иные судебно-экспертные оценки, например, ограничение способности обвиняемого осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими во время совершения преступления в силу психического расстройства (что имеет значение для квалификации ст. 22 УК РФ). Мы видим нашу задачу в том, чтобы читатель имел возможность:

– проследить историю становления понятия аффекта в судебно-психиатрической и психолого-психиатрической экспертизах;

– усвоить современные представления о судебно-психологических экспертных критериях диагностики аффекта при обследовании не только психически здоровых, но и лиц с пограничной психической патологией;

– ознакомиться с тем разнообразием задач, которые стоят перед психологами и психиатрами при производстве КСППЭ (дифференциальная диагностика патологического и нормального аффекта, соотношение аффекта с нормами «ограниченной вменяемости», особенности аффекта у несовершеннолетних с психическими аномалиями и т. п.), на конкретных примерах наиболее сложных экспертиз.

Содержание хрестоматии включает четыре части.

В первой части освещается история становления понятия аффекта. В работах Р. Крафт-Эбинга, Я.А. Боткина, В.Ф. Чижа, Я.М. Калашника, Т.П. Печерниковой, В.В. Гульдена, В.В. Остришко нормальные, «физиологические» аффекты выделяются в дифференциально-диагностическом контексте, при их разграничении с аффектами «патологическими». Эти работы, с одной стороны, позволяют понять логику определения эмоциональных реакций и состояний, не исключающих вменяемости, у обвиняемых (в том числе и с пограничными психическими расстройствами), а с другой – показывают, насколько сложным было соотнесение аффекта с правовыми нормами отечественного законодательства, действовавшими в различные эпохи.

Во вторую часть включены работы классиков отечественной общей психологии: фрагмент книги С.Л. Рубинштейна «Основы общей психологии» и две лекции А.Н. Леонтьева, посвященные исследованиям аффекта. В этих текстах, особенно в лекциях А.Н. Леонтьева, проводится, пожалуй, наиболее четкое и ясное разграничение четырех классов эмоциональных явлений: аффектов, собственно эмоций, настроений и чувств. Более того, внимательное прочтение этих трудов подводит к очень важной мысли: вопреки мнению некоторых авторов, что психологические понятия должны использоваться в уголовном праве только в том точном значении, которое принято в самой психологии, аффекты в общей психологии полностью не совпадают ни с «аффектом (внезапно возникшим душевным волнением)» как квалифицирующим признаком составов преступления по ст. ст. 107 и 113 УК РФ, ни с аффектом как судебно-психологическим экспертным понятием.

Именно аффекту как судебно-психологическому экспертному понятию посвящены методические рекомендации «Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого», которые практически полностью приведены *в третьей части* хрестоматии. Они составлены сотрудниками Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, утверждены Минздравом и Минюстом России как унифицированные и единообразные критерии, рекомендованные для государственных судебно-экспертных учреждений. В них рассмотрен алгоритм проведения судебной экспертизы аффекта, показаны особенности диагностики аффекта на патологической почве, на фоне алкогольного опьянения, у несовершеннолетних обвиняемых, приведены критерии дифференциальной диагностики «нормального» и «патологического» аффектов, разграничения аффекта и эмоциональных реакций (состояний) в рамках «вменяемости» и «ограниченной вменяемости».

Все эти вопросы иллюстрируются разнообразными и во многом поучительными примерами наиболее сложных КСППЭ, проведенных в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского за последние десять лет. Практически все работы *четвертого раздела* были опубликованы в регулярно издаваемом Центром им. В.П. Сербского ежегоднике «Практика судебно-психиатрической экспертизы».

Часть I

История исследования аффекта в судебной психиатрии

Р. Крафт-Эбинг Судебная психопатология¹

<...>

Аффекты, или душевные волнения, суть состояния, которые, в известных пределах их проявления, относятся еще к области физиологической душевной жизни, хотя нельзя отрицать, что при всяком сильном душевном волнении наступают уже заметные расстройства телесных и психических отправления и самообладание может претерпевать значительное нарушение. Наблюдение учит, что при физиологических условиях у людей, достигших известного возраста и получивших соответственное воспитание, вырабатывается способность – исправлять и преодолевать представления и стремления, вызываемые сильным душевным волнением. Поэтому законодательство не считает безусловно невменяемыми действия, совершаемые под влиянием аффекта и столь часто ведущие к тяжким правонарушениям.

Во всяком случае, состояние аффекта есть скоропреходящее расстройство в психическом механизме, состояние, при котором психическая способность противодействия, поскольку она основывается на правовых и нравственных воззрениях человека, до известной степени понижается.

Индивидуальность данного лица, окружающая его обстановка и ближайшие поводы к аффекту образуют собой целый ряд моментов, существенно влияющих на субъективный вопрос о виновности, обуславливающих тот или другой результат аффекта и оказывающихся крайне разнообразными, и по своему существу, и по своему действию, у различных индивидуумов.

Темперамент, характер, воспитание, – все это обстоятельства, за которые закон не может признавать человека ответственным, но от которых тем не менее главным образом зависит способ обнаружения аффекта.

Законодательство принимает в надлежащее внимание этот факт и потому старается строго отличать наказуемые действия, совершаемые под влиянием душевного волнения, от действий, хотя и сходных с аффектными по внешнему результату, но задумываемых и выполняемых в состоянии душевного спокойствия и равновесия психических функций. Совершенно иначе квалифицируя аффектные действия и гораздо снисходительнее относясь к ним, правосудие, однако же, не может упускать из виду, что аффект и умысел не представляются несовместимыми противоположностями и что аффект так же не исключает умысла, как и умысел – аффекта.

Должно остерегаться также ошибочного заключения, что данная личность способна была противодействовать аффекту до полного подавления его, потому что этот аффект, очевидно, длился у нее довольно долгое время, прежде чем перешел в действие.

При таком воззрении забывают, что у страстных людей зародившийся аффект постепенно сам собою нарастает под влиянием соответственных, вызываемых им, представлений, и что люди, высокоразвитые в нравственном и умственном отношениях, могут продолжительное время сдерживать свое душевное волнение, пока какое-нибудь, иногда – маловажное, обстоятельство, какая-нибудь добавочная случайная причина не уничтожает в человеке последний

¹ Фрагмент книги: *Крафт-Эбинг Р. Судебная психопатология.* – СПб, 1898.

остаток осмотрительности и самообладания и не вызывает бурного проявления аффекта в соответственных ему действиях.

Столь же мало имеет значения в подобных случаях молва о человеке, сложившееся о его характере мнение у окружающих его лиц. Если благоприятные сведения о прошлой жизни обвиняемого могут говорить в его пользу, свидетельствовать о том, что он, совершая наказуемое деяние, действительно поддался непреодолимому, гнетущему влиянию сильно волновавших его представлений («На совершение убийства в аффекте способны даже благороднейшие характеры», – говорит Фейербах), то, с другой стороны, нельзя считать отягчающим вину обстоятельством страстный и вспыльчивый характер, пока остается нерешенным вопрос, объясняется ли этот характер только простою, сознательною и подлежащею ответственности грубостью и распушенностью нрава или же недостатками воспитания, за которые человек не может отвечать, или, наконец, может быть, – даже врожденным предрасположением, обусловленным неблагоприятными органическими влияниями.

Законодатель идет еще далее, признавая некоторые деяния, совершаемые в состоянии аффекта, вовсе ненаказуемыми. Сюда принадлежит превышение пределов защиты при необходимой обороне вследствие растерянности, страха и ужаса, а во Франции – даже убийство обесчещенным мужем своей жены и ее любовника, застигнутых на месте преступления. Как на обстоятельства, заслуживающие особенного внимания суда в вопросе о смягчении наказания, можно указать на аффектные деяния, совершаемые вследствие несчастной любви (убийство любимой женщины, соединенное с покушением на самоубийство), далее – на деяния, обусловленные ревностью (убийство, совершаемое вследствие отвергнутой или обманутой любви), наконец – на деяния, вызываемые крайней нуждой и отчаянием (убийство родных под влиянием мыслей о кажущейся безнадежной борьбе за существование).

Подобное же исключительное психическое состояние, обусловленное сильным душевным волнением, часто встречается у женщин, рожающих вне брака, когда стыд, заботы о будущем, горе о покинутости любимым человеком, презрительное обращение родных и посторонних лиц, материальная нужда и отчаяние вызывают в сознании такую борьбу мыслей, с которой не всякая женщина бывает в силах совладать при помощи своих нравственных воззрений и которая поэтому столь часто разрешается трагическим исходом – в совершении детоубийства несчастной матерью. Обсуждение различных случаев физиологического аффекта, будучи по преимуществу психологическим, производится судом большей частью без помощи врачебной экспертизы. К тому же некоторые из этих случаев предвидятся законодательством в особой его части и особенно квалифицируются им.

Но при этом судья всегда должен обращать внимание и на антропологическую сторону обвиняемой личности, принимая в расчет ее врожденные или приобретенные аномалии характера (эксцентричность, чрезмерную раздражительность чувства, умственную ограниченность, доходящую до слабоумия).

Наконец, суд всегда должен иметь в виду, что, кроме тяжкого наследственного предрасположения, эксцентричности, слабоумия и других психопатических моментов, обуславливающих чрезмерно легкое наступление аффектов, склонность к быстрому появлению сильных душевных волнений служит иногда одним из симптомов начинающейся душевной болезни. Так как действительно помешательство в большинстве случаев начинается расстройствами в сфере чувства (изменениями в настроении духа и, по-видимому, беспричинными, а в сущности – органически обусловленными, болезненно сильными душевными волнениями), то всякий раз, когда возникает вопрос о совершении деяния в аффекте, требуется величайшая осторожность, чтобы не просмотреть начинающегося душевного расстройства. Как всюду в биологической области, так и здесь существуют крайне постепенные переходы от физиологического состояния к патологическому.

<...>

Я. А. Боткин

Преступный аффект как условие невменяемости²

<...>

В проявлении преступного аффекта наблюдаются три периода: *период подготовительный, период взрыва аффекта, или период умоисступления, и, наконец, период истощения*, психологические элементы которого уже определены.

Подготовительный период бывает хотя и различной продолжительности, но без него все-таки трудно даже и представить себе преступный аффект. Даже публичное оскорбление на словах или действием, бывающее иногда ближайшей причиной взрыва аффекта, и то трудно предположить без подготовительного периода. В самом деле: оскорбление ребенком, или заведомо сумасшедшим, или совершенно незнакомым лицом, или прижатие мозоли, – едва ли могут служить сами по себе причиной аффекта у нормально развитого человека. Все это может причинить физическую боль или вызвать в первое время удивление, но не преступный аффект. Преступный аффект может вызвать только тот человек, к которому данное лицо питало уже некоторое время ненависть и злобу. И мы видели, что подготовительный период состоял именно в нарастании чувства злобы и ненависти или правильнее сказать: в нарастании чувства раздражения. Мы видели, что это чувство вызывалось не внешними впечатлениями, но всегда и везде сложными представлениями, касающимися самых дорогих интересов личности. И это характерно для всякого аффекта, и должно помнить, что *аффект* — не физическое чувство, но всегда – *психическое чувство, т. е. такое чувство, которое порождается только представлениями*.

Мы видели далее, что, появившись в сознании, сильное чувство прежде всего прерывает естественный ход представлений и превращает произвольное течение представлений в непроизвольное. Это вторая особенность аффекта, и крайне важная. Мы видели, что сильное чувство, вторгнувшись в сознание человека, лишает его способности вызывать представления и управлять ими по своему произволу. Представления приобретают характер насильственных представлений, т. е. таких, которые появляются в сознании помимо воли, остаются в нем долго и отличаются поэтому своею необычною яркостью, усиливают неприятное чувство, во-первых, тем, что они гармонируют с ним, во-вторых, тем, что тормозят течение произвольных представлений, в-третьих, тем, что не могут быть удалены из сознания произвольно. Таким образом развивается особый заколдованный круг, действующий губительно на душевную деятельность: представления порождают чувство, оно, в свою очередь, порождает представления, которые, в свою очередь, опять вызывают чувства, гармонирующие с основным и его усиливающие.

Выражая такое течение представлений психологическими терминами, мы должны допустить, что непроизвольное течение представлений предполагает паралич или же значительное ослабление активного внимания, т. е. той внутренней силы, при посредстве которой человек вызывает в сознании нужные ему представления и управляет ими и которую он ощущает в форме внутреннего напряжения. Можно сказать, что активное внимание есть та внутренняя воля, при посредстве которой совершаются все умственные операции человека: суждения, умозаключения и акт выбора действий. Различают два сорта внимания: активное и пассивное внимание. Кто смотрит на игру артиста в театре, тот – пассивный зритель, но когда тот же зритель дома воспроизводит эту игру в своей памяти, тогда его внимание делается активным. И мы видели, что Позднышев под влиянием сильного чувства был пассивным зрителем раздражающих его картин, но когда он начинал себя «образумливать», то внимание его становилось

² Боткин Я.А. Преступный аффект как условие невменяемости. Вступительная лекция в курсе судебной психопатологии. – М., 1893.

активным, и мы знаем, что в это время он усиливался вызвать в своем сознании представления, противоположные тем, которые его раздражали. Он вносил противоречия в свое сознание, и это колебание в противоречиях составляет характерную особенность подготовительного периода аффекта. Этот внутренний разлад, хотя и мучительное чувство, но в то же время и спасительное состояние: оно удерживает человека от преступных действий.

Внутренний разлад исчезает, как скоро аффект переходит в умоисступление. Созревшее и вскормленное яростными представлениями сильнейшее чувство родит яркие как молния двигательные представления о поступке, заполняющие собой всецело все сознание и которые тотчас же проецируются наружу разрушительными мышечными движениями.

Отсюда очевидно, что взрыв аффекта, или умоисступление, есть рефлекторный акт, совершающийся роковым образом, как и всякий другой рефлекс. Очевидно, что сильнейшее раздражение переходит тут прямо в двигательный акт без всяких задержек. И откуда взяться задержкам, когда сознание заполнено одним или несколькими однородными необыкновенно яркими двигательными представлениями – оттененными сверх того сильнейшим чувством.

Каждому образованному человеку хорошо известно, что эти задержки составляют также представления, но двигающиеся, так сказать, навстречу первым представлениям и мешающие им прорваться наружу.

Каждому по внутреннему опыту хорошо известно, что волевой акт выбора, которым определяются наши поступки, – заключается в сопоставлении *разнородных* представлений, но когда они *однородны* или когда сознание выполнено одним представлением, – тогда выбора быть не может.

Выяснив все отдельные элементы, слагающие аффект, можно вывести следующее его определение. *Преступный аффект составляет такое сильное психическое чувство, которое, прерывая обычное течение представлений, превращает его в произвольное течение однородных представлений, с характером насильственности, гармонирующих с господствующим чувством, вследствие чего уничтожается как свобода выбора, так и всякая произвольная умственная деятельность. Неизбежно, роковым образом выражаясь внешними бурными движениями, преступный аффект сопровождается временным большим или меньшим истощением психических и физических сил. Сверх того должно помнить, что третий период аффекта, период истощения, составляет главный диагностический критерий преступного аффекта.*

В этом определении не говорится ничего о помрачении сознания и беспомощности, свойственном будто бы преступному аффекту. Но мы видели, что этот элемент не характерен для периода умоисступления, периода, когда именно и совершается преступление. Он более постоянен в последующем периоде. Но тут-то и говорится, что он состоит в большем или меньшем истощении физических и психических сил, а такое определение без сомнения содержит в себе понятие и о помрачении сознания и памяти.

Но юристу важно знать не то, что было после преступления, но то, что было в момент совершения преступления. Вот тут-то и оказывается, что в умоисступлении поступки могут сознаваться с необычайной яркостью, но весь секрет заключается в том, что в умоисступлении человек теряет способность руководить своими поступками. Это и указано в предлагаемом определении и указано даже, почему человек не может в этом периоде руководить своими поступками. Там ясно сказано, что ни выбирать, ни обсуждать свои поступки человек не может потому, что его сознание бывает наполнено тогда, во-первых, однородными представлениями, во-вторых, эти представления – насильственны, в-третьих, течение этих представлений не произвольно и, в-четвертых, все они гармонируют с основным сильным психическим чувством.

Как диагностировать преступный аффект? Для этого в предлагаемом определении указывается на период истощения, как на диагностический критерий преступного аффекта. Раз наблюдается такой период, мы вправе заключать, что сила чувства была непомерная и что оно превратило произвольную психическую деятельность в произвольную. Распознавание этого

периода едва ли встретит затруднение ввиду характерных субъективных и объективных признаков психического и физического истощения, симулировать которые не легко.

Само собой разумеется, что для большей полноты диагностики надо поставить себе за правило изучать не только период истощения, но и другие два, – а также обстоятельства дела и личные особенности преступника.

Приведенное определение, указывая, что сильное психическое чувство дает тон кардинальным явлениям аффекта, тем самым указывает на важное значение индивидуальности в развитии аффекта. Всем известно, что сила психического чувства при прочих равных условиях находится в прямой зависимости от личных свойств человека. Чем он раздражительнее, тем скорее возможен аффект. Иногда эта усиленная раздражительность есть явление врожденное, иногда это результат дикости, невоспитанности, несчастно сложившейся жизни, результат разврата и пьянства. Нередко особенная раздражительность присоединяется к болезням сердца, к чахотке, к общему малокровию.

Еще чаще она зависит от болезней нервной системы. Недаром часто называют нервность и раздражительность как синонимы. И эта нервность свойственна как неврозам, так и органическим болезням нервной системы. В особенности дурной славой в этом отношении пользуются: бывшее сотрясение мозга, которое часто изменяет характер человека до неузнаваемости, потом общие неврозы – пляска Св. Витта, истерия, эпилепсия.

Не подлежит также сомнению, что и настроение, т. е. сумма господствующих ощущений, оказывает огромное влияние на развитие аффекта. Мрачное и печальное настроение предрасполагает к аффекту.

Смотря по тому, развивается ли аффект у человека совершенно здорового или же он является у человека с инвалидной нервной системой, с болезненной раздражительностью, *аффекты* разделяют на *физиологические* и *патологические*. Некоторые полагают, что патологические аффекты, т. е. развившиеся на патологической почве, всегда составляют условие невменяемости, но я думаю, что такого общего правила не следует делать, а вернее будет относиться к каждому случаю конкретно и измерять аффект не тем, на какой почве он развился, а тем, насколько человек мог или не мог управлять своими поступками в известное время и какой силы был аффект, что определяется, как нам уже известно, стадией истощения.

Наш закон об аффекте нигде прямо не говорит, но есть 3-й п. 92 ст. Ул. о Н.³, гласящий, что содеянное «не вменяется в вину по безумию, сумасшествию и припадкам болезни, приводящим в умоисступление или совершенное беспамятство».

После всего сказанного о патологическом аффекте становится очевидным, что он подходит под эту статью. Несомненно, что патологическая раздражительность эпилептика, как частный симптом (припадок) эпилепсии, может достигнуть в некоторых случаях степени умоисступления. То же можно сказать и о многих других болезнях, где раздражительность составляет симптом (припадок) болезни. Но физиологический аффект не предусмотрен нашим законодательством. С точки зрения нашего законодательства его можно только отнести к обстоятельствам, уменьшающим вину и наказание; именно к 5-му п. 134 ст. Ул. о Н., где к этим обстоятельствам отнесено *сильное раздражение*. Само собой разумеется, что с научной точки зрения преступный аффект, будь он физиологический или патологический, должен составлять условие невменяемости, если доказано, что человек, находившийся в состоянии такого аффекта, не мог руководить своими поступками.

³ Свод законов уголовных. Часть первая. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных, издание 1885 года (СПб., 1885).

В. Ф. Чиж

Аффект⁴

Аффекты имеют громадное значение в судебно-медицинском отношении; этого мало, нельзя понимать преступлений, а тем более преступника, не зная физиологии и психологии аффектов, так как большинство преступлений, бесспорно, совершаются в состоянии аффекта. Только закоренелые преступники совершенно спокойно совершают преступления.

Аффект – это нарушение правильного течения представления; это нарушение производится тем, что в сознание вторгается представление, сочетанное с сильным чувством. Самое обыкновенное нарушение правильности течения представлений состоит в том, что происходит задержка в течении представлений; такое нарушение производит не представление само по себе, а сочетанное с ним сильное чувство; поэтому не представления, а чувствования вызывают аффекты. Все аффекты имеют между собою общее то, что, в начале их, все сознание завладевается одним представлением и сочетанным с ним чувствованием; все остальные вытесняются из сознания. Так начинаются все аффекты – горе, гнев, радость, изумление и т. п., все они вызываются представлением и сочетанным с ним сильным чувствованием, которое и завладевает, более или менее всецело, сознанием.

В дальнейшем течении, при одних аффектах, например, гневе, внезапная задержка сменяется крайне быстрой сменой представлений, родственных с вызвавшим аффект; представления эти иногда меняются с такою быстротою, что не успевают достигнуть полной ясности; при других, напротив, одно или несколько родственных представлений надолго завладевают сознанием, которое постоянно возвращается опять к этим представлениям. Типом аффектов первой категории могут служить аффекты радости и аффекты гнева; типом второй – аффекты горя.

Аффекты могут вызываться только представлениями, сочетанными с сильными чувствованиями, т. е. представлениями, имеющими непосредственное отношение к нашему существу, – к тому, что для нас всего дороже. Чем более имеет значения в этом смысле представление, тем более силен аффект, так, например, сильнейшие аффекты – это аффекты страха, потому что они обусловлены представлениями о потере того, что для нас дороже всего – о потере жизни. Нарушение правильности течения представлений – душевное движение – может быть так сильно, что воля наша оказывается недостаточной для того, чтобы овладеть этою сменой представлений, которые, так сказать, помимо нас, завладевают сознанием; наконец, когда эти возникающие, помимо нашей воли, представления сменяются с крайней быстротою, сознание не успевает сочетать их между собой – появляется потемнение сознания. Наконец, или в силу крайней интенсивности чувствований и значения представлений, или по слабости воли сознание окончательно не может овладеть вторгнувшимися в него представлениями, – происходит более или менее полное помрачение сознания; самый нормальный человек под влиянием внезапного испуга впадает в такой сильный аффект страха, что память едва сохраняет пережитое.

Итак, при аффектах происходит нарушение обычного для данного лица течения представлений; в сознание его вторгаются представления и чувствования помимо воли субъекта; воля более или менее бессильна овладеть течением этих чуждых, наполнивших сознание, представлений; мы не в силах подавить сильный аффект, придать представлениям желаемое течение, не в силах вызвать новые, чуждые завладевшим нами представлениям; одним словом, под влиянием аффекта человек становится более или менее другим, чем был только что перед аффектом.

⁴ Фрагмент книги: *Чиж В.Ф.* Лекции по судебной психопатологии. СПб., 1890.

Аффекты выражаются более или менее значительными изменениями во всем организме; при одних наступает повышенное мышечное напряжение, при других – ослабление этого напряжения; первые Кант назвал стеническими, вторые астеническими. Последние характеризуются расслаблением всей мышечной системы; пораженный таким аффектом остается без движения, или по крайней мере движения вялы, не энергичны; таковы аффекты ужаса, печали и т. п. Радостные аффекты могут служить типом стенических аффектов; аффекты гнева – самые важные в судебно-психиатрическом отношении – вначале имеют астенический характер; гнев как бы парализует человека, по крайней мере так бывает в большинстве случаев; затем аффект становится стеническим – человек развивает бурные, сильные движения; мы знаем, что под влиянием гнева даже физически слабые люди проявляют большую силу, чему потом сами удивляются.

Кроме действия на произвольные мышцы, аффекты влияют на кровообращение, дыхание и на отделительные органы. Под влиянием аффектов стенических – сердцебиение учащается, сосуды, особенно лица, переполняются кровью, дыхание учащается. При астенических аффектах – сердцебиение и дыхание замедляются, тело покрывается холодным потом; под влиянием испуга, как известно, у людей нервных, робких происходит непроизвольное отделение мочи и кала. Для нас имеет особое значение, что эти изменения кровообращения и дыхания могут вести к более или менее продолжительной потере сознания и даже к мгновенной смерти. Изучение аффектов как нельзя более уясняет нам постоянную гармонию между психическими процессами и процессами организма, что служит нам лучшим подтверждением того, что как процессы духа, так и процессы органические – результат одной причины, различные выражения одного принципа.

Чем сильнее аффект, чем наплыв представлений более осиливает сознание, чем слабее воля, – тем сильнее и изменения в мышечной системе, дыхания и кровообращения. Сознание помрачается и наконец совершенно исчезает как потому, что воля подавляется нахлынувшим вихрем новых образов и сильных чувствований – сильная боль может вести к потере сознания, – так и вследствие изменений кровообращения и дыхания. Сознание возможно только при известной правильной смене представлений; когда же эта правильность прекращается, внутренняя наша сила истощается в борьбе с нахлынувшими представлениями и чувствованиями; сознание по мере того, насколько это нарушение сильно – помрачается или окончательно потухает.

Очевидно, что крайне трудно провести черту, разделяющую нормальные аффекты от патологических, ненормальных; всякий аффект изменяет человека, становится единственным мотивом его поступков до тех пор пока воля не овладеет течением представлений, до тех пор, пока человек не овладеет собою. Единственным резким признаком для различения аффектов мы имеем состояние сознания – когда сознание сохранено, мы считаем аффект *физиологическим*, когда оно потеряно – *патологическим*. Строго говоря, едва ли есть человек, гарантированный от патологических аффектов; внезапный испуг почти у всех вызывает сильнейший аффект с потерей сознания. Но в судебно-психиатрическом отношении почти исключительно имеют значение аффекты: гнева, злобы, так как сопровождаются бурными движениями агрессивного характера – побоями, нанесением ран и т. п.

Утверждение обвиняемого, что он не помнит, что он делал, что у него сознание было утрачено, конечно, не может само по себе иметь какого-либо значения. Подтверждением такого показания могут быть лишь изменения кровообращения и дыхания, сопровождавшие аффект, явно бессмысленные действия, совершенные во время аффекта; нередко наблюдательные и добросовестные свидетели могут нам сообщить достоверные сведения о всей картине аффекта. Судить о том, был ли аффект физиологическим или патологическим, мы можем, только зная причину аффекта и организацию человека, у которого был вызван аффект. Например, если человеку с высокоразвитым понятием о чести, привыкшему к вежливому и почти-

тельному отношению окружающих, публично и неожиданно нанесено оскорбление действием, то, по всей вероятности, аффект достигнет такой силы, что сознание потухнет: оскорбленный или упадет в обморок, или совершит ряд действий, совершенно ему несвойственных, – ударит или нанесет раны обидчику. Но важнее всего, конечно, организация субъекта, степень его отзывчивости, его нравственность.

Я. М. Калашник

Патологический аффект⁵

К кругу аффектогенных расстройств относится также и физиологический аффект.

Аффективные движения этого рода – нередкое явление, и они могут развиваться у каждого в обстановке угрозы, нападения, ревности и т. п. Отличительной особенностью физиологического аффекта является отсутствие характерного для патологического аффекта нарушения сознания. Кроме того, фаза взрыва при физиологическом аффекте протекает обычно с меньшим последующим нарушением воспоминаний, а в фазе спада на передний план выступает не столько истощение, сколько субъективное чувство облегчения и раскаяния. Обычно физиологический аффект является ответной реакцией на сильный эмоциональный раздражитель.

По вопросу о вменяемости при физиологическом аффекте существует общепринятое мнение, согласно которому, как правило, наличие этого состояния ответственности не снимает. Однако в некоторых случаях это состояние все же должно приниматься в расчет, так как поступки человека, совершенные под влиянием даже такого физиологического аффекта, могут быть не вполне обдуманы, самообладание в значительной степени бывает расстроено. Осипов по этому поводу говорит: «Так как способность самообладания и управления своими поступками у человека, переживающего физиологический аффект, понижается, то с юридической точки зрения представляется правильным признавать физиологический аффект обстоятельством, уменьшающим или смягчающим ответственность за проступки, совершаемые под его влиянием». Такие состояния расцениваются как состояния запальчивости, повышенного волнения. В нашем законодательстве (по РСФСР) они предусмотрены в п. «д» ст. 48, ст. 138 и ст. 144 Уголовного кодекса.

В п. «д» ст. 48 Уголовного кодекса РСФСР имеются указания на то, что если преступление совершено под влиянием сильного душевного волнения, то это признается смягчающим обстоятельством при определении меры наказания. Ст. 138 гласит, что умышленное убийство, совершенное в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения, вызванного насилием или тяжелым оскорблением со стороны потерпевшего, влечет за собой лишение свободы на срок до пяти лет или исправительно-трудовые работы на срок до одного года, в то время как умышленное убийство, совершенное из корысти, ревности и других низменных побуждений (ст. 136), влечет за собой лишение свободы на срок до десяти лет.

В том же духе составлена и ст. 144 Уголовного кодекса РСФСР, где сказано, что умышленное легкое телесное повреждение, не опасное для жизни, но причинившее расстройство здоровья, нанесенное под влиянием внезапно возникшего сильного душевного волнения, вызванного насилием над личностью или тяжелым оскорблением со стороны потерпевшего, влечет за собой исправительно-трудовые работы на срок до шести месяцев или штраф до 300 рублей, в то время как аналогичное телесное повреждение, нанесенное не под влиянием внезапно возникшего сильного душевного волнения, влечет за собой лишение свободы или исправительно-трудовые работы на срок до одного года (ч. 1 ст. 143).

Следует остановиться еще на так называемом физиологическом аффекте на патологической почве.

Сербский, давая описание патологического аффекта, говорит, что, помимо патологического аффекта, у лиц предрасположенных, с малоустойчивой нервной системой, у очень впечатлительных, нервных вообще легко возникают аффекты, сила которых не стоит в соответствии с вызвавшей их причиной. Иногда эти аффекты по своей степени не выходят из

⁵ Калашник Я.М. Патологический аффект // Проблемы судебной психиатрии: Сборник № 3. – М., 1941.

физиологических пределов, но зато проявляются чрезвычайно часто, при самых незначительных поводах. Нередко, однако, они достигают значительной интенсивности, причем точно так же могут вести к разного рода преступлениям. Это – физиологические аффекты на патологической почве.

Быть может, потому, что наиболее обстоятельное описание физиологического аффекта на патологической почве было дано Сербским, ему некоторое время приписывалось авторство этого понятия. Однако сам Сербский на II съезде психиатров в 1905 г. заявил, что ему неверно приписывают термин «физиологический аффект на патологической почве»: «Он принадлежит не мне, а покойному д-ру Кандинскому». Кстати, следует отметить, что у Кандинского в его работах по этому вопросу имеются очень скудные указания, термина такого вовсе нет и лишь в одном месте имеется указание на то, что патологическая почва предрасполагает к аффектам вообще и не исключает возможности аффекта физиологического.

Каких-либо критических статей по поводу понятия физиологического аффекта на патологической почве в литературе нет. Только на II съезде психиатров вокруг этого понятия развернулась довольно оживленная дискуссия по докладу Иванова. Ряд психиатров выступил с возражениями против выделения этого вида аффекта как самостоятельной формы. Наиболее решительное возражение было сделано Бехтеревым. «Я не согласен, – говорил Бехтерев, – с введением понятия физиологического аффекта на патологической почве, по крайней мере поскольку дело идет об аффектах у душевнобольных. Мы можем довольствоваться обособлением и у душевнобольных патологического аффекта и нормального аффекта, который вполне возможен и у душевнобольных». Сербскому потребовалось второе выступление, в котором он сделал пространное разъяснение того, как он понимает физиологический аффект на патологической почве. «То, что д-р Кандинский и я понимаем под именем «физиологический аффект на патологической почве», – сказал он, – совершенно не соответствует тому, что под этим названием подразумевает академик Бехтерев. Он говорит об аффекте у душевнобольных, мы же – об аффекте у лиц, стоящих на границе между здоровыми и больными, только представляющих патологическую почву. Речь идет не об аффекте у паралитика, параноика и пр. – здесь он вполне поглощается основной болезнью, – а об аффекте у истеричных, алкоголиков, тяжелых дегенератов и пр. Эти лица и в обычном своем состоянии возбуждают сомнение, могут ли они руководить своими поступками; когда же к этому присоединяется аффект, то это ведет к тому, что они часто утрачивают и последний остаток самообладания; к этому надо прибавить, что и самый характер аффекта нередко представляет особенности в виде, например, иллюзорного восприятия окружающего. Поэтому подобные аффекты хотя и не сопровождаются бессознательным состоянием и амнезией, тем не менее приближаются к аффекту патологическому и во многих случаях должны вести к освобождению от ответственности».

Взгляды Сербского по этому вопросу в его выступлении доведены до предельной ясности, и суть их сводится к тому, что хотя при физиологическом аффекте на патологической почве и нет основного нарушения – расстройства сознания, все же он во многих случаях снимает ответственность за совершенные проступки, поскольку их совершили лица, стоящие на границе между здоровьем и болезнью и имеющие патологически предрасположенную почву.

Такой взгляд ведет по пути расширения границ понятия невменяемости. В этих случаях речь идет как раз о той категории лиц, которая хотя и обнаруживает некоторые отклонения в психическом здоровье, но не настолько выраженные, чтобы их можно было признавать по общему состоянию психики невменяемыми. Стало быть, ни личностные особенности, ни аффект, протекающий в пределах физиологического, не дают основания в подобных случаях говорить о невменяемости. Оценка аффекта должна стоять в зависимости не от того, у кого он возник, а от того, насколько резко выражена картина аффекта, имеется ли нарушение сознания, амнезия, истощение и т. п. При таком подходе могут быть только две возможности:

аффект может быть признан либо патологическим, либо физиологическим, а отсюда вытекает и решение вопроса о вменяемости.

С нашей точки зрения, совершенно нет никакой надобности выделять этот третий вид аффекта, вносящий много путаницы в понятие аффектогенных расстройств. Самый термин «физиологический аффект на патологической почве» следует считать неудачным.

Институт судебной психиатрии им. Сербского в своей практической экспертной работе к такому выводу пришел уже давно. За последние пять лет не было ни одного случая, где был бы поставлен диагноз физиологического аффекта на патологической почве.

Все вышеизложенное можно резюмировать в следующих положениях.

Практика Института им. Сербского показывает, что диагноз патологического аффекта из относительно часто встречавшегося в прошлом за последнее время стал исключительно редким явлением. Это уменьшение случаев диагностирования патологического аффекта объясняется не столько иным составом испытуемых, направляемых на экспертизу, сколько изменением судебно-психиатрических взглядов в отношении оценки различных аффективных реакций, которые иногда без достаточных оснований рассматривались как патологический аффект.

В большой частоте диагноза патологического аффекта в прошлые годы сыграл роль неправильный подход к оценке отдельных симптомов, наблюдаемых у некоторых лиц, относящихся к психопатам, травматикам, истерикам. Присущая им склонность давать бурные реакции, по сути не имеющие отношения к подлинной патологии, расценивалась как проявление патологического аффекта. Такой расширенный подход к патологическому аффекту соответствовал взглядам того времени, по которым большинство психопатов признавались невменяемыми или уменьшение вменяемости. Относительная частота в те годы диагноза патологического аффекта объясняется еще и тем, что к этому состоянию относились случаи, где речь могла идти о сумеречном состоянии не аффектогенной природы (сумеречные предприпадочные состояния у эпилептиков, патологическое опьянение и т. п.). Для патологического аффекта характерно не только наличие аффекта как первичной причины возникновения этого состояния, но и своеобразие самого состояния и его течения во времени по определенным фазам: подготовка, взрыв и заключительная фаза. Каждой из этих фаз присущи свои особенности, играющие диагностическую роль.

Если фаза подготовки протекает обычно при полном сознании, хотя и при концентрации всех представлений на аффектогенном моменте, то для фазы взрыва наиболее характерной чертой является нарушение сознания, нарушение поведения, агрессивные, подчас жестокие действия, направленные большей частью по адресу оскорбителя, соперника и т. п.

Нарушение сознания, возникшее после совершения преступления, как это бывает у травматиков и истериков, является лишь реакцией на преступление и в большинстве случаев говорит против патологического аффекта. Жестокость, сопровождавшая агрессивный акт, может быть не только следствием нарушения сознания, но и проявлением грубости нравов, фанатизма и некоторого озверения, наступающего иногда у убийц в период совершения преступления. При оценке этого симптома особенно следует учитывать личностные особенности испытуемого и то, насколько чуждо было данное поведение складу этой личности. Для патологического аффекта характерно отсутствие заранее продуманного плана и использование в качестве орудий случайно подвернувшихся предметов.

При оценке заключительной фазы особую диагностическую роль играет наличие истощения, которое сопровождается в одних случаях сном, в других – общей расслабленностью, вялостью и безразличием. По выходе из этого состояния в случаях патологического аффекта у испытуемых появляется реакция на совершенное в виде удивления, сожаления, раскаяния, иногда появляются и реактивные наслоения. При оценке состояния истощения нужно учитывать также индивидуальную выносливость и причины, повлекшие за собой истощение. Могут быть случаи, когда последующий сон наступил в результате опьянения и перенапряжения

физических сил во время преступления, которое было совершено не в патологическом состоянии и без нарушения сознания.

Наиболее часто привлекаемая для доказательства патологического аффекта амнезия может иметь значение лишь наряду с другими симптомами. Сама по себе амнезия – симптом, ненадежный из-за легкости ее симуляции и трудности проверки истинности заявлений об амнезии.

Патологический аффект может развиваться не только на патологической почве – у органиков, психопатов, но и у здоровых под влиянием временно истощающих факторов.

Вопрос о вменяемости при патологическом аффекте разрешается относительно просто. Состояние это должно рассматриваться как временное расстройство душевной деятельности, подпадающее под действие ст. 11 Уголовного кодекса РСФСР и соответствующих статей уголовных кодексов других союзных республик, которые исключают ответственность за поступки, совершенные в этом состоянии.

Физиологический аффект протекает при относительно сохранном сознании, амнезия при нем отсутствует, поступки проявляются в форме, адекватной характеру сильного раздражения, с последующим субъективным чувством облегчения. Физиологический аффект – это состояние, не исключающее вменяемости. Однако в некоторых случаях по сравнению с обычными правонарушениями этого рода оно дает основания для иной юридической оценки, предусмотренной соответствующими статьями Уголовного кодекса РСФСР (п. «д» ст. 48, ст. ст. 138 и 144). Этим понятием (физиологический аффект) не следует, однако, широко пользоваться. Большой осторожности в оценке такого рода состояний требуют случаи, когда аффект возникает часто и связан с привычным расторможением, не вызванным каким-либо болезненным процессом.

Выделенное в свое время Кандинским и горячо защищавшееся Сербским понятие физиологического аффекта на патологической почве должно быть исключено из судебно-психиатрической практики как малооправдываемое и запутывающее вопрос о вменяемости при патологическом аффекте. При оценке аффекта следует принимать в расчет выраженность его симптомов, а не почву, на которой аффект развивался. Патологическая почва облегчает возникновение патологического аффекта. Но если этот аффект по своим особенностям не вышел за пределы физиологического, то он продолжает оставаться таковым, хотя и возник на патологической почве. Наше отношение к такому аффекту при практическом решении вопроса о вменяемости не может отличаться от отношения к обычному физиологическому аффекту.

Т.П. Печерникова, В.В. Гульдан, В.В. Остришко Особенности экспертной оценки аффективных реакций в момент совершения правонарушения у психически здоровых и психопатических личностей⁶

В судебно-психиатрической практике в последние годы все чаще возникает необходимость экспертной оценки эмоционального состояния субъекта в момент правонарушения. Поводами для назначения экспертизы служат, как правило, особенности поведения обвиняемого при совершении противоправных действий: взрывной характер поступков, появление несвойственных ранее форм поведения, жестокость и тяжесть содеянного, а также наличие данных о сложившейся перед совершением правонарушения конфликтной ситуации. Целью экспертизы является установление у обвиняемого наличия или отсутствия временного болезненного расстройства психической деятельности, физиологического аффекта или других эмоциональных состояний в момент правонарушения.

Сложность экспертной оценки аффективных реакций и связанная с ней частота расхождений экспертных решений обусловлена рядом причин и прежде всего возможностью разнообразных сочетаний в аффективном деликте «нормально-психологических» и «патологических» механизмов. Аффективная реакция в момент правонарушения может возникнуть у здорового человека и у лиц с различными нарушениями психики, у тех и других может достигать значительной интенсивности, сохраняя при этом свойства нормальной психологической реакции («физиологический аффект»), или приобрести форму болезненного психотического состояния («патологический аффект»).

<...>

Опыт проведения экспертиз аффективных деликтов показал, что в подавляющем большинстве случаев экспертам приходится сталкиваться с вопросами, пограничными между психологией и психиатрией, необходимостью применения и совмещения знаний, относящихся к областям обеих научных дисциплин. На практике это привело к развитию комплексной психолого-психиатрической экспертизы, в процессе проведения которой на всех ее этапах применяются специальные знания, относящиеся к психологии и психиатрии.

Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза существенно расширяет пределы компетенции экспертизы аффективных состояний, включая в нее не только диагностику болезненных расстройств психической деятельности и их отграничение от сходных неболезненных состояний, но и определение характера и глубины нормальных психологических реакций, в частности, выраженности эмоционального возбуждения, возникшего в момент правонарушения.

<...>

Аффективные реакции у психически здоровых и психопатических личностей, при достаточной их интенсивности, характеризуются остротой и яркостью выражения, кратковременностью и трехфазностью течения: подготовки, взрыва, истощения.

Первая фаза (подготовительная) – включает в себя личностную переработку психогении, возникновение и нарастание аффективного напряжения. Острая психогения может сокращать эту фазу до нескольких секунд, резко ускоряя возникновение аффекта. Длительная психотравмирующая ситуация пролонгирует нарастание аффективного напряжения, на фоне которого психогенный повод по механизму «последней капли» может вызвать наступление острой

⁶ Печерникова Т.П., Гульдан В.В., Остришко В.В. Особенности экспертной оценки аффективных реакций в момент совершения правонарушения у психически здоровых и психопатических личностей: Методические рекомендации. – М., 1983.

аффективной реакции. Первая фаза является неспецифичной, общей как для физиологического, так и патологического аффекта. Однако именно в ней наблюдаются существенные различия в причинах возникновения, механизмах нарастания аффективного напряжения, особенностях личностной переработки психогении у психопатических личностей и психически здоровых лиц.

<...>

Аффективные реакции у психопатических личностей, как и у здоровых лиц, возникают в ответ на острые и на протрагированные психогении, обычно на фоне эмоционального напряжения, связанного с различными жизненными трудностями и реже – в остро возникшей конфликтной ситуации.

Возникновение аффективных реакций облегчается их повышенной эмоциональностью, склонностью к образованию в трудных ситуациях сензитивных, сверхценных образований, недостаточностью интеллектуального и волевого контроля над своими действиями, т. е. теми эмоционально-волевыми расстройствами, которые характеризуют всю группу психопатий.

Психогении, вызывающие аффективные реакции у психопатических личностей, можно разделить в отличие от психически здоровых лиц по их объективному содержанию на «реальные», «условные» и «смешанные». Содержанием «реальных» психотравм являются неправомерные и противоправные действия потерпевших, оскорбления, угрозы, насилие. В «условных» ситуациях действия потерпевших приобретают психотравмирующее, аффектогенное значение только в отношении психопатических личностей, затрагивая измененную личностной дисгармонией сферу мотивов, установок, притязаний. В «смешанных» ситуациях конфликтные отношения провоцируются самой психопатической личностью, а реакция окружающих на притязания психопатических личностей несет в себе вполне реальные психогенные моменты.

Для всех вариантов психопатий можно выделить три основных типа аффектогенных ситуаций. Они соответствуют трем уровням регуляции психической деятельности. Аффектогенными для психопатических личностей становятся ситуации: а) предъявляющие повышенные требования к возможностям нервной организации, к слабым звеньям высшей нервной деятельности, лежащей в основе того или иного типа психопатий; б) ущемляющие основную личностную позицию психопата, его эгоцентрические и эгоистические притязания; в) ситуации, в которых необходимы рациональная оценка событий и планирование своего поведения с учетом прошлого опыта и прогноза возможных последствий своих действий.

В то же время необходимо учитывать, что для каждой клинической формы психопатий эти ситуации имеют свои особенности. Для возбудимых и паранойяльных психопатов аффектогенными в первую очередь становятся ситуации, требующие уступить занятые позиции, свои привилегии (истинные или мнимые), поступиться своими правами или собственностью, ситуации, требующие спокойствия, ожидания, невмешательства, хладнокровия, а также покушающиеся на индивидуальные стереотипы поведения.

Для истерических психопатов специфическими аффектогенными ситуациями являются ограничение внешних контактов, необходимость находиться на вторых ролях, отсутствие возможности самовыражения в яркой, «престижной» форме; ситуации, снижающие самооценку, затрагивающие уровень притязаний.

Для тормозимых психопатов аффектогенными становятся ситуации, требующие решительности, самостоятельности, смелости, необходимости отстаивать свои позиции, ситуации нарушения или изменения привычного стереотипа деятельности, требующие длительного физического и нервного напряжения, ответственности, множественности контактов с окружающими, «рваного» ритма работы и быстрой перестройки еще не прочно усвоенного стереотипа деятельности.

При возникновении «условных» и «смешанных» ситуаций решающее значение имеют психопатические черты характера, особенности мотивации психопатических личностей. У воз-

будимых психопатов конфликтные отношения с окружающими провоцируются их повышенным уровнем притязаний, недооценкой своей роли в конфликте, приписыванием окружающим ведущей роли в создании конфликтной ситуации. Длительность конфликта, нарастание аффективного напряжения способствуют усилению психопатических форм реагирования с наличием элементов самовзвинчивания. Аффективный взрыв с агрессией и брутальностью становится привычной формой реагирования, являясь способом «разрешения» конфликта.

У истерических психопатов с их стремлением показать себя в лучшем свете, быть в центре внимания, добиться признания у окружающих конфликты возникают в целом из-за того, что эти притязания не находят отклика у окружающих. Намеренная аффектация используется как средство добиться цели, причем на первый план в ней выступают рисовка, демонстративность. При длительных конфликтных отношениях возникший аффективный взрыв сопровождается агрессией и брутальностью.

У психопатических личностей тормозимого круга с их склонностью к реакциям «отказа», уходу от субъективно тягостных ситуаций конфликты возникают, как правило, на реальной основе, однако психологическая переработка этих ситуаций тормозимыми психопатами осуществляется в соответствии с их характерологическими особенностями. По мере утяжеления ситуации чрезмерно гипертрофируется ее оценка, чему способствует неадекватность попыток ее разрешения. Аффективный взрыв, как правило, отражает крайнюю степень отчаяния.

Вторая и третья фазы острой аффективной реакции представляют собой собственно аффективный взрыв с интенсивным двигательным возбуждением, резкими изменениями психической деятельности, выраженными вегетососудистыми реакциями (II фаза) и следующим за ним спадом аффективного напряжения, с появлением физической расслабленности, астенических явлений (III, заключительная фаза аффекта).

У психически здоровых лиц и психопатических личностей острая аффективная реакция может носить неболезненный характер, достигая при этом степени физиологического аффекта, либо представлять собой кратковременное психотическое состояние в форме патологического аффекта. Если I фаза острой аффективной реакции является неспецифичной для физиологического и патологического аффектов, то в развитии этих состояний во II и III фазах имеются существенные различия.

Физиологический аффект, как не выходящее за пределы нормы эмоциональное состояние, представляет собой кратковременную реакцию взрывного характера, сопровождающуюся резкими, но не психотическими изменениями психической деятельности, в том числе и сознания, выраженными вегетативными и двигательными проявлениями. Определение «физиологический» было введено, чтобы подчеркнуть отличие нормального аффекта от патологического, показать, что его физиологическую основу составляют естественные нейродинамические процессы. В современной психологической литературе понятие «аффект» употребляется обычно без дополнительных определений.

Физиологический аффект – чрезвычайная для личности реакция, возникающая в ответ на исключительные обстоятельства. Для II фазы физиологического аффекта характерны: взрывной характер реакции с неожиданным для самого субъекта возникновением на фоне аффективного напряжения бурной эмоциональной вспышки («субъективная внезапность»), переживание ярости, гнева, обиды, резкий переход от I ко II фазе аффективной реакции с изменениями психической деятельности в виде фрагментарности восприятия, сужения и концентрации сознания на психотравмирующем объекте, наличие ярко выраженных внешних признаков эмоционального возбуждения (изменений внешнего вида, мимики, пантомимики, голоса), отражающих физиологические, биохимические сдвиги в организме; особенности аффективных действий с признаками стереотипии, импульсивности; резкое снижение интеллектуального и волевого контроля поведения с нарушением способности к прогнозу возможных последствий своих действий. Одним из важных признаков физиологического аффекта

является появление во II фазе аффективной реакции несвойственных субъекту ранее форм поведения, которое вступает при этом в противоречие с основными жизненными установками и ценностными ориентациями личности, ведущими мотивами деятельности, приобретая черты произвольности, ситуативности.

III фаза физиологического аффекта характеризуется очерченным постаффективным состоянием: снижением функционального уровня, вялостью, апатией, астеническими проявлениями, частичной аффектогенной амнезией своих действий, обстановки правонарушения.

В зависимости от индивидуальных особенностей личности и сложившихся обстоятельств, характера психогении в III фазе физиологического аффекта могут наблюдаться различные поведенческие реакции и варианты психического состояния.

При физиологическом аффекте, возникшем в ответ на острую психогению, сразу же после правонарушения возникает «раскаяние», часто сопровождающееся стремлением помочь жертве. Содеянное объясняется своим эмоциональным состоянием: «потерял голову», «был не в себе», «померкло в глазах» от гнева, ярости или обиды. Характерны поиск сочувствия и снисхождения, подробный в большинстве случаев рассказ о правонарушении, недоумение по поводу самой возможности совершения преступления, жалость к потерпевшим. Астенические явления в заключительной фазе аффективной реакции проявляются лишь в некоторой усталости, вегетососудистых реакциях.

При протрагированных психогениях непосредственно после аффективного взрыва, как правило, отсутствует раскаяние или жалость к потерпевшему, обнаруживается лишь сожаление о совершенном правонарушении с ожиданием и боязнью ответственности. Астенические явления в виде усталости, вазовегетативных реакций достаточно выражены. Возможная истероформная симптоматика (демонстративные угрозы и раскаяние, псевдосуицидальные попытки и т. д.) не обнаруживают какой-либо связи с характерологическими особенностями испытуемых и носят характер эпизодических, ситуационно обусловленных включений. Во время следствия и экспертизы появляется жалость к потерпевшим, понимание неадекватности своей реакции.

У психопатических личностей, независимо от типа психопатии, II фаза аффекта подчиняется в основном закономерностям течения острой аффективной реакции. Протекая с большой аффективной напряженностью, с сужением сознания, тяжелыми агрессивными действиями в отношении лиц, связанных с психотравмирующей ситуацией, или в отношении самого себя (самоповреждения, попытки самоубийства), с запечатыванием отдельных событий, эти реакции в целом имеют аффективно-взрывчатый характер. При этом для каждого типа психопатий имеются свои особенности: для психопатических личностей возбудимого круга типичен непосредственно взрывной характер реагирования, для тормозимых – кумулятивно-взрывной, для истерических – демонстративно-подчеркнутый, внешне преувеличенный аффективный разряд.

У психопатических личностей возбудимого круга II фаза аффективной реакции проявляется обычно в виде бурных, кратковременных аффективных вспышек, во время которых происходит интенсивная концентрация и проявление основных аномальных характерологических особенностей: возбудимости, взрывчатости, раздражительности, злобности, с сужением сознания на высоте аффективного возбуждения, совершением разрушительных агрессивных действий. В заключительной, III фазе аффекта наблюдаются слабость, разбитость, безразличие ко всему, в ряде случаев – «облегчение» в связи с разрядкой мучившего их напряжения. Может наблюдаться сохранение аффективной напряженности с готовностью к повторному аффективному разряду.

II фаза аффективной реакции у психопатических личностей тормозимого круга проявляется в виде бурной взрывной реакции, идущей вразрез с характерологическими особенностями личности. Агрессивные действия, как правило, носят тяжелый характер и обычно направлены

на лиц, являющихся источниками психогении. В ряде случаев такие реакции могут сопровождаться истерическими проявлениями: криками, рыданиями, самоповреждениями, демонстративными попытками самоубийства. Непосредственно после аффективной реакции эти лица впадают в отчаяние, жалеют пострадавших, у них появляются идеи самообвинения, нередко попытки самоубийства. Постаффективное состояние характеризуется вялостью, слабостью, астенизацией.

У психопатических личностей истерического круга с нарастанием аффективного возбуждения могут наблюдаться резкие усиления демонстративности, театральности, стремление обратить на себя внимание, «сознательное усиление» психопатических проявлений. Истерическое возбуждение характеризуется не столько выраженностью переживания ярости, гнева, сколько подчеркнутым усилением внешних проявлений этих чувств: мимики, воинственных поз, стремления к самовзвинчиванию. II фаза аффективной реакции характеризуется сужением сознания, брутальностью, агрессивными действиями с признаками автоматизмов, двигательных стереотипии, выраженными вегетососудистыми реакциями. В ряде случаев наблюдаются истерические припадки, физические симптомы с параличами, мутизмом. Постаффективное состояние характеризуется вялостью, слабостью в сочетании с демонстративным и защитным поведением.

<...>

При судебно-психиатрической оценке острых аффективных реакций у психопатических личностей их следует расценивать как состояния, не исключающие вменяемость, так как они обычно повторяются и не выходят в своих проявлениях за рамки обычных, привычных форм личностных реакций. У психопатических личностей возбудимого круга взрывы аффекта повторяются довольно однообразно в трудных ситуациях. При истерической психопатии аффективные разряды также могут быть привычной, сложившейся формой реагирования с целью разрешения сложных ситуаций.

При диагностике физиологического аффекта как у психически здоровых лиц, так и у психопатических личностей эксперты должны исходить из структуры и динамики аффективной реакции. Насильственные, направленные против личности действия, как правило, сопровождаются эмоциональным возбуждением. Но не всякое эмоциональное возбуждение достигает степени физиологического аффекта. Физиологический аффект имеет определенную динамику, отличающую его от других эмоциональных состояний (трехфазность), для него установлены признаки, характеризующие интенсивность эмоционального возбуждения. Необходимым условием развития физиологического аффекта является наличие остроконфликтной, внезапно возникшей или длительно существующей, реальной психотравмирующей ситуации, имеющей аффектогенное значение для субъекта. Аффективный взрыв, возникший в этих условиях, имеющий специфическую динамику физиологического аффекта, сопровождающийся резкими изменениями психической деятельности и свойственным физиологическому аффекту сужением сознания, может быть квалифицирован как физиологический аффект, если установлено, что его возникновение и течение определяются психологическими механизмами.

У возбудимых и истерических психопатов, у которых склонность к аффективному реагированию является отчасти «воспитанной», привычной формой личностных реакций в сложных ситуациях, выявление элементов самовзвинчивания и самопопустительства в I фазе аффективной реакции исключает диагностику физиологического аффекта.

У психопатических личностей тормозимого типа в условиях длительных психотравмирующих ситуаций также могут иметь место механизмы самовзвинчивания, однако у этих личностей аффективная реакция может принимать форму аффекта, чему нередко предшествует состояние психопатической декомпенсации.

Судебно-психологическая экспертиза аффективных деликтов может проводиться только после судебно-психиатрической экспертизы, вынесшей заключение о психическом здоровье подэкспертного и отсутствии патологического аффекта в момент правонарушения.

<...>

Судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза позволяет наиболее полно и всесторонне оценить аффективный деликт. В процессе совместного на всех этапах экспертизы психолого-психиатрического исследования компетенция психиатра распространяется на раскрытие и квалификацию аномальных, патологических особенностей личности подэкспертного, нозологическую диагностику, отграничение болезненных и неболезненных форм аффективной реакции. В пределах компетенции психолога находится определение структуры личностных особенностей подэкспертного, как не выходящих за пределы нормы, так и складывающихся в картину личностной дисгармонии, анализ сложившейся конфликтной ситуации, мотивов поведения ее участников, определения характера неболезненной эмоциональной реакции, степени ее интенсивности и влияния на поведение подэкспертного при совершении противоправных действий.

Часть II

Исследования аффекта в общей психологии

С. Л. Рубинштейн

Аффекты⁷

Аффект – это стремительно и бурно протекающий эмоциональный процесс взрывного характера, который может дать не подчиненную сознательному волевому контролю разрядку в действии. Именно аффекты по преимуществу связаны с шоками – потрясениями, выражающимися в дезорганизации деятельности. Дезорганизующая роль аффекта может отразиться на моторике, выразиться в дезорганизации моторного аспекта деятельности в силу того, что в аффективном состоянии в нее вклиниваются непроизвольные, органически детерминированные, реакции. «Выразительные» движения подменяют действие или, входя в него как часть, как компонент, дезорганизуют его. Эмоциональные процессы по отношению к предметным действиям нормально выполняют лишь «тонические» функции, определяя готовность к действию, его темпы и т. п. В аффекте эмоциональное возбуждение, получая непосредственный доступ к моторике, может дезорганизовать нормальные пути ее регулирования.

Аффективные процессы могут представлять собой дезорганизацию деятельности и в другом, более высоком плане, в плане не моторики, а собственно действия. Аффективное состояние выражается в заторможенности сознательной деятельности. В состоянии аффекта человек теряет голову. Поэтому в аффективном действии в той или иной мере может быть нарушен сознательный контроль в выборе действия. Действие в состоянии аффекта, т. е. аффективное действие, как бы вырывается у человека, а не вполне регулируется им. Поэтому аффект, «сильное душевное волнение» (говоря словами нашего кодекса), рассматривается как смягчающее вину обстоятельство.

<...>

Аффективные взрывы вызываются обычно конфликтом противоположно направленных тенденций, сверхтрудным торможением – задержкой какой-нибудь навязчивой тенденции или вообще сверхсильным эмоциональным возбуждением. Роль конфликта противоположно направленных тенденций или задержки какой-нибудь навязчивой тенденции в качестве механизма аффекта выявило на обширном и разнообразном экспериментальном материале посвященное аффектам исследование А.Р. Лурия. По данным этого исследования, конфликт вызывает тем более резкое аффективное состояние, чем ближе к моторной сфере он разыгрывается: здесь в аффективном состоянии нарушаются прежде всего высшие автоматизмы, утрачиваются обобщенные схемы действий. По мере того как конфликт переносится в интеллектуальную сферу, его патогенное влияние обычно ослабляется и аффект легче поддается преодолению.

Конфликтная, напряженная ситуация, в которой образуется аффект, определяет вместе с тем и стадию, в которой он может – и, значит, должен – быть преодолен. Если часто говорят, что человек в состоянии аффекта теряет голову и потому совершает безответственные поступки, то в известном смысле правильно обратное: человек потому теряет голову, что, отдавши себя во власть аффекта, предается безответственному действию – выключает мысль о последствиях того, что он делает, сосредоточивается лишь на том, что его к этому действию толкает; именно процесс напряженного бездумного действия без мысли о последствиях, но с острым переживанием порыва, который тебя подхватывает и несет, он-то именно дурманит и пьянит. Закон-

⁷ Фрагмент книги: Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – М., 1946.

ченно аффективный характер эмоциональная вспышка приобретает лишь тогда, когда прорывается в действие. Поэтому вопрос должен ставиться не так: преодолевайте – неизвестно каким образом – уже овладевший вами аффект, и вы не допустите безответственного аффективного поступка как внешнего выражения внутри уже в законченном виде оформившегося аффекта; а скорее так: не давайте зародившемуся аффекту прорваться в сферу действия, и вы преодолеете свой аффект, снимете с нарождающегося в вас эмоционального состояния его аффективный характер.

А.Н. Леонтьев

Эмоциональные явления. Аффекты⁸

Эмоциональные процессы, естественно, привлекают к себе особенно пристальное внимание не только психологов-профессионалов, но и психологов жизненных, так сказать, практических, вообще внимание людей. Функция, которую выполняют эмоциональные процессы, действительно является жизненно капитальной. Нельзя представить себе сколько-нибудь развитых форм жизни существ, лишенных эмоциональности, эмоциональных процессов, так же, как нельзя представить себе жизни существ, лишенных ощущений, чувствительности. Безэмоциональная жизнь, по сути, невозможна. Первоначально эмоциональные процессы и соответственно эмоциональные состояния не отделяются от познавательных процессов и соответственно от порождаемых этими процессами ощущений, образов, – словом, картины объективного мира. То и другое слито, и эта слитность, по-видимому, удерживается почти на всем протяжении биологической эволюции, а может быть, частью захватывает и первоначальные исторические этапы человеческого развития. Так или иначе, и на тех этапах развития, когда эмоциональные процессы явно выделяются, получают как бы свою собственную жизнь, они оказываются постоянно наличными, какие бы процессы познавательные или процессы практического действия мы ни подвергали исследованию. Только путем абстракции мы можем выделить предметное содержание действий, предметное содержание мысли, операции, логические процессы или процессы мнемические, всякие другие, отделить, освободить их от того сплава с эмоциональными процессами, в котором они реально существуют в онтогенезе.

Общение, творчество, просто познание, даже запоминание постоянно получают свое регулирование также и в форме возникающих эмоциональных процессов. Безэмоциональную регуляцию так же нельзя представить себе, как нельзя представить регуляцию деятельности без-мотивационную, то есть без потребности. Я опускаю изложение истории развития представлений об этом особом классе психических явлений, психических процессов, которые мы называем аффективными, эмоциональными процессами.

<...>

Я перелистываю блокнот, чтобы вернуться от известных вам теорий к некоторому сжатому изложению тех проблем, которые стоят в настоящее время перед учением об эмоциях как проблемы собственно психологические. Первый, и один из наиболее важных вопросов, есть вопрос о функции, иначе говоря, о месте этих процессов и состояний в деятельности человека, опосредствованной психическим отражением мира, в частности, опосредствованной и отчетливым сознаванием, сознанием. Трудность проблемы нахождения функций эмоциональных процессов приводила к тому, что давались самые общие гипотетические решения этого вопроса.

<...>

Для того чтобы преодолеть трудность перехода от очень общих решений к более частным, развитым решениям, по-видимому, нужно решить второй вопрос, который по отношению к первому основному вопросу о роли эмоций, об их функции, о месте, которое они занимают в жизнедеятельности человека, является, так сказать, предпосылкой.

Я имею в виду вопрос о некоторой классификации эмоциональных явлений и процессов.

Дело в том, что в ходе общественно-исторического развития человека эмоциональные процессы не только не проделывали, как это вытекает из старых дарвиновских представлений, пути свертывания, инволюции, обратного развития, но в своем положительном развитии диф-

⁸ Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. – М.: Смысл, 2000.

ференцировались. Таким образом, в результате возникли некоторые подклассы этого класса явлений, произошла дифференциация, а там, где происходит дифференциация, обычно происходит и специализация, как вы знаете. Что значит дифференциация функций? Это значит, что функция приобрела большую свою специализацию, правда? Потому-то и происходит дифференциация. Это ведь не просто дивергенция, это дифференциация. Поэтому мне придется сегодня в первую очередь посвятить свой рассказ второй названной мной проблеме, поскольку она является предпосылкой для решения первой проблемы и содержит в себе решение этой проблемы.

Прежде всего легко выделить из общего класса эмоциональных процессов (и это выделение в психологии установилось с некоторого времени и удерживается) подкласс процессов особого рода, которые называют аффектами. Я имею в виду сильные, внезапно возникающие эмоциональные явления. В психологии выделение этого подкласса явлений чаще всего закрепляется этим термином, мной уже введенным, – аффекты. Но не всегда. В некоторых терминологических системах термин «аффект» применяется в очень широком смысле. Это старая философская традиция, она иногда сохраняется и в психологии. Словом, те терминологические различия, которые я вам буду предлагать, являются в высшей степени условными, то есть только терминологическими. Я прошу, следовательно, обращать внимание не на то, каким словом я называю класс явлений, а на то, какой класс явлений я при этом буду описывать и анализировать.

Значит, под аффектами я буду подразумевать те эмоциональные, в широком смысле слова, процессы и состояния, которые характеризуются большой степенью выраженности, интенсивности и которые, как полагали многие исследователи эмоциональных состояний, связаны с биологическими потребностями, биологическими отношениями. Это предположение приобрело в известную пору даже силу некоторого предрассудка. Когда говорили об аффектах, казалось, сильных, мощных, мощно выраженных состояниях, то предполагали, что это является общим у человека и животных по условиям и механизмам своего возникновения. Искали это общее в общности инстинктов и потребностей. Я сказал, что эта идея приобрела даже на некоторое время силу предрассудка. И это действительно предрассудок. Это предрассудок уже потому, что вы можете легко вообразить себе специфически социальную ситуацию, которая вызывает действительно очень сильное аффективное состояние. Значит, верно, что некоторые биологические связи, то есть деятельность, связанная с удовлетворением некоторых биологических, так называемых неустрашимых, потребностей, вызывает аффекты. Неверно положение, что только в этих отношениях аффекты и существуют.

Товарищи, социальная ситуация может быть ужасно аффективна, аффектогенна, безотносительно к тому, затрагивает она какие-то фундаментальные, витальные отношения или не затрагивает. Когда мы на практике в жизни, в жизненной психологии встречаемся с проблемой аффектов, то оказывается, что мы здесь допускаем грубейшую ошибку. И состояние, которое языком закона, языком криминологическим, судебным называется внезапно возникшим сильным душевным волнением (эту формулировку я беру из Уголовного кодекса), иначе говоря, аффект возникает вовсе не в условиях нарушения, разрушения удовлетворения каких-то непосредственно биологических потребностей. Ничего подобного. Это не так, и статья, позволяющая смягчить наказание, применяется как раз очень часто в ситуациях, в которых никакой связи с витальными, биологическими отношениями человека и мира нет.

Передо мной сейчас мысленно проходит один процесс, который очень остро поставил вопрос о применении или неприменении этой статьи, говорящей о внезапно возникшем душевном волнении, и основанием для применения этой статьи был редкий случай действительно возникшего острого аффекта под влиянием как вы думаете чего? Унижения мужского достоинства в стереотипных представлениях данного социального окружения. Я спрашиваю, что может быть более социальным? И что может быть более отдаленным от витальных потребно-

стей, угрозы существования? Никто ничем ничьему существованию не угрожал. Никакой кинжал не приставлял. Никакой угрозы и никакого нарушения в сфере биологических отношений – об этом не могло быть и речи. Это система социальных ценностей, социального статуса, морального. Вот о чем идет речь, правда? И тем не менее это может вызвать такое состояние, которое приводит к страшному преступлению. В данном случае речь шла об убийстве в ответ на унижение, ничем решительно не угрожавшее. Это не удар грома, это не джемсовский медведь, который вдруг неожиданно проявил по отношению к вам агрессивные намерения, и вы испугались и все прочее. Нет прямой угрозы. И тем не менее – отрицательный аффект страшной силы.

Словом, аффекты – острые состояния, острые процессы, резко выраженные состояния внешнего поведения – возникают нередко в системе таких как бы непосредственно биологических отношений. Я вношу оговорку – вы понимаете почему, – на основании того, что я говорил о так называемых биологических потребностях человека, они в переработанном виде всегда выступают. Но если верно, что они часто связаны с биологическими отношениями в их переработанном, измененном, превращенном виде, то неверно, что они связаны только с этими отношениями. Ясно? Вот в связи с этими аффектами и возникает особый вопрос о функции аффектов. Потому что эта функция не совпадает с функцией других подклассов эмоциональных процессов. Вначале я упомяну, перечислю некоторые черты, которые известны в отношении аффективных, острых эмоциональных явлений. Прежде всего это черта, которую очень проникновенно описывали некоторые психологи в начале нашего столетия. Я имею в виду мысль Клапареда, по-моему. Это своеобразное их место в течении, протекании идей, или, иными словами, в развертывании событий, характеризующих деятельность человека во времени, так сказать. Это то, что называют иногда «сдвинутостью» собственно аффектов как бы к концу в отличие от других эмоциональных состояний. Я высказал бы в связи с этим такой афоризм. Аффект возникает не тогда, когда вы ждете неприятной телеграммы или, наоборот, очень приятной. Безразлично, в какую сторону идет знак аффекта. В сторону «плюс», в положительную, или в отрицательную, в сторону «минус». Итак, речь идет не о тех эмоциональных состояниях, которые возникают из перспективы или с ожиданием получения важнейшей телеграммы – горькой, страшной или, наоборот, радостной. Речь идет о том, что эти состояния возникают потом. Для того чтобы эти состояния возникли, телеграмма должна быть получена, событие должно совершиться. Постфактум. Если вам не нравится афоризм «телеграмма должна быть получена», то я предлагаю вам более простой афоризм: «Медведь уже должен быть». Джемсовский медведь. Он должен уже проявить агрессию или по меньшей мере агрессивные намерения. Он должен быть здесь.

Несовпадение эмоциональных состояний других подклассов с аффектами очень характерно обозначается прежде всего фактом, что сам аффект может предвидеться и вызывать эмоциональные переживания, эмоциональные процессы. Можно пережить эмоцию страха, может быть, страшно испугаться, то есть пережить «эмоцию аффекта». Это понятно в том смысле, что вы все знаете, что так бывает. И бывает иногда сильная эмоция, то есть ужасно сильное эмоциональное состояние типа «боязни испугаться». Но только один нюанс я хотел бы прибавить: верно, мы это знаем по нашим наблюдениям жизненным. Только вот эти первые эмоциональные состояния, они уж очень ярко, уж очень ясно обнаруживают свою прямую социальную природу. И свою прямую связь с социальной позицией.

Тогда-то и возникает вопрос: в чем же заключается функция аффекта? Ведь если события уже наступили, в чем функция? И вот здесь много исследователей разводили руками. Одни говорили так: позвольте, он же полезен, он оправдан биологически. Этот аффект, возникший постфактум, когда событие наступило, медведь здесь. Чем он оправдан? И дальше строились гипотезы, которые падали, как карточный домик. Почему? Потому, что были противоречивые явления, которые, кстати, очень хорошо констатируются, очень хорошо фиксируются и реги-

стрируются с помощью объективных методов и не вызывают никакого сомнения. Как будто бы аффект должен привести в этой ситуации, реально сложившейся, допустим, опасности – к чему? Сведем это к биологическим отношениям. В ситуации опасности, просто физической опасности мы наблюдаем мобилизацию биологической функции. Адреналин поступил в кровь и так далее, что-то в активации изменилось, и вот вы подготовились.

Хорошенькая подготовка! Рядом с этим вам описывают симптом, то есть явление объективное, которое показывает, что оно дезорганизует. Стало общим местом, что аффект есть дезорганизация поведения. Позвольте, страх, читаю я, есть заторможенное бегство. Ну, как раз бегство – это и есть, вероятно, адекватная реакция. Значит, надо бежать. А страх демобилизует. Значит, ничего не получается. Что же получилось? Чересполосица данных. И самое лучшее эклектическое решение для широких умов есть такое решение – он мобилизует, но и дезорганизует. Он направляет и управляет биологически целесообразным образом, он же и парализует, мешает. Функция какая-то странная. И это относится к положительным аффектам тоже.

Ведь в состоянии положительного аффекта поведение тоже в известном смысле дезорганизуется. Это не оптимальное поведение. Нужно, чтобы аффект перестал бы быть острым душевным волнением. Тогда рождается адекватное поведение. В момент аффекта поведение может дезорганизоваться, то есть стать неадекватным. А иногда и в смысле прямой дезорганизации двигательного поведения. Конечно, очень трогательно, что иногда от радости люди плачут. Впрочем, они плачут и от несчастья, правда? Слезы радости мы отличаем от слез несчастья, но целесообразность этих слез очень трудно объяснить с точки зрения организации, повышения активации каких-то полезных механизмов. Ничего тут полезного нет. Скорее всего этого рода явления, ярко окрашивающие всякий аффект у человека, нужно объяснять, пользуясь тем, что Дарвин называл принципом зависимости от устройства органов, от наличных механизмов. Они есть, они приходят в действие. Но не потому, что они целесообразны, а потому, что они как бы задеваются. Это знаменитый последний принцип дарвиновской теории. Очень мудрый принцип.

Но оказывается, функция есть, только не приспособительная. Скажем, на уровне животного она работает безотказно. На уровне человека тоже, только в своих формах. Это функция, которую я бы назвал функцией слеодообразования. Это функция особого рода, которая выражается в том, что аффект накапливается, складывается, фиксируется в виде аффективного знака объектов или ситуаций, при этом фиксируется очень быстро (не нужно повторений), не так, как навыки (это особая вещь, особый род фиксаций). В начале нашего столетия был предложен специальный термин для того, чтобы выделить эти особые следы, процесс слеодообразования, производимый аффектом или аффектами. Он был предложен первоначально, по моему, Брейером, затем перешел во фрейдовскую литературу, попал в работы Юнга. Словом, целый ряд авторов пользовался этим термином. Это так называемые аффективные комплексы. Или просто комплексы, как их стали называть дальше. Это опять условный термин. Надо проникнуть в смысл, в суть дела. А суть дела заключается вот в чем.

В результате аффекта, характеризующегося ситуацией, из которой, в сущности, уже поздно искать выход, из которой нет выхода (медведь уже налицо), создается своеобразное настораживание по отношению к аффектогенной, возбуждающей аффект ситуации, то есть аффекты как бы метят данную ситуацию. И имеют законы своего распространения по общности ситуаций. То есть эти ситуации, хотя и в малой степени, и совершенно особенным, примитивным способом, могут образовывать какие-то (впрочем, очень конкретные) обобщения. Мы получаем предупреждение.

Итак, существует закон фиксации аффектов на ситуации, обстановке, на отдельных элементах ситуации или отдельных элементах обстановки. Таким образом, при возникновении этой обстановки, или сходной, или сходной частично, аффект появляется вновь. Вернее,

открываются барьеры в случае отрицательных аффектов или разворачивается деятельность в этом направлении в случае положительных аффектов. Таким образом, хотя аффекты возникают постфактум, но они опережают что? Дальнейший опыт! Поэтому когда некоторые наши исследователи предлагали термин «аффективная метка», которую получает вещь или ситуация, мне показалось, что эта метка – термин меткий, хорошо характеризующий, в чем суть дела.

Вот это и есть один из законов, выражающих функцию аффекта. Аффекты как бы липнут на ситуацию, образуют ее метку, что особенно важно в условиях, когда инстинктивной реакции на данную ситуацию вообще не существует. Просто потому, что эта ситуация не может быть прямо объяснена чем-то заложенным в человеке, скажем, как внезапное падение с инстинктивной реакцией на это. В физическом смысле падение.

Таким образом, функции остается предупредить эти случаи, но только в своеобразном выражении. Предупредительная функция через слеодообразование, через образование аффективных следов. Поэтому не нужно обязательно врожденных механизмов. Слеодообразование может быть на любом уровне, и это важно, – на социальном уровне тоже. На уровне социальных отношений человека, на уровне общения с другими людьми, на любом уровне. В этом смысле исследование функции аффекта может быть приведено к исследованию функции аффективных комплексов, следов аффекта. Приведено – это не значит сведено. Приведено – это значит, что исследованию можно придать форму, доступную для решения с помощью изучения следов аффекта. И это действительно делалось, делается, и эти исследования очень поучительны. Я думаю, что могу пропустить изложение опытов; я только резюмирую.

Обратите внимание на то, что действие аффективных следов подчиняется двум, на первый взгляд противоположным, принципам. Принципу бдительности, навязчивости этих следов, их, так сказать, постоянного вылезания по всякому поводу, чтобы предупредить – «а не то ли это». И одновременно функции оберегания, которая выражается в торможении. Значит, навязчивость – торможение, то есть противоположная функция. Наконец, я хочу подчеркнуть один очень важный момент. Это аккумуляция, а не аккомодация в отношениях. Меня иногда спрашивают: почему вы настаиваете на принципе аккумуляции, то есть на том, что при каждом повторении аффективной ситуации соответствующий аффект увеличивается?

В аффектогенной ситуации привыкания, адаптации нет, а есть лишь аккумуляция аффектов. То есть аффекты работают по принципу сосуда, который в конце концов может переполниться и привести к катастрофе. Вот почему я настаиваю на аккумуляции. И дальше следуют примеры. Это простой способ аргументировать, самая простая аргументация в споре при случае: начинать приводить примеры. Примеры – это очень хорошая вещь для аргументации мысли, и это очень коварная вещь для защиты или опровержения какого-нибудь научного положения. Примеров можно всегда набрать сколько угодно – таких и эдаких. Важно понять эти примеры. Мне, например, говорят, что во многих ситуациях, которые связаны с физической угрозой, не происходит никакого аккумуляирования аффектов. И приводят иллюстрации. И правильные. И я с ними должен согласиться. Но при этом упускается важнейший момент. Дело в том, что эта аккумуляция не происходит при том обязательном условии, если происходит развитие соответствующих возможностей деятельности человека. Например, повышение ловкости в преодолении преграды. Вам понятно, о чем идет речь? Повторяется ситуация или не повторяется? Объективно повторяется. А для субъекта?

Так позвольте, я же встречаю ее более вооруженным субъектом. Она уже не та. Попросту говоря, один раз я встречаюсь с медведем с глазу на глаз. Он неожиданно оказался в лесу, идет на меня – и я испугался. Но я так испугался, что в следующий раз взял с собой рогатину. Теперь он тоже выйдет на меня, а я меньше испугался, у меня в руках рогатина, я вооружен. Та ситуация или не та? Не та. Это не привыкание, это изменилась ситуация. А теперь я вооружен вовсе не рогатиной, а огнестрельным оружием, нарезным охотничьим спортивным ружьем. Тогда я

радуюсь, что наконец-то его обнаружил, если не запрещен отстрел медведей в данное время и в данном районе. Ну и отлично, у меня противоположное эмоциональное переживание! Это повторение? Так не надо делать этой ошибки! Примеры вас сбили. Мне говорят о спортсменах, привыкающих к головоломным вещам, и о цирковых акробатах, которые делают всякие трюки. Сначала боятся, потом привыкают. Они делаются мастерами. И ситуация, которая для публики одна и та же, – она для них самих иная. Он вооружил себя. Может быть и аффект, и аффективный знак получила ситуация, но он изменился, идет процесс, идет прогресс. А вот когда ничего не меняется, а ситуация повторяется, – тогда аккумуляция. Мы тупо в порядке эксперимента повторяли очень часто прыжки с парашютом – аккумуляция. Человек начинает заниматься парашютным спортом. И затягивает прыжки, и совершенствуется с помощью действий со стропами точность приземления. Аккумуляция будет в этих условиях? Нет! Вам понятна моя мысль? Поэтому я могу привести разные примеры. Для дальнейшего анализа их невозможно примирить. Это просто разное. Просто мы недостаточно анализируем ситуацию.

Поэтому у меня есть все основания настаивать: аккумуляция, а не аккомодация. Я опускаю все интересные данные, которые мы имеем в отношении аффективных следов. С их настоятельной, тормозящей, то есть как бы образующей барьеры функцией, обратной значению положительных аффектов, которая умеет великолепно окрашивать ситуацию, то есть тоже метить их своим знаком, правда? И во втором, положительном случае мы можем наблюдать тоже замечательную трансформацию бурно протекающих эмоциональных процессов, аффектов положительных в гораздо более важное для человеческой личности, значит, для самого человека. В безаффективное, послеаффективное переживание того же самого события, той же самой ситуации.

Когда говорят об эмоциях, любят вводить категорию «счастье». Это старая традиция. Даже выдумали однажды нечто вроде меры счастья – один исследователь назвал эту единицу счастья густией. Так вот, оказывается, что повышение числа густий в переживании счастья, длительности этого переживания, пожалуй, при положительных аффектах увеличивается. Здесь происходит какое-то положительное изменение. И наконец я, в связи с аффектами, только упомяну, что если у нас не получается постоянная аккумуляция аффектов (в некоторых ситуациях она ведь бывает), если все-таки она не всегда происходит, так это потому, что есть какие-то способы угашения или уничтожения этой аккумуляции, или ее остановки. И эти способы в современной психологии получили тоже свое наименование. Термин выдумали, вернее, это старый термин, но он получил второе рождение именно в сфере исследования аффектов. Это «канализация» аффективных процессов. То есть как бы проделывание, прокладывание путей для вытекания этих аккумулярованных аффектов. Вернее, аффектов, аккумулярованных к следам.

На этом основана даже терапия. Иногда ее называют по-другому, катартической терапией, терапией изживания страстей, изживания этих аффективных следов. Но иногда это применяется и в воспитательных целях. Например, существует возникшая лет тридцать тому назад игровая терапия. Она была распространена в англосаксонских странах, то есть в Англии и в Соединенных Штатах Америки. Это для подростков в порядке воспитательной меры. Эта практика имеет несколько форм. Первая, очень наивная, это игра, детская ролевая игра, в которой подростку представлялась возможность в игре, в игровых действиях изживать что-то, то есть открывать как бы клапан своей аффективности. Другая форма, более прямая, насколько я знаю, имеет американское происхождение. Это своеобразный, тоже воспитательный, терапевтический прием, который заключается в следующем. Подростку говорят: вот теперь – круши, бей, делай что хочешь. Вот в это время, в этом помещении. Бушуют аффекты, понятно? Действительно, происходит деструктивная, выражаясь академическим языком, деятельность. А для того все и рассчитано, чтобы деструкция была, разрушение. Изживание этих аффектов. Я предоставляю вам, товарищи, судить о нормальной, разумной, такого рода эксплуатации нау-

кой с огромным трудом накопленных фактов, о тщательном исследовании жизни аффективных комплексов.

Я могу высказать личное мнение. Я думаю, что и изживание в играх, и изживание в этом бушующем аффекте, деструкции на самом деле выполняет другую, тайную функцию, которая, впрочем, по своим внешне кажущимся эффектам похожа на ожидаемую канализацию, освобождение от груза аффективных следов. Потому что если уж вас спровоцировали на то, чтобы бушевала ваша деструктивная работа, то, конечно, в результате этого бушевания вы так или иначе сникнете, правда, по самым элементарным, простым основаниям. Что же касается аффектов, все-таки личностных образований, что с ними делается в результате таких приемов – это еще очень большой вопрос. Я, конечно, ответа не даю. Очень интересно, но вместе с тем попытки катартического метода, метода изживания, метода игр, метода, наконец, неограниченного действия, агрессивного прежде всего, то, что приковывает к себе внимание воспитателей, – эти все приемы, представьте, парадоксально имеют под собой одно психологическое, дополнительное и неожиданное основание, состоящее в том, что имеется своеобразное отношение аффекта к сознанию и личности человека, к самому субъекту.

Это отношение, если говорить очень коротко, состоит в том, что для субъекта, для Я, аффекты всегда выступают не как то, что является моим, а как то, что происходит со мной. Понятно? То есть возникает известное отношение к самим аффективным переживаниям. Я говорю не «во мне чувство любви», я говорю «мое чувство любви», правда? Но я говорю и «меня охватил гнев», правда? То есть со мной что-то произошло. Во мне что-то. У меня есть отношение к аффекту. И это открывает еще одну страницу в проблемах аффектов и в понимании их функций, их жизненной роли, места в жизни. Они, оказывается, могут становиться и реально становятся объектом управления: учитесь властвовать собой. Правда, по-видимому, техника управления аффектами является всегда очень косвенной, идет с помощью своеобразной тактики. Есть такая психотехника управления аффектами. Психотехника в смысле Станиславского, а не в смысле психологии труда. Это и отвлечение внимания от аффектогенной ситуации, это и замещение невозможного действия, неадекватного, каким-то другим.

Если непонятно, о чем я говорю, я укажу на некоторые явления, которые я при этом разумею. Для пояснения мысли, для иллюстрации. Кто не знает, что легче прыгнуть свернувшись, верно? Это управление? Управление.

Вот так зажмурился и прыгнул. Косвенное управление? Косвенное. Кто не знает, что когда трудно вытерпеть что-нибудь, то иногда говорят: «еще просчитаю до ста», или: «еще пройду сто шагов» – и отсчитывают аккуратно сто шагов. Если нужно дальше двигаться, напекор аффекту, говорят: «ну, еще пятьдесят» – и так до достижения конечного результата. Иногда получается. Иногда срывается.

А.Н. Леонтьев

Выражение эмоций

Эмоции, настроения, чувства⁹

Эмоции составляют особый класс явлений, тоже относящихся к процессам внутреннего, как я условно его назвал, регулирования деятельности. Как и аффекты, они имеют весьма важное, может быть, даже еще более важное жизненное значение. Как и аффекты, эмоции представляют собой смысловые образования, связанные чрезвычайно тесно с мотивами. Не случайно этимологически термин «мотив» и термин «эмоция» связаны друг с другом, то есть имеют один и тот же корень. Вместе с тем в развитии языка произошло разделение терминов. Образовались два термина, два однокоренных слова, и это не случайно. Потому что побуждения и то, что мы называем эмоцией, действительно представляют собой очень разные явления. Эмоции представляют собой все же особый класс, или подкласс, аффективных явлений, отличающихся от явлений, которые мы обозначили термином «аффект». Прежде всего эмоции в отличие от аффектов имеют характер идеаторных процессов. Я хочу сказать этим, что если для возникновения аффекта необходимо наличие некоторой ситуации, некоторого события, или, как я в прошлый раз метафорически говорил, нужно, чтобы «медведь появился» или телеграмма была получена, то в отличие от этого эмоциональные процессы могут относиться к ситуации, которая еще не сложилась, к событиям, которые еще не наступили. И в этом смысле они имеют иную, а именно идеаторную, предвосхищающую функцию. Говоря об аффектах, я особенно настаивал на том, что аффекты действуют, выполняют эту предупреждающую, предвосхищающую, предвидящую, если хотите, функцию через свои следы, иначе не было бы эмоциональных процессов. Само предвидение возможности наступления некоторого события или складывающейся какой-то ситуации может быть эмоциогенным. Если воспользоваться прежней метафорой, ожидание телеграммы, возможность получения такой телеграммы представляет собой эмоциогенную, но не аффектогенную ситуацию.

Это первое существенное различие между аффективными процессами в узком смысле этого слова, то есть аффектами, и эмоциональными процессами, эмоциями. Я вынужден это подчеркнуть потому, что это гораздо более существенное отличие, чем отличие, которое обычно приводится (по силе, остроте переживания). Дело в том, что эмоции вовсе не отличаются от аффектов меньшей силой или меньшими эффектами. Они отличаются по своей функции, по способу, каким осуществляется регуляция, регулирование деятельности.

Их второе существенное отличие заключается в том, что эмоции не закрепляются за неким объектом или за некоторыми элементами ситуации. Или, если воспользоваться опять метафорическим термином, не липнут, не налипают на те или другие объекты или элементы ситуации, а скорее запоминаются и своеобразно обобщаются в связи с теми или другими возникающими ситуациями. Поэтому и получается так, что по отношению к сознанию возникновение и течение эмоций скорее и чаще описываются как процессы, которые совершаются не «во мне», то есть не как процессы, к которым я устанавливаю еще какое-то отношение, придаю им то или иное значение, так или иначе их оцениваю и способен даже готовиться к ним, а как то, что происходит со мной. Как мое. Поэтому я говорю «моя эмоция, мои чувства», а не «во мне происходящая эмоция», «во мне обнаруживающиеся чувства». Конечно, это только языковая тонкость, но она служит указанием на особое, отличное от аффектов место, которое занимают эмоциональные отношения в личности, на особое отношение к сознанию.

⁹ Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. – М.: Смысл, 2000.

Я, наконец, должен остановиться еще на одной черте, характеризующей эмоциональное состояние в отличие от аффектов. Я говорил об аккумуляции и канализации аффектов. И аффекты действительно способны к аккумуляции, и это их закон, они способны к канализации, и это тоже их закон, но эти законы не применимы к собственно эмоциям. Эмоции осознаются, обобщаются и вследствие этого поразительным образом коммуницируются, то есть передаются.

Вы можете мне сказать, что аффекты тоже передаются. Нет, происходит заражение аффектом, может быть такое заражение. Но эмоции собственно коммуницируются, то есть передаются посредством, например, языка, выразительных движений, которые суть не только выражение, но движения коммуникации, то есть движения, посредством которых совершается общение, и в этом общении – передача эмоциональных процессов, эмоций, эмоциональных переживаний. Конечно, это особая передача. Эмоции имеют свой язык. Это кажется парадоксальным, но никакого парадокса здесь нет, он существует. Овладевая языком конкретного общения, всякий человек (или почти всякий человек, ибо исключения здесь есть, но никакого парадокса здесь нет, это уже патологические исключения) овладевает и языком передачи эмоций. Иногда он связан непосредственно с речевым общением, с языком в собственном смысле, и тогда есть какой-то компонент речи, который несет эту функцию передачи, коммуникации эмоций.

Проще всего охарактеризовать этот компонент речи как выразительный компонент. Вы можете сказать – интонационный. Но не только интонационный. Потому что такая эмоциональная передача может делаться и в условиях безинтонационного языка, письменно. Это мимические компоненты речи. Причем надо отметить, что эти формы передачи, коммуникации эмоций, в отличие от передачи путем заражения или воздействия аффектов, имеют ясно выраженную общественную, историческую природу.

<...>

Итак, эмоции коммуницируются, или, что то же самое, они обобщаются, они приобретают свое существование для сознания, тем самым, значит, обобщаются. Они существуют в системе значений особого порядка. Эти значения несут обобщения различных многообразных эмоциональных состояний. Более того, набор эмоций исторически изменчив. И исторически возникают такие эмоции, которые на предшествующих этапах исторического развития, то есть на предшествующих этапах развития общества и общественных отношений оказываются несуществующими. Как и наоборот. Некоторые эмоции оказываются действительно принадлежащими к племени вымирающих, то есть отходят, теряют свое место в жизни человека. Они историчны.

Можно опять сделать здесь возражение: но аффекты, по-видимому, тоже историчны. Да, но только по-разному. Эмоции меняются по содержанию в ходе истории, а аффекты – по условиям, их вызывающим. Или изменяются исторически вторично вследствие того, что на них «направляются» исторически изменчивые эмоции.

Я, излагая очень кратко, все же должен отметить и еще одну особенность. Эмоции тоже образуют эмоциональные следы, но это следы особого рода. Это не те аффективные комплексы, о которых я говорил раньше. Это постэмоциональные состояния. Это продолжающиеся эмоциональные сигналы после того, как собственно эмоциональная ситуация, эмоциогенная, вернее, ситуация отошла во времени. Нужно сказать, что эти постситуационные эмоции описывались издавна в психологии и представляли собой загадочный подкласс эмоциональных явлений, чаще всего совершенно отделявшийся от собственно эмоциональных явлений. Это настроенная. Вот эти легкие, относительно хронические, то есть длящиеся во времени, эмоциональные состояния действительно на первый взгляд кажутся образующими особый подкласс. И они кажутся образующими особый подкласс потому, что представление об эмоции по типу аффекта, по общей схеме, без дифференциации функций, действительно выделяет эти состо-

яния как непохожие, заставляет специально искать их детерминацию, отличную от детерминации эмоциональных явлений, и это впечатление усугубляется вследствие того, что не рассматривается обычно отношение эмоций к сознанию.

Вместе с тем то, что мы называем настроениями, вот эти своеобразные хронические эмоциональные состояния, – это своеобразная хроническая сигнализация. А вы знаете, что сигнализируют все аффективные состояния? Это соотношение между, так сказать, субъективным должествованием и реальными условиями, реальными событиями, реальными действиями. Попросту говоря, это всегда отношение мотивов к их осуществлению, то есть выполнению, реализации этого побуждения, этого мотива, или возможности такой реализации.

Дело в том, что в этой регуляции, в этой функции, в этой своей природе настроению принадлежит чрезвычайно большая роль. И если бы меня спросили, как соотносить регулируемую роль в этом отношении эмоций и тех своеобразных эмоциональных процессов или явлений, которые мы называем настроениями, то я бы очень затруднился поставить на первое место эмоции и куда-то отодвинуть настроения по их значению. Настроения представляют собой субъективные сигналы неадекватности деятельности ее мотивам и, следовательно, сигналы необходимости поиска адекватной деятельности. Это в самом общем и грубом выражении. А теперь выражение посложнее, но зато поточнее, поправдивее, повернее. Вы хорошо помните то, что я рассказывал о смыслообразующей функции мотивов. Вы, вероятно, помните понятие «задачи на смысл», которое я в этой связи должен был ввести в рассмотрение. Это осознание, это «задача на осознание». Задача на смысл, на открытие этого смысла. Что данное событие представляет собой не объективно, то есть в своем объективном значении, а что оно для субъекта, для утверждения его жизни или, что то же самое, для утверждения его, субъекта, в жизни?

В решении этой задачи особая функция принадлежит эмоциональным процессам и особенно настроениям – эмоциональным сигналам, продолжающимся за пределами ситуации. Я не случайно, а очень намеренно ввожу здесь термин «сигнал». То, что ориентирует, что представляет собой веху, как бы напоминание, это именно ориентир, ориентирующий сигнал. Всякий сигнал ориентирует, если говорить применительно к поведению, применительно к жизни живого существа. Так вот, это особая сигнализация.

Что же она сигнализирует? Эмоции в актуальной ситуации отражают адекватность-неадекватность ситуации деятельности ее мотивам, мотивации.

<...>

И вот теперь хочу эту мысль немножко развить, скорее напомнить. Я об этом упоминал, когда говорил о мотивах, об их функциях. В частности, это функции не только побуждения, но и смыслообразования. Дело все в том, что есть необходимость постановки задачи на обнаружение – что произошедшее событие, совершенный поступок представляет собой для субъекта с точки зрения его мотивационной сферы в целом. И вот здесь и выступает эта чрезвычайная, я бы сказал, особенно важная функция таких как бы продленных эмоциональных сигналов, которые ждут того, чтобы вызвать необходимые процессы. Именно вызвать, поставить эту задачу, которую я назвал задачей на смысл. И очень легко нарисовать эту ситуацию. Я ее изображу. Если я ее описывал, я повторяю еще раз описание, чтобы связать одно с другим.

Итак, происходит ряд событий, на которые субъект отвечает множеством актов, множеством действий, принятыми решениями. Я включаю сюда, конечно, и действия общения. Возникает, допустим, некоторое настроение. Какое? Давайте грубо делить – положительное или отрицательное. Оно тащится, как шлейф, за этими делами. И вот возникает пауза, заполненная этим настроением. Что-то меня огорчает, у меня плохое настроение. Мы говорим – испорченное настроение. Оно окрашено со знаком «минус». Пожалуйста, называйте это настроением огорченности, тревожности. Они действительно очень многообразны. Мы не можем не упрощать здесь потому, что мы ничего не знаем об основаниях, по которым эти сигналы меняют

свое качество, субъективное звучание. Ну, вот испортилось настроение. Что его испортило? Сигналы и несут в себе этот вопрос. Вы перебираете события. Когда вы возвращаетесь к эмоциогенной ситуации, то этот остаток, продолжающийся сигнал, усиливается. Вот теперь он метит, ретроспективно выделяет эту ситуацию. Я включаю сюда акты поведения, акты общения. Вы делаете открытие – вот, оказывается, что вызвало, что зафиксировало эмоцию, продолжило настойчиво сигнализировать о себе. Иногда это бывает нечто неожиданное. Можно огорчиться от внешнего успеха. Это изменяет ваше дальнейшее поведение, потому что открывает его действительный смысл, личностный смысл. Это может быть, напротив, высоко положительное настроение. Вот вы вернулись с каким-то чувством успеха, радости, триумфа, сказал бы Жане. Возникает – самым фактом сигнала, не вы ее ставите, – задача: откуда такая эмоция в ситуации, которую вы интеллектуально, абстрактно, объективно оцениваете как отрицательную? Откуда, по-вашему? Оказывается, причина коренится в мотивационной сфере.

Это объективно отрицательное явление для вас приобрело положительный эмоциональный оттенок. Стоп. Что-то должно меняться. Я не знаю что, в какую сторону. Для этого надо иметь совершенно конкретный материал для анализа, а не искусственные, придуманные иллюстрации, какими я сейчас пользуюсь. К сожалению, сегодня этот конкретный анализ вы можете найти только вне психологии, в первичных источниках, в живых описаниях внутренней жизни человека, будет ли это описание сделано в художественной форме или в какой-то другой. Мне остается заметить к тому, что я говорил, что нередко или, во всяком случае, в некоторых случаях эмоциогенными являются не только ситуации и соответственно реакции на эти ситуации и действия человека, его общение, но иногда эмоциогенными, то есть порождающими эмоции, являются лишь аффекты. Я об этом упоминал не раз.

Аффект может быть источником эмоции. Это еще раз подтверждает их несовпадение. Одно не может быть источником самого себя. Нет, он раздваивается. Поэтому и получается – я вспылел резко в общении, а это что? Положительный аффект. Я имею в виду гнев не «белый», то есть невыраженный, а «красный», как его называли старые исследователи. То есть гнев разрешившийся. И вот разрешающийся гнев относится всеми безоговорочно к положительным аффектам. Как приятно гневаться! Вы когда-нибудь пробовали гневаться? Явно стенический аффект.

И вы сейчас скажете – нет, что-то не так, что-то я неправильно говорю. Да, потому что гнев немедленно вызывает отрицательную эмоцию. Правильно. Оказывается, в эту самую бочку меда положительного аффекта вам немедленно вливают какую-то гадость. Понимаете? И теперь ретроспективно вам кажется неприятно – я вспылел, разгневался, вел себя несдержанно, плохо. Это отрицательный аффект? Нет, это аффект положительный. Вы в этом правы. Все симптомы гнева совпадают с симптомами положительных аффектов, это давно известно. А он оказался остро эмоциогенным, и у людей, у некоторых людей, у большинства, наверное, людей вызывает достаточно сильное эмоциональное отвержение. Получается сплавливание эмоциогенных аффектов с тем, что они порождают, то есть с эмоцией. Аффективно-эмоциональный сплав. Я не случайно сказал «аффективно-эмоциональный», а не «эмоционально-аффективный». Может быть, позитивные эмоциональные переживания сигнализации, я подчеркиваю, управляющей сигнализации, могут выражаться в сигнализирующих эмоциях и положительного порядка.

Например, положительная эмоциональная сигнализация, то есть подкрепляющая сигнализация, усиливающая направление и характер действия в условиях, когда вам удается преодолеть аффект. Я это очень отчетливо наблюдал в тех случаях, о которых всегда как-то забывают, их все знают, но никто как следует этого не использует. Опять-таки в парашютном прыжке. Аффект предпрыжковый, стартовый вызывает затем необыкновенно сильную эмоциональную реакцию. Положительную. Со всеми признаками положительных эмоциональных состояний. Ну, я сейчас говорю об острой ситуации, такой как прыжок с парашютом, или о других спор-

тивного типа случаях преодоления трудностей там, где имеется возможность возникновения стартового аффекта, боязни, страха, а потом всегда – осуществление действия вопреки, напротив, против шерсти. Это элементарная аффективная сигнализация, наступающая в момент начала действия, то есть когда событие, по общему правилу, возникает. Потому что в ситуации, скажем, прыжка сначала наблюдается некоторая эмоциональная подготовка, затем момент аффекта, который приводит иногда к явлению отказа. Очень неприятно. Ужасно отрицательная эмоция на отказ, очень сильная положительная эмоция на преодоление аффекта. Потому что здесь налицо живой аффект в последнее мгновение, то есть когда наступает роковое мгновение, когда медведь уже здесь. Не будет, а здесь.

<...>

Я могу к сказанному присоединить, пожалуй, только еще одну мысль о своеобразной сигнализации меры адекватности происходящих событий... В ситуацию я включаю также и поведение, деятельность в данной ситуации. В ситуациях, которые являются эмоциогенными, поведение, деятельность регулируются своеобразными внутренними сигналами, эмоциями. Это относится не только к внешней деятельности, это относится и к внутренней деятельности. Неудачи в решении познавательной задачи могут вызвать столь же острые эмоциональные переживания, как и неудачи внешнего поведения. Успехи в решении познавательной или эстетической задачи могут вызвать такие же острые эмоциональные переживания, как и успехи, удаchi в завершении каких-то практических, внешних действий. Это очевидно.

Мне осталось лишь очень короткое время на то, чтобы остановиться на так называемых чувствах. Товарищи, когда говорят о Золушке в психологии, имея в виду вообще эмоциональные процессы, управление посредством внутренних сигналов, эти смысловые, как вы видели, образования, то настоящей Золушкой являются именно чувства.

В отличие от эмоций я буду называть чувствами не ситуативные образования, не ситуативные эмоциональные, аффективные процессы, а предметные. И я бы характеризовал чувства, в отличие от эмоций и аффектов, через их предметность. Это своеобразная обобщенность. Это особая форма обобщения эмоций. Обобщения в объекте, который может быть для сознания, то есть для личности, для человека представлен как угодно. В форме ли вещественного, так сказать, хотя и живого объекта, в форме ли его символа-заместителя, в форме ли, наконец, гораздо более обобщенной – в форме идеи. Но при всех условиях главная черта есть предметность.

Чтобы быть очень кратким в изложении, я адресую вас к отнюдь не психологическому, но зато очень важному по своей идее сочинению – не психолога, а писателя. Я имею в виду Стендаля с его знаменитым маленьким трактатом о любви. Вот какую идею развивает в этом трактате Стендаль. Я говорю сейчас только об основной его идее, все остальное – это дань времени, дань его пониманию, дань эпохе. Но вот – центральная идея. Он сравнивает формирование чувства с процессом, который происходит, когда сухая веточка опускается в соляной раствор (знаменитое Зальцбургское пещерное озеро). Тогда происходит следующее. Из насыщенного солевого раствора выпадают кристаллы, которые и покрывают этот сучок, эту сухую ветку. И ветка преобразуется. Она сверкает, она кажется ослепительно красивой, блистательной в буквальном и переносном значении этого слова. Что произошло? Произошел процесс кристаллизации. Растворенная масса как бы нашла свой субстрат и стала собираться, кристаллизоваться. Вот эта схема и была изложена Стендалем как схема формирования особого класса эмоциональных процессов, а именно предметных чувств. Он рассматривает формирование предметных чувств только на одном материале, так сказать. (Очень не хочется применять такие прозаические слова к высоко литературному изложению Стендаля.) Только на материале чувства любви, которое есть предметное чувство. Потому что любовь предполагает всегда любовь к кому-то или к чему-то. То есть предполагает всегда предметную отнесенность.

Видите ли, радость вообще вызывается чем-то, что радует. Любовь относится к чему-то, правда? Но это рассмотрено Стендалем по отношению к любви. Да еще любви в тех исторических формах, какие существовали во времена Стендаля и в тех социальных слоях, которые знал Стендаль, естественно, в его окружении. Он очень любопытную дает классификацию, которая, с историческими поправками и оговорками, представляет большой интерес. Вот в этом кристаллизующемся растворе оказываются разные ингредиенты, разные компоненты, они попадают в кристаллизацию. Он показывает медленность этого образования, что верно. Не сразу происходит кристаллизация, нужно какое-то время, пускай даже короткое. А главное – нужен эмоциональный аспект. То есть нужно накопление вот этих эмоциональных, то есть эмоциогенных ситуаций. Без этого раствора не может произойти кристаллизации. И вот этот раствор есть эмоциональный, в широком смысле слова, опыт.

Что может быть предметом чувства? В чем может кристаллизоваться вот этот эмоциональный раствор, продолжая употреблять и упрощая простой термин Стендаля? Это может быть предмет, вещественный и неодушевленный, и в вещественной, и в идеальной своей форме выступающий. Это может быть человек. Наконец, это может быть абстрактный объект. Я бы назвал это идеей – в очень широком смысле этого термина, идеальный объект уже в не психологическом значении. Скорее в объективном значении термина, как идеал. За этим всегда лежит личная история, которая сохраняется в растворе и которая далее кристаллизуется в объекте. Эти предметы чувств могут символизироваться, то есть могут иметь своих заместителей. Замещаться. Представляться чем-то. Ну и, конечно иметь разную степень обобщения.

Возьмем обыкновенное полковое знамя. Есть чувства, возбуждаемые знаменем? Да. И знамя есть представитель скрывающегося за ним предмета, в котором кристаллизованы какие-то переживания. Что это? Это трудно сказать сразу, без анализа. На одном уровне абстракции, на одном уровне обобщения – это сотоварищи. Не знаю, может, в разных войнах, может, в повседневной жизни. Когда говорят о чести подразделения, чести полка, правильно? В более широком смысле – это армия. А еще в более широком смысле – это Родина. А может, и совсем иначе она представлена – березкой, закатом. Это не самый предмет. Это те формы, в которых он выступает в качестве возбуждающего эти предметные чувства.

Часть III

Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого¹⁰

Пособие для врачей и медицинских психологов

(утверждено на секции по психиатрии Ученого совета Минздрава России 30 сентября 2003 г., протокол № 3)

Методические рекомендации для экспертов

(утверждено научно-методическим советом ФБУ «Российский федеральный центр судебной экспертизы при Министерстве юстиции Российской Федерации» 2 марта 2005 г., протокол № 3)

¹⁰ Пособие (1-е изд. – 2004 г.) подготовлено под редакцией академика РАМН Т.Б. Дмитриевой и профессора Е.В. Макушкина сотрудниками Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского профессором Ф.С. Сафуановым, профессором Е.Г. Дозорцевой, профессором Т.П. Печерниковой, кандидатом юридических наук С.Н. Шишковым, кандидатом психологических наук Е.И. Сулимовской.

Введение

Упоминание об аффекте как извинительном и смягчающем вину обстоятельстве при совершении преступления встречается уже в римском праве времен Юстиниана. Аналогичная тенденция сохранялась в уголовно-судебном уложении короля Карла V «Каролины» (XVI век).

Юридическое значение аффективных состояний было описано в одном из первых европейских трудов по уголовному праву – «Practica nova criminalis», опубликованном в 1635 г. Феномен аффекта рассматривался и в первых учебниках по судебной психиатрии. Вместе с тем экспертов – психиатров и психологов – начали привлекать к его оценке сравнительно поздно. До этого судам было предоставлено право самостоятельно проводить исследование значения аффекта для действий правонарушителя (*Nedopil, 2000*).

Понятие аффекта, начиная с работы Р. Крафт-Эбинга (1898), в контексте судебной психиатрии и судебной психологии рассматривалось в дифференциально-диагностическом плане: различались физиологический (или нормальный) и патологический аффекты. Анализировалось соотношение физиологического аффекта с некоторыми уголовно-правовыми категориями: наличием преступного умысла, вменяемостью-невменяемостью, смягчающими ответственность и наказание обстоятельствами (*Чиж, 1890; Боткин, 1893; Крафт-Эбиг, 1898; Калашиник, 1941*). Были выделены типичная трехфазность возникновения и развития эмоциональной реакции, характерная для аффекта (*Боткин, 1893*), психологические феноменологические признаки аффекта, указывалось на значимую роль исследования личностной и патологической «почвы» при его диагностике (*Чиж, 1890; Боткин, 1893; Крафт-Эбиг, 1898*). Важным явилось выделение разнообразных причин, вызывающих аффекты, среди которых были выявлены психотравмирующие обстоятельства, обуславливающие изменения эмоционального состояния обвиняемых (*Крафт-Эбиг, 1898*). Все эти работы составляли первое направление исследований аффективных реакций и состояний – *судебно-психологическое*.

Второе, параллельно развивающееся, направление можно обозначить как *общепсихологическое*. В отечественной психологии оно представлено работами А.Н. Леонтьева (1971), Н.И. Наенко (1976), А.Р. Лурии (1984), В.К. Вилюнаса (1986). Отличающим от судебно-психологических исследований признаком этого направления явилась разработка проблематики, связанной с аффектами, в контексте общепсихологических вопросов определения эмоций (в широком смысле), соотношения аффекта с чувствами, эмоциями (в узком смысле), настроениями, страстями и другими сторонами эмоциональной сферы. Использование при изучении этой проблемы теорий более широкого плана – в первую очередь теории деятельности – предопределило интерес к исследованию функций аффектов, их роли в регуляции деятельности (*Леонтьев, 1971, 2000*), психологического строения, структуры аффектов (*Вилюнас, 1986*). При этом феноменологические, внешние, признаки аффекта, которым придавалось большое значение в плане судебно-психологических исследований, оставались за полем внимания. Характерно, что при общепсихологических исследованиях практически не оперировали (и не оперируют) понятием «физиологического» аффекта, предпочитая говорить об аффекте без каких-либо дополнительных определений. В этих исследованиях рассматривался более широкий круг аффективных состояний, прежде всего по модальности изучаемого явления: если физиологический аффект традиционно сужен рамками аффектов гнева, ярости и т. п., то аффект в общепсихологическом смысле включает в себя сильные переживания страха, радости, восторга и других эмоций, может приобретать как *стенические*, так и *астенические* формы.

Как бы объединяющим эти два направления является анализ аффекта в работе С.Л. Рубинштейна (1946), который описывает классический аффект гнева, ярости и частично соотносит термин «аффект» с понятием «сильное душевное волнение» (по смыслу Уголовного кодекса). В то же время определение аффекта у С.Л. Рубинштейна (1946) все же несколько

шире, чем дефиниция физиологического аффекта, – он указывает, что аффект «может дать не подчиненную сознательному волевому контролю разрядку в действии», «в аффективном действии в той или иной мере может быть нарушен сознательный контроль в выборе действия», т. е. рассматривает соотношение «аффекта» в общепсихологическом понимании и «аффекта как сильного душевного волнения» как общее и частное. Аналогичную мысль приводил в своих лекциях А.Н. Леонтьев (2000): «В момент аффекта поведение может дезорганизоваться».

В судебно-психологических исследованиях, проводимых как в рамках судебно-психологической экспертизы, так и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ), начиная с работ М.М. Коченова (1974, 1980), было использовано определение физиологического аффекта, близкое к представлению, обоснованному С.Л. Рубинштейном. Диагностика физиологического аффекта основывалась на трехфазности ее развития (выделялись подготовительная стадия, стадия собственно аффективного взрыва и стадия истощения) с определением характерной для каждого этапа динамики субъективных и феноменологических признаков (Ситковская, 1983, 2001). Возникновение физиологического аффекта связывалось с тремя разными механизмами: а) реакция на одноразовое психотравмирующее воздействие; б) разрядка накопленных эмоциональных переживаний; в) отсроченная актуализация аффективных комплексов вследствие повторного воздействия аффектогенного стимула (Коченов, 1991).

Однако, несмотря на кажущуюся универсальность судебно-экспертного подхода к психологической оценке физиологического аффекта, развитие отдельных направлений исследований эмоциональных реакций и состояний обвиняемых выявило множество проблем. Они связаны с оценкой роли психических расстройств и транзиторных психических состояний, на фоне которых развиваются аффективные реакции; с необходимостью соотнесения аффектов с другими эмоциональными состояниями, диагностика которых также могла иметь правовые последствия; и, наконец, с юридическим значением определяемых в судебной экспертизе эмоциональных реакций и состояний.

Физиологический аффект у лиц с пограничными психическими расстройствами и аномалиями. Эта проблема была впервые поставлена в рамках КСППЭ (Печерникова, Гульдан, Остришко, 1983; Кудрявцев, 1988). Решение данной проблемы развивалось по двум основным направлениям, которые можно обозначить как диагностика «физиологического аффекта на патологической почве» и «аномального аффекта».

В ряде работ авторы сосредоточили свое внимание на исследовании «физиологического аффекта на патологической почве», глубоко изучив закономерности возникновения и развития аффекта у психопатических личностей (Остришко, 1982; Печерникова, Гульдан, Остришко, 1983). Физиологический аффект, возникающий у лиц с психопатиями, рассматривался как не выходящая за пределы нормы кратковременная эмоциональная реакция взрывного характера, но вместе с тем был установлен ряд важных диагностических признаков, специфичных для этого вида психической патологии. Введено понятие «условных» психогений, вызывающих аффект (когда ситуация приобретает психотравмирующее значение только в отношении психопатических личностей), которые имеют свои особенности для каждой клинической формы психопатий. Были установлены особенности феноменологии аффективного взрыва и постаффективной стадии, характерные для разных групп психопатических личностей. И.А. Кудрявцев (1988) ввел понятие «аномального» («атипичного», «утяжеленного») аффекта, основываясь на выделении аффективных реакций у психопатических личностей. Эти реакции возникали на фоне длительного накопления эмоционального напряжения под влиянием хронических психотравмирующих ситуаций и вследствие псевдо-и гиперкомпенсаторных механизмов. На подготовительной стадии они приводили к выраженной декомпенсации психических аномалий, а на стадии аффективного взрыва отличались более выраженной глубиной сужения сознания, нежели при физиологическом аффекте.

Практика КСППЭ показывает, что круг психопатологических нарушений, на почве которых возникают аффективные реакции, значительно шире, включает в себя текущие и резидуальные органические психические расстройства, в том числе и с психопатоподобным синдромом, хронический алкоголизм, ремиссию при шизофрении, в последнее время – посттравматические расстройства вследствие участия в боевых действиях и др.

Физиологический аффект на фоне алкогольного опьянения. О.Д. Ситковской (1983) была сформулирована и проверена в экспертной практике возможность экспертной диагностики физиологического аффекта у лиц, находящихся в легкой степени простого алкогольного опьянения в момент совершения преступления. Был сделан вывод, что при наличии основных экспертно-диагностических признаков возможна квалификация их эмоционального состояния как физиологического аффекта.

Соотношение физиологического аффекта и иных эмоциональных реакций и состояний, имеющих юридическое значение. По мере развития судебно-психологической экспертизы и КСППЭ был выделен целый класс эмоциональных реакций и состояний, которые по своим психологическим механизмам развития и по феноменологии не сводятся к понятию «физиологический аффект», но тем не менее существенно ограничивают «свободу выбора действия» обвиняемого при совершении агрессивного преступления вследствие нарушений процессов осознания и регуляции своих действий (Сидоров, 1978; Коченов, 1990, 1991; Голев, 1990; Коченов, Мельник, Романов, 1982; Кудрявцев, 1988; Енгальцев, Шипшин, 1997, 2000; Алексеева, 1997, 1999; Сафуанов, 1998, 2003; Конева, Орел, 1998, и др.). В то же время в исследованиях разных авторов использовалось множество понятий, описывающих эти психические состояния, которые частично пересекаются друг с другом, частично характеризуют различные психологические явления. При этом одни термины заимствованы прямо из представлений общей психологии («стресс», «фрустрация», «растерянность», «конфликт», «страсть», «психическая напряженность»), а другие являются специфичными только для судебно-психологических работ («эмоциональное возбуждение, оказывающее существенное влияние на сознание и деятельность», «эмоциональное напряжение, оказывающее существенное влияние на поведение»).

Различные мнения существовали и по вопросам юридической соотнесенности этих понятий с нормами уголовного права. М.М. Коченов (1991) пришел к выводу, что «наличие аффекта служит одним из доказательств совершения преступления в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения», но «психологическими доказательствами внезапно возникшего сильного душевного волнения... могут также служить и состояния, не укладывающиеся в строгие рамки понятия аффекта». К таким он относил большую группу эмоциональных состояний, объединенную понятием «психической напряженности», во многом совпадающим по содержанию с понятием психологического стресса, при условии, что они сопровождаются такими же выраженными нарушениями осознанной регуляции противоправных действий, как и при аффекте.

Таким образом, современное состояние проблемы судебно-экспертной психологической квалификации аффекта и иных эмоциональных реакций и состояний, способных снизить осознанность и произвольность криминального поведения обвиняемого, выявляет актуальность дальнейшей разработки целого ряда вопросов, значимых для теории и практики КСППЭ. На данном этапе это обусловлено в первую очередь тем обстоятельством, что судебно-психологическое экспертное определение эмоциональных реакций и состояний обвиняемого имеет, по Уголовному кодексу (УК) РФ, введенному в действие с 1997 г., иное, в сравнении с прежней практикой, юридическое значение.

Основные изменения сводятся к следующему.

– В новом кодексе определение состояния сильного душевного волнения (аффекта) у обвиняемого используется только как квалифицирующий признак состава преступления по ст.

ст. 107 и 113, а в качестве обстоятельства, смягчающего наказание, уже не рассматривается. По существу, в новом Кодексе принята более широкая норма – смягчающим обстоятельством является не эмоциональное состояние, а противоправное или аморальное поведение потерпевшего, явившееся поводом для преступления (п. «З» ст. 61 УК РФ).

– В названиях ст. ст. 107 и 113 УК РФ понятие «внезапно возникшее сильное душевное волнение» заменено на понятие «аффект», а в тексте эти термины употребляются как синонимы. Иными словами, по смыслу данных статей состояние «внезапно возникшего сильного душевного волнения» приравнивается к состоянию «аффекта», и, таким образом, термин «аффект» в контексте анализируемых статей УК РФ рассматривается как уголовно-правовое понятие.

– По ст. 107 УК РФ может быть квалифицировано убийство, совершенное в состоянии аффекта, не только лица, спровоцировавшего возникновение аффекта, но и «двух или более лиц», что приводит к необходимости экспертного установления и «расширенного» аффекта, при условии, что каждый из потерпевших совершал противоправные или аморальные действия, спровоцировавшие возникновение аффекта у обвиняемого.

– Возникновение и развитие аффекта, «внезапно возникшего сильного душевного волнения», в новом УК РФ связывается не только с противоправными или аморальными действиями потерпевшего, но и с длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего.

Указанные обстоятельства определяют актуальность разработки дифференцированных критериев диагностики аффекта у обвиняемых в рамках судебно-психологической экспертизы и КСППЭ, с учетом изменений уголовного законодательства и современных представлений психологической науки об эмоциональных состояниях.

Описание метода

1. Преступления, совершенные в состоянии аффекта, по действующему Уголовному кодексу Российской Федерации

Убийство либо причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного неправомерными действиями потерпевшего, влекут за собой значительное смягчение наказания. Это обусловлено тем обстоятельством, что неправомерность действий потерпевшего свидетельствует об извинительном характере содеянного. Преступления, совершенные в таком состоянии, уголовный закон традиционно выделяет в специальный (так называемый привилегированный) состав. Действующий УК РФ предусматривает два привилегированных состава преступлений, совершенных под влиянием внезапно возникшего сильного душевного волнения.

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.

Состав рассматриваемых преступных деяний характеризуется следующими признаками:

– *Субъект преступления* — вменяемое лицо, достигшее 16-летнего возраста.

– *Субъективная сторона преступления* — вина в форме прямого или косвенного умысла; при этом умысел всегда является внезапно возникшим и аффектированным.

– *Объективная сторона преступления* — противоправное лишение жизни другого человека (ст. 107 УК РФ) или противоправное причинение вреда его здоровью (ст. 113 УК РФ), причем вред должен быть либо тяжким, либо средней тяжести.

– *Объект преступления* — жизнь (ст. 107 УК РФ) или здоровье (ст. 113 УК РФ) человека как охраняемые законом блага и ценности.

Значимый в уголовно-правовом отношении аффект (внезапно возникшее сильное душевное волнение) представляет собой эмоциональное состояние такой глубины, при котором способность лица к осознанно-волевой регуляции своего поведения сохраняется, хотя и существенно ослабевает. Уголовно-правовой аффект характеризуется также внезапностью возникновения под воздействием противоправного или аморального поведения потерпевшего и, в частности, под воздействием насилия, издеательства или тяжкого оскорбления со стороны потерпевшего, иных противоправных или аморальных действий (шантажа, клеветы, супружеской измены, повреждения или уничтожения имущества и пр.) либо бездействия потерпевшего. Кроме того, аффект может возникнуть в условиях длительной психотравмирующей ситу-

ации, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего.

Преступные действия обвиняемого, квалифицируемые по ст. 107 или ст. 113 УК РФ, должны быть направлены только на то лицо (или на тех лиц), неправомерные действия которого спровоцировали возникновение внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта).

Квалифицированный вид убийств рассматриваемой категории – убийство в состоянии аффекта двух или более лиц (ч. 2 ст. 107 УК РФ).

При производстве судебной экспертизы в связи с установлением наличия или отсутствия аффекта в компетенцию эксперта-психолога входит определение следующих обстоятельств:

1. Выявление наличия у подэкспертного во время совершения инкриминируемого ему деяния состояния эмоционального возбуждения или напряжения и определение глубины этого состояния в соответствии с признаками, свойственными аффекту (внезапно возникшему сильному душевному волнению).

2. Определение внезапности возникновения указанного эмоционального состояния.

3. Выявление возникновения данного эмоционального состояния вследствие конкретных действий потерпевшего либо в условиях длительной психотравмирующей ситуации, вызванной действиями потерпевшего.

В компетенцию эксперта-психолога не входят: установление достоверности факта совершения подэкспертным инкриминируемых ему деяний; их юридическая квалификация; установление вины в действиях подэкспертного и ее форм (умысел или неосторожность, прямой или косвенный умысел); установление достоверности совершения потерпевшим конкретных действий и квалификация последних в качестве противоправных или аморальных. Если перед экспертом поставлен какой-либо из перечисленных вопросов, то эксперт обязан отказаться от ответа на него, сославшись на п. 6 части 3 ст. 57 Уголовно-процессуального кодекса (УПК) РФ и мотивировав свой отказ тем, что поставленный вопрос (вопросы) выходит за пределы специальных психологических знаний.

2. Юридически значимые психологические признаки внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта) по смыслу ст. ст. 107, 113 УК РФ

В тексте ст. ст. 107 и 113 УК РФ «аффект» является синонимом «внезапно возникшего сильного душевного волнения». Поскольку эти понятия – одни из квалифицирующих признаков состава преступления по ст. ст. 107 и 113 УК РФ, они должны рассматриваться как *уголовно-правовые понятия, наполненные определенным психологическим содержанием*. Определение психологического содержания правового понятия «аффект» и составляет предмет исследования судебного эксперта-психолога при проведении КСППЭ или судебно-психологической экспертизы.

Экспертные понятия являются результатом трансформации общепсихологических категорий, занимают промежуточное положение между общепсихологическими представлениями и юридическими терминами (*Винберг, Малаховская, 1979*). Они не могут быть заимствованы в неизменном виде из теории психологии, поскольку связь судебно-психологической экспертизы с психологией всегда опосредованна: общепсихологические понятия не содержат информации об их юридической значимости, о том, какие правовые последствия могут проистекать из их диагностики. В то же время «экспертные» судебно-психологические понятия нельзя признать и полностью правовыми – они носят междисциплинарный характер и представлены в основном в виде юридических критериев. Эти критерии, являясь уголовно-правовыми, сформулированы в психологических понятиях, раскрывающих наиболее интегративные, обобщенные особенности отражения окружающего мира и регуляции поведения (*Коченов, 1991*). Поэтому юридическое значение имеют не диагностируемые экспертом общепсихологические явления (т. е. аффект в собственно общепсихологическом смысле или стресс, фрустрация, рас-

терянность и т. п.), а экспертные судебно-психологические понятия, соотносимые с нормами уголовного права (Сафуанов, 2003).

В зарубежной литературе, в частности, в литературе ФРГ, также дискутируется вопрос о предметном содержании категории «аффект». Некоторые исследователи считают, что мера аффективной отягощенности субъекта преступления в той или иной ситуации должна определяться юридически. Другие авторы полагают, что содержательную трактовку этого юридического термина скорее могут дать специалисты, психиатры и психологи, исходя из своего клинического опыта (Nedopil, 2000). Конструктивное решение этой проблемы, воспринятое экспертной практикой, предложено М. Штеллером при формировании стандартов судебно-психологической экспертизы. Разработанная им схема экспертизы включает в себя несколько этапов. Исходным ее пунктом служит экспертная постановка вопроса. Второй этап состоит в переформулировке вопроса в категории конкретной дисциплины – психиатрии или психологии. Для подготовки ответа проводится диагностический сбор данных и составление заключения на уровне признаков предметной дисциплины. Затем формулируются выводы на уровне экспертных признаков и дается заключение экспертов (Steller, 1988).

Как показывает уголовно-правовой и экспертологический анализ ст. ст. 107 и 113 УК РФ, судебно-психологическое экспертное понятие аффекта включает выраженные эмоциональные состояния и реакции, которые отличаются следующими признаками:

1) Возникают внезапно.

Соответственно этот юридически значимый признак (внезапный переход качества и интенсивности эмоционального состояния на новый уровень, а затем выход из этого уровня) с позиций общей психологии определяет характерную для уголовно-релевантных эмоциональных реакций и состояний *трехфазность* возникновения и развития течения.

2) Вызываются:

– единичным (разовым) психотравмирующим воздействием поведения потерпевшего – или длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего.

3) На высоте своего развития резко ограничивают способность обвиняемого к осознанно-волевой регуляции своих криминальных действий.

Возникновение и развитие аффекта (внезапно возникшего сильного душевного волнения) в новом УК РФ связывается не только с «насилием, издевательством, тяжким оскорблением либо иными противоправными или аморальными действиями потерпевшего», но и с «длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего».

Это, во-первых, уточняет содержание признака «внезапности» возникновения сильного душевного волнения: внезапность теперь относится к субъективному генезу аффекта и не всегда означает непосредственность наступления аффективной реакции сразу после противоправных действий потерпевшего.

Во-вторых, и это главное, – существенно расширяется круг эмоциональных реакций, имеющих юридическое значение и подпадающих под судебно-психологическое экспертное понятие «аффекта». Понятие аффекта должно включать не только эмоциональные реакции взрывного характера, возникающие в ответ на однократное психотравмирующее воздействие (традиционно обозначаемые как «физиологический аффект»), но и ряд эмоциональных реакций и состояний, возникающих в результате кумуляции эмоционального напряжения в условиях длительной психотравмирующей ситуации, которые могут носить, а могут и не носить «взрывной» характер, но не уступают физиологическому аффекту по глубине сужения сознания и нарушений произвольной регуляции действий и обязательно возникают субъективно

(и объективно¹¹) внезапно. На основе юридически значимых психологических признаков внезапно возникшего сильного душевного волнения как квалифицирующего признака ст. ст. 107 и 113 УК РФ возможно выделение конкретных критериев судебно-психологической экспертной оценки аффекта как судебно-психологического экспертного понятия.

3. Судебно-психологические критерии диагностики судебно-психологического экспертного понятия аффекта

Критерии судебно-психологической экспертной оценки аффекта представляют собой конкретизацию юридически значимых психологических свойств внезапно возникшего сильного душевного волнения как правового понятия и одного из квалифицирующих признаков состава преступления по ст. ст. 107 или 113 УК РФ. При составлении перечня данных критериев учтен тридцатилетний опыт производства судебно-психологической экспертизы и КСППЭ в нашей стране, отраженный в специальной судебно-психологической литературе.

Основополагающим принципом применения критериев диагностики аффекта является разделение признаков, ее характеризующих, на основные (облигатные) и дополнительные (факультативные), предложенное М.М. Коченовым (1991). *Для обоснованного установления состояния аффекта у обвиняемого в момент совершения инкриминируемого ему деяния необходимо наличие всех (без исключения) обязательных признаков, выделяемых на каждой стадии развития эмоциональной реакции.* Наличие дополнительных признаков делает экспертный вывод о состоянии аффекта у обвиняемого еще более доказательным, однако для определения аффекта достаточно выявления только обязательных признаков при клинико-психологическом анализе материалов уголовного дела и результатов экспериментально-психологического обследования подэкспертного.

Указанные критерии подлежат выявлению в ходе психологического анализа материалов уголовного дела и данных комплексного психолого-психиатрического обследования подэкспертного, всестороннему анализу, судебно-психологической экспертной оценке, обоснованному доказыванию (см. раздел 7, с. 110–116).

3.1. Аффект, вызванный единичным (разовым) психотравмирующим воздействием поведения потерпевшего (физиологический аффект)

1. Первая фаза – доаффективная

Обязательные признаки:

1.1. Субъективная неожиданность психотравмирующего воздействия.

1.2. Субъективная внезапность возникновения аффективного взрыва.

Дополнительные (факультативные) признаки:

1.3. Ощущение субъективной безвыходности из сложившейся ситуации.

1.4. Неблагоприятное психофизиологическое состояние (переутомление, недосыпание, соматическое заболевание и пр.).

2. Вторая фаза – аффективного взрыва

Обязательные признаки:

2.1. Взрывной характер эмоциональной реакции.

2.2. Частичное сужение сознания.

2.2.1. Фрагментарность и неполнота восприятия (симультанная и сукцессивная)¹².

2.3. Нарушения произвольной регуляции деятельности.

2.3.1. Расстройство опосредованности действий.

2.3.2. Расстройство контроля действий.

2.3.3. Снижение способности к прогнозу результатов действий.

¹¹ Объективную «внезапность» определяет суд. Обычно применяется не временной критерий внезапности, а имеется в виду внезапность возникновения умысла на преступление (Комментарий к УК РФ, 1996. С. 240).

¹² Фрагментарность симультанного восприятия – неполное восприятие ситуации в отдельный момент времени. Фрагментарность сукцессивного восприятия – неполное восприятие окружающей действительности и своих действий во времени.

2.3.4. Отсутствие прогноза отдаленных последствий действий.

Дополнительные признаки:

2.2. Относящиеся к частичному сужению сознания.

2.2.1. Заполненность сознания переживаниями, связанными с психотравмирующим воздействием.

2.2.2. Элементы искаженного (иллюзорного) восприятия.

2.2.3. Элементы утраты чувства реальности окружающего.

2.2.4. Элементы ощущения отчуждения своих действий.

2.3. Относящиеся к нарушениям произвольной регуляции деятельности.

2.3.1. Двигательные автоматизмы (стереотипии).

2.3.2. Нарушения речевой деятельности.

2.3.3. Несоответствие агрессивных действий обвиняемого его ценностно-смысловой сфере, направленности личности или типичным для него способам реагирования.

2.4. Резкое изменение вазомоторных и иных вегетативных проявлений.

3. Третья фаза – постаффективная *Обязательные признаки:*

3.1. Физическая астения (истощение).

3.2. Психическая астения (истощение).

Дополнительные признаки:

3.3. Дезорганизация психической деятельности.

3.4. Неполное осознание (недопонимание) случившегося.

Физиологические аффекты развиваются при таком психологическом механизме криминальной агрессии, как возникновение агрессивных действий в структуре эмоционального возбуждения (Сафуанов, 2003). Необходимым условием определения аффекта наряду с установлением типичной для аффектов трехфазности возникновения и течения эмоциональной реакции является выявление такой высокой степени эмоционального возбуждения, возникающего сразу после психотравмирующего воздействия, которая сопровождается частичным сужением сознания и препятствует полноценному осознанию своих действий и их произвольной регуляции.

При физиологическом аффекте агрессивное побуждение формируется в ответ на экстремальное психотравмирующее воздействие (которое оценивается обвиняемым как «субъективно неожиданное») и носит сверхинтенсивный характер с мгновенной мобилизацией энергетических ресурсов. Возникновение аффективного взрыва у обвиняемого облегчается при неблагоприятном психофизиологическом его состоянии (переутомлении, астении, соматическом заболевании). Принятие решения и выбор действия происходят непосредственно, импульсивно и безальтернативно. Оценка ситуации и самооценка на этапе формирования побуждения и выбора действия грубо дихотомична. Агрессивное действие во время физиологического аффекта – это первое и единственное эмоционально обусловленное решение, в сознании не актуализируются иные возможные выходы из психотравмирующей ситуации, что переживается обвиняемыми как «субъективная безвыходность». При оценке психологического механизма физиологического аффекта уместнее говорить не об автоматизированности действий, а об автоматизированности мотивации. Инициация действия практически слита с выбором действия, что обвиняемыми ощущается как «субъективная внезапность» импульса к действию. Рефлексия как решение задачи на смысл практически отсутствует – субъект не успевает осознать основания своего поведения, что приводит к тому, что чаще всего на постаффективной стадии наступает субъективное «отчуждение» криминального действия – подэкспертные лица не могут поверить, что они смогли совершить криминально-агрессивные акты. Рефлексия как объективация нарушена в силу частичного сужения сознания – человек не может в момент совершения деликта осознать в полной мере окружающую обстановку, реальную ситуацию, его восприятие отличается фрагментарностью и неполнотой как во времени,

так и в пространстве. Инициированное действие практически не может быть изменено или приостановлено – окончание криминального действия происходит не в связи с изменением ситуации, а вследствие истощения аффективного побуждения, что закономерно приводит к физической и психической астении, обусловленной бурной энергетической разрядкой, которая в ряде случаев может сопровождаться дезорганизацией психической деятельности и неполным осознанием случившегося. Само действие не поддается опосредованию и контролю, прогноз результата возможен, но мало дифференцирован (прогнозируется не убийство, а избавление от психотравмирующего, опасного, угрожающего и т. п. воздействия), оценка отдаленных последствий отсутствует, что указывает на полностью ситуационный характер мотивации при физиологическом аффекте.

При выраженных аффективных состояниях, особенно у лиц с пограничными психическими нарушениями (при некоторых видах органической и личностной патологии), могут наблюдаться и элементы иллюзорного восприятия, дереализации и деперсонализации, а также двигательные автоматизмы – однако их наличие не обязательно для диагностики аффекта. Дополнительными признаками аффекта являются и нарушения речи, и вегетативные проявления на высоте эмоциональной реакции, поскольку при отсутствии свидетелей преступления эти признаки могут быть не отражены в материалах уголовного дела.

Таким образом, при физиологическом аффекте как непосредственной аффективной реакции в ответ на противоправные или аморальные действия потерпевшего ограничены как внешние ресурсы свободы выбора действия (поведением потерпевшего, психотравмирующими особенностями ситуации), так и внутренние (в силу частичного сужения сознания). Способность к переходу на смысловой уровень регуляции поведения практически отсутствует – доминирует потребностно-реактивная логика поведения. Субъективно человеком это ощущается как совершение «чуждых» для него действий, а одним из дополнительных экспертных критериев, отражающих снижение уровня регуляции аффективного поведения, является несоответствие действий обвиняемого в состоянии физиологического аффекта его ценностно-смысловой сфере, направленности его личности или типичным для него способам реагирования.

В то же время содержательную характеристику переживаний, наступающих у обвиняемого после осознания случившегося (чувство раскаяния, жалости к потерпевшему и т. п.), нельзя отнести к критериям диагностики физиологического аффекта, поскольку они отражают не динамику и глубину эмоционального возбуждения, а относятся к реакции обвиняемого на случившееся. Такая реакция лежит вне структуры аффекта и чаще всего определяется структурой личности обвиняемого, а не только его эмоциональным состоянием.

При физиологическом аффекте ограничение свободы при выборе действия обусловлено прежде всего очень высоким уровнем эмоционального возбуждения, которое сопровождается частичным сужением сознания, возникшего в ответ на психотравмирующую ситуацию. При этом варианте экспертный вывод о том, что обвиняемый в момент совершения инкриминируемого ему деяния находился в состоянии аффекта, может быть использован судом для квалификации внезапно возникшего сильного душевного волнения (аффекта), вызванного насилием, издевательством или тяжким оскорблением со стороны потерпевшего либо иными противоправными или аморальными действиями потерпевшего.

3.2. Аффект, вызванный длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с поведением потерпевшего (кумулятивный аффект)

1. Первая фаза – доаффективная

Обязательные признаки:

1.1. Кумуляция (накопление) эмоционального напряжения.

1.2. Субъективная внезапность возникновения аффективного взрыва или выраженного эмоционального напряжения в ответ на очередное психотравмирующее воздействие (реальное, условное, ассоциативно связанное с длительной психотравмирующей ситуацией).

Дополнительные (факультативные) признаки:

1.3. Ощущение субъективной безвыходности из сложившейся ситуации и субъективной беспомощности.

1.4. Ощущение безысходности сложившейся ситуации.

1.5. Неудачные попытки совладающего поведения – наличие фрустраций, связанных с поиском выхода из психотравмирующей ситуации.

1.6. Формирование психологических защит, снижающих степень психотравмирующего воздействия.

1.7. Неблагоприятное психофизиологическое состояние (переутомление, недосыпание и пр.).

2. Вторая фаза – аффективного взрыва или кульминации эмоционального напряжения *Обязательные признаки:*

2.1. Частичное сужение сознания.

2.1.1. Фрагментарность и неполнота восприятия (симультанная и сукцессивная).

2.1.2. Заполненность сознания переживаниями, связанными с психотравмирующим воздействием.

2.2. Нарушения произвольной регуляции деятельности.

2.2.1. Расстройство опосредованности действий.

2.2.2. Расстройство контроля действий.

2.2.3. Снижение способности к прогнозу результатов действий.

2.2.4. Отсутствие прогноза отдаленных последствий действий.

Дополнительные признаки:

2.1. Относящиеся к частичному сужению сознания.

2.1.3. Элементы искаженного (иллюзорного) восприятия.

2.1.4. Элементы утраты чувства реальности окружающего.

2.1.5. Элементы ощущения отчужденности своих действий.

2.2. Относящиеся к нарушениям произвольной регуляции деятельности.

2.2.5. Двигательные автоматизмы (стереотипии).

2.2.6. Нарушения речевой деятельности.

2.3. Резкое изменение вазомоторных и иных вегетативных проявлений.

3. Третья фаза – постаффективная

Обязательные признаки:

3.1. Физическая астения (истощение).

3.2. Психическая астения (истощение).

Дополнительные признаки:

3.3. Дезорганизация психической деятельности.

3.4. Неполное осознание (недопонимание) случившегося.

3.5. Субъективное переживание чувства облегчения, разрядки напряжения, разрешения психотравмирующей ситуации.

Судебно-психологическая экспертная оценка аффекта кумулятивного генеза возможна при определении такого психологического механизма криминальной агрессии, как *разрядка эмоциональной напряженности, возникшей в длительной психотравмирующей ситуации* (Сафуанов, 2003). Кумулятивные эмоциональные состояния диагностируются в основном у психически здоровых, у лиц с резидуальными формами органического психического расстройства без выраженных изменений психики, реже – у обвиняемых с расстройством личности. Для личностной структуры таких обвиняемых характерны высокий самоконтроль, склонность к опосредованию своих действий, обдумыванию возможных их последствий, низкий уровень агрессивности.

Интенсивность агрессивного побуждения в момент совершения преступления у таких обвиняемых связана с высоким уровнем эмоциональной напряженности, развившейся у них в длительной психотравмирующей ситуации, связанной с особенностями поведения потерпевшего. До разрядки напряженности обвиняемым свойственен перебор вариантов поведения, направленных на снижение этой напряженности. Он протекает как процесс «совладающего» поведения, но оказывается неудачным. Неудачные попытки разрешить психотравмирующую ситуацию заканчиваются фрустрациями, что, в свою очередь, по механизму порочного круга приводит к дальнейшему усилению эмоционального напряжения. Совладающее поведение у многих обвиняемых сопровождается и формированием различных психологических защит, снижающих субъективную значимость ситуации (вытеснение, рационализация и т. п.). После исчерпания всех копинг-стратегий (направленных на изменение ситуации) и «поломки» защитных механизмов эмоционально обусловленный выбор агрессивного действия (возникающего обычно в ответ на очередную психогению по механизму «последней капли») оказывается импульсивным и безальтернативным.

Если при физиологическом аффекте, как непосредственной реакции на разовое психотравмирующее воздействие, выбор действия является первым и единственным, то при кумулятивном аффекте агрессия – субъективно последний и единственный выход из психотравмирующей ситуации.

Характерное для кумулятивного аффекта частичное сужение сознания, признаки которого иногда можно наблюдать уже на стадии накопления эмоционального напряжения, снижает возможности рефлексии и осмысления своего поступка. Смысл своих агрессивных действий в момент совершения правонарушения практически не осознается, а сочетание «отчуждения» и «принятия» своего противоправного акта на постаффективной стадии сигнализирует об отчетливом конфликтном смысле собственной агрессии – с одной стороны, она является единственным выходом из сложившейся ситуации, с другой – она противоречит ценностям личности. Способность к оценке и самооценке также снижается уже при выраженном эмоциональном напряжении – именно поэтому повод для аффекта может быть объективно незначительным, «условным» (*Печерникова, Гульдан, Остришко, 1983*), или «ассоциативно связанным с психотравмирующей ситуацией» (*Коченов, 1991*), при этом ситуация будет оцениваться субъективно как «безвыходная». Искажения самооценки динамически проявляются на стадии, непосредственно предшествующей аффективному взрыву, в виде ощущения «безысходности ситуации и субъективной беспомощности».

Изменение действия или отказ от него на стадии кульминации аффекта практически невозможны – частичное сужение сознания, эмоционально сверхзначимый характер агрессивного побуждения, быстротечность и интенсивность эмоциональной реакции препятствуют коррекции действий. Оценка промежуточных результатов своих действий на стадии кумуляции эмоциональной напряженности в основном негативная, что связано с неудачными попытками совладающего поведения, а на стадии аффективного взрыва отсутствует, что часто приводит к двигательным автоматизмам. Контроль поведения при накоплении эмоционального напряжения избыточен, что преимущественно связано с индивидуально-психологическими особенностями обвиняемого, а на пике аффекта он снижен. В момент совершения преступления прогноз результата своих действий и оценка их последствий фактически не осуществляются. Окончание агрессивного действия при кумулятивном аффекте связано не с оценкой изменения ситуации, а с истощением агрессивного побуждения, разрядкой эмоционального напряжения. Поэтому во многих случаях агрессивные действия сопровождаются нанесением потерпевшему множественных и стереотипно локализованных повреждений.

При агрессивных правонарушениях на высоте аффективных состояний кумулятивного генеза внешние ресурсы свободы выбора действия резко ограничены в силу длительной психотравмирующей ситуации, связанной с определенным поведением потерпевшего. На это вли-

яют и социальные условия – чаще всего аффективные деликты совершаются в семье, в период прохождения службы в армии, т. е. в ситуациях, накладывающих ограничения ролевого поведения. Снижение возможности свободного выбора действия обусловлено и ограничением личностных ресурсов, связанных с сужением репертуара копинг-стратегий под влиянием либо жизненных ценностей, либо черт личности, тормозящих агрессию. В момент, непосредственно предшествующий кульминации аффекта, способность к выбору действия максимально редуцирована. Способность к смысловой и социально-нормативной регуляции своего поведения, будучи сохранной на стадии кумуляции эмоционального напряжения, блокирующей возможность разрядки в агрессивных формах, только способствует росту напряжения. В момент аффективного взрыва смысловая регуляция поведения, опосредующая действия личностными ценностями, не осуществляется, хотя непосредственным поводом для аффекта может быть дискредитация именно ценностных структур личности («унижение чести и достоинства»).

Аналогичный механизм нарушения свободы выбора действия под влиянием частичного сужения сознания можно установить и при выраженном эмоциональном напряжении, возникшем у обвиняемого в связи с длительной психотравмирующей ситуацией и на высоте своего развития сопровождавшемся нарушениями осознанной регуляции поведения. Феноменологически кульминация эмоционального напряжения носит невзрывной характер, тем не менее она наступает внезапно для субъекта. На высоте напряжения наступает частичное сужение сознания, которое определяет столь же глубокое ограничение способности обвиняемого к осознано-волевому поведению, как и при физиологическом аффекте, поэтому такое эмоциональное состояние необходимо расценивать как вариант судебно-психологического экспертного понятия «аффект» (Коченов, 1991; Печерникова, 1998; Сафуанов, 1998, 2001, 2003; Шитшин, 2000).

Таким образом, в рассматриваемом варианте психологического механизма криминальной агрессии ограничение свободы выбора действия обусловлено прежде всего интенсивным эмоциональным напряжением, возникшим в условиях длительной психотравмирующей ситуации. На высоте эмоционального напряжения (часто сменяющегося эмоциональным возбуждением, аффективной реакцией) частичное сужение сознания определяет интенсивность агрессивного побуждения и невозможность изменения направленности агрессивных действий. Экспертное заключение в данном случае формулируется как наличие состояния аффекта у обвиняемого в момент совершения правонарушения, что может служить основанием для судебной квалификации внезапно возникшего сильного душевного волнения, вызванного длительной психотравмирующей ситуацией, возникшей в связи с систематическим противоправным или аморальным поведением потерпевшего, как одного из признаков состава преступления ст. 107 или ст. 113 УК РФ.

4. Виды эмоциональных состояний, входящих в объем судебно-психологического экспертного понятия «аффект»

Понятие «аффект» является судебно-психологическим экспертным понятием, имеющим двухступенчатую структуру.

Родовым является понятие «аффект» (как внезапно возникшее сильное душевное волнение) (Печерникова, 1998; Сафуанов, 1998, 2001, 2003; Шитшин, 2000), а его разновидностями, т. е. промежуточными экспертными понятиями, характеризруемыми вышеописанными судебно-психологическими экспертными критериями, являются следующие категории:

– «*Физиологический аффект*» как общепсихологический аффект, развивающийся непосредственно в ответ на единичное (разовое) психотравмирующее воздействие.

– «*Кумулятивный аффект*» как общепсихологический аффект, возникающий вследствие накопления эмоционального напряжения в условиях длительной психотравмирующей ситуации, на фоне длительного стресса, сопровождающегося внутриличностным конфликтом

и состояниями фрустрации вследствие неудачных стратегий совладающего (копинг) поведения.

– «*Выраженное эмоциональное напряжение, оказывающее существенное влияние на сознание и поведение*». Обычно состояние эмоциональной напряженности характеризуется менее выраженными по сравнению с общепсихологическими аффектами нарушениями осознания и регуляции поведения. Однако в практике судебно-психологической и психолого-психиатрической экспертизы иногда встречаются случаи, когда у обвиняемого накопленное в условиях длительной психотравмирующей ситуации эмоциональное напряжение внезапно переходит на качественно новый уровень и на высоте своего развития сопровождается частичным сужением сознания и соответственно таким же ограничением возможности осознанно и произвольно регулировать свои действия, как и при кумулятивном аффекте. Данное эмоциональное состояние встречается гораздо реже, чем эмоциональные реакции взрывного характера, тем не менее, если оно характеризуется всеми обязательными признаками, описанными в разделе 3.2, его также необходимо соотносить с экспертным понятием аффекта (внезапно возникшего сильного душевного волнения). В его структуре существует «момент "срыва", наступающий неожиданно для субъекта переживания», который «является высшей точкой развития эмоциональной психической напряженности», при этом «состояние эмоциональной психической напряженности развивается более плавно, чем аффект, но на "вершине" этого состояния происходят изменения сознания, мотивации поведения, сравнимые по качеству с изменениями, наблюдающимися при аффекте» (Коченов, 1991).

Как видно из сопоставительного анализа феноменологии рассмотренных промежуточных экспертных понятий, все они наступают субъективно внезапно, на высоте развития ограничивают (в силу различных психологических механизмов) способность обвиняемого к осознанию значения своих действий и осуществлению произвольной волевой их регуляции, а различаются удельным весом эмоциональной напряженности, накапливающейся в условиях длительной психотравмирующей ситуации, вследствие специфики взаимодействия индивидуально-психологических особенностей с ситуационными факторами.

5. Дифференциальная диагностика аффекта с другими эмоциональными реакциями и состояниями

5.1. Патологический аффект

Многими авторами (Калашиник, 1941; Коченов, 1980; Ситковская, 1983; Печерникова, Гульдман, Остришко, 1983; Кудрявцев, 1988, 1999) отмечается, что состояния уголовно-релевантного аффекта, имеющего значение для квалификации ст. 107 или ст. 113 УК РФ, и *патологического аффекта* имеют ряд как общих, так и отличающих признаков.

Оба состояния возникают по внешнему психотравмирующему поводу, носят кратковременный характер и отличаются четкой трехфазностью динамики. Основным критерием отграничения патологического аффекта от «нормального» на второй фазе течения эмоциональной реакции является установление психогенно обусловленного глубокого помрачения сознания, для которого свойственны полная дезориентировка, продуктивная психотическая симптоматика, психомоторное возбуждение. Как отмечают Т.П. Печерникова, В.В. Гульдман, В.В. Остришко (1983), психотическая симптоматика, свойственная патологическому аффекту, отличается незавершенностью, малой выраженностью, определяется кратковременными нарушениями перцептивной деятельности в виде иллюзорных восприятий или аффективных функциональных галлюцинаций, психосенсорными расстройствами, нарушениями схемы тела, состояниями острого страха и растерянности, нестойкими бредовыми переживаниями. Для третьей фазы патологического аффекта характерны терминальный сон или тяжелая прострация с явлениями оглушенности, абсолютной безучастности к происходящему (Кудрявцев, 1999), полная амнезия собственных действий, обстановки правонарушения, действий

потерпевшего – при этом могут оставаться воспоминания о первой (непсихотической) фазе, отрывочные воспоминания о психотических переживаниях (*Печерникова, Гульдман, Остришко, 1983*).

Патологический аффект относится к категории «временного психического расстройства», определяющего неспособность подэкспертного осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими во время совершения общественно опасного деяния (ст. 21 УК РФ).

5.2. Аффект на фоне алкогольного опьянения

Все промежуточные экспертные понятия, описывающие аффект (внезапно возникшее сильное душевное волнение) могут устанавливаться у обвиняемых, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. В настоящее время вопрос о правомерности диагностики аффекта у лиц в состоянии алкогольного опьянения практически не дискутируется (*Ситковская, 1983, Кудрявцев, 1988, 1999*). Все указанные судебно-психологические признаки разновидностей экспертного понятия аффекта сохраняются только при простой форме алкогольного опьянения. Измененная (атипичная) и тем более психотическая формы опьянения обычно нарушают нормальную динамику аффективных реакций, сопровождаются более или менее отчетливыми психопатологическими проявлениями, поэтому эмоциональные реакции на их фоне не могут быть расценены как судебно-психологический аффект. Из трех степеней простого алкогольного опьянения возможно квалифицировать аффект только при легкой его степени, поскольку средняя и особенно тяжелая степень вызывают более глубокие нарушения сознания, чем при аффективных состояниях, и поведение обвиняемого детерминируется уже расстройствами психических процессов под влиянием алкоголя¹³. Влияние алкогольной интоксикации на динамику аффекта обычно можно проследить на первой стадии развития эмоциональной реакции – состоянии опьянения обуславливает изменения субъективного восприятия и осмысления ситуации (в частности, она может восприниматься как более угрожающая), а также изменения регуляции поведения (появляется ригидность, сужающая выбор возможных вариантов поведения) (*Кудрявцев, Сафуанов, Голев, 1986*).

5.3. Аффект у лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости

И физиологический, и кумулятивный аффекты, и эмоциональные состояния, оказывающие существенное влияние на сознание и поведение, могут устанавливаться у обвиняемых с пограничными формами психической патологии, не исключающими вменяемости, при условии, что динамика аффекта обуславливается личностной реакцией на психотравмирующие обстоятельства, а не собственно психопатологией подэкспертного. Наиболее часто аффект диагностируется у лиц с резидуальными, компенсированными формами органической патологии и у лиц с «расстройством зрелой личности» (психопатией). В этом случае имеет смысл выявлять своеобразие аффективных состояний у лиц с пограничными психическими аномалиями на всех стадиях их динамики (*Печерникова, Гульдман, Остришко, 1983*), для четкого разграничения в этих эмоциональных состояниях «специфических признаков аффекта и проявлений заболевания» (*Коченов, 1991*).

«Извинительные» аффекты, возникающие непосредственно в структуре эмоционального возбуждения или как разрядка накопленного в длительной психотравмирующей ситуации эмоционального напряжения, как показано в ряде исследований (*Гульдман, 1985*), не являются нозоспецифичными. Поэтому если эмоциональные реакции и состояния, возникающие у лиц с пограничными психическими расстройствами, характеризуются всеми указанными в разделе 3 обязательными признаками, их необходимо квалифицировать как аффекты, имеющие уго-

¹³ В соответствии с приложениями к ныне действующему приказу МЗ СССР № 694 от 08.09.88 легкой степени соответствует концентрация алкоголя в крови 1–2 %, средней – 2–3 %, тяжелой – свыше 3 %.

ловно-правовое значение по смыслу ст. 107 или ст. 113 УК РФ. Обычно своеобразие возникновения и течению аффекта у обвиняемых с патологией личностной сферы и у лиц с органической почвой придает специфика психотравмирующих воздействий, связанных с действиями потерпевших: в зависимости от типа личностного расстройства выделяются «условные» психогении, которые приобретают аффектогенное значение только в отношении аномальных личностей, затрагивая измененную личностной дисгармонией сферу мотивов, установок, притязаний (*Печернишова, Гульдман, Остришко, 1983*). Кроме того, у таких обвиняемых вторая фаза аффекта, возникшего на фоне длительной психотравмирующей ситуации и декомпенсации, может сопровождаться более глубокими расстройствами саморегуляции, а также иллюзорным восприятием, элементами дереализации и деперсонализации (*Кудрявцев, 1999*), т. е. дополнительными признаками аффекта.

В то же время возникает необходимость различать уголовно-релевантные аффекты у лиц с пограничными психическими аномалиями и эмоциональные реакции, внешне схожие с аффектами, но отличающимися от них психологическим механизмом и динамикой своего возникновения и развития.

С одной стороны, феноменологическое сходство с аффектами имеют психопатические реакции в рамках однозначного типу личностного расстройства реагирования. У психопатических личностей возбудимого и истерического круга они иногда могут сопровождаться частичным сужением сознания и последующей астенией, но их возникновение связано с «самовзвинчиванием» и «самопопустительством», что исключает определение таких значимых для диагностики аффекта обязательных признаков первой фазы, как «субъективная неожиданность психотравмирующего воздействия» и «субъективная внезапность возникновения аффекта» (см. раздел 3). Поэтому такие эмоциональные реакции, носящие характер привычного, «воспитанного», типа реагирования в субъективно сложных ситуациях, нельзя оценивать как уголовно-релевантный аффект (*Печернишова, Гульдман, Остришко, 1983*).

С другой стороны, сложности представляет и отграничение физиологического аффекта от аномальных эмоциональных реакций у лиц с психическими расстройствами, совершивших криминально-агрессивные действия под совокупным влиянием и эмоционального возбуждения, и алкогольного опьянения в психотравмирующей ситуации. Этот вариант криминальной агрессии характерен для лиц с органической почвой, у которых преобладает «эпилептоидный радикал» личности с аффективной ригидностью, склонностью к фиксации на отрицательных переживаниях и их накоплению, негибкостью поведения, повышенной подозрительностью, злопамятностью, ощущением недоброжелательного или враждебного отношения со стороны окружающих. Их правонарушения возникают в ответ на психотравмирующие воздействия со стороны потерпевших, чаще всего – на высказывания оскорбительного характера, затрагивающие наиболее значимые для обвиняемых личные переживания, во время совместного употребления алкогольных напитков. Ситуационно обусловленные эмоциональные реакции в ряде случаев могут сопровождаться частичным сужением сознания. Однако, хотя внешне динамика психического состояния таких обвиняемых напоминает развитие эмоциональной реакции по типу физиологического аффекта, криминальное действие не приводит к разрядке эмоционального напряжения, злобное и brutальное отношение к жертве остается и после совершения правонарушения, а посткриминальная фаза не сопровождается какими-либо проявлениями психической и физической астении, т. е. обязательными признаками физиологического аффекта. Соответственно такие «аномальные аффекты» не могут быть квалифицированы как аффект по смыслу ст. 107 и ст. 113 УК РФ.

При судебной экспертной оценке описанных эмоциональных реакций у лиц с пограничными психическими расстройствами, внешне сходных с аффектами, но отличающихся от них как по психологическим механизмам, так и по совокупности обязательных критериев, целесообразно решать вопрос о неполной способности обвиняемых к осознанию фактического харак-

тера и общественной опасности своих действий или их руководству вследствие психического расстройства, не исключающего вменяемости, в соответствии с ч. 1 ст. 22 УК РФ.

5.4. Эмоциональные реакции и состояния, не достигающие степени выраженности аффекта

Эмоциональные реакции и состояния, не достигающие степени выраженности аффекта, т. е. не сопровождающиеся выраженными нарушениями осознанно-волевой регуляции криминально-агрессивных действий, достаточно разнообразны как по своей глубине, так и по характеру протекания.

Для эмоционального возбуждения или напряжения, которые несущественно влияют на процессы осознания и саморегуляции, свойственно отсутствие типичной для физиологического и кумулятивного вариантов аффекта трехфазной динамики возникновения и течения эмоциональной реакции или состояния.

Более сложно осуществлять отграничение аффекта от эмоциональных состояний, которые возникают в ответ на психотравмирующие воздействия (особенно в условиях длительной психотравмирующей ситуации) и носят трехфазный характер, однако не отличаются такой же выраженной глубиной дизрегулирующего влияния на сознание и деятельность обвиняемого в момент совершения правонарушения, как при аффекте. Основой отграничения таких состояний от аффекта является невыраженность частичного сужения сознания с фрагментарностью восприятия и отсутствие всех значимых признаков нарушений произвольной регуляции деятельности, т. е. критериев, приведенных в разделе 3. Такие эмоциональные реакции и состояния могут сопровождаться расстройством отдельных компонентов регуляции поведения – например, понижением контроля действий, недостаточной их опосредованностью, однако при этом способность к осознанию своих поступков и управлению ими существенно не нарушается, произвольность поведения остается относительно сохранной. Часто показателем невыраженности частичного сужения сознания и нарушений саморегуляции у обвиняемого при эмоциональных состояниях, не достигающих степени выраженности аффекта, является и невыраженность признаков третьей фазы – отсутствие физической и психической астении после содеянного.

6. Особенности судебно-психологической экспертной диагностики аффекта у несовершеннолетних обвиняемых (16–18 лет)

Юридически значимый аффект при совершении агрессивно-насильственных противоправных действий у несовершеннолетних в КСППЭ устанавливается значительно реже, чем у совершеннолетних обвиняемых. Крайне редкая квалификация состояний аффекта у несовершеннолетних объясняется особенностями онтогенетического психического развития подростков. Физиологическая и гормональная перестройка организма в подростковом периоде ведет к повышению эмоциональной неустойчивости, возбудимости.

У несовершеннолетних (от 14–15 до 17–18 лет) эти процессы относительно гармонизируются, но черты личностной «возрастной» незрелости еще сохраняются. Для лиц этого возраста типичны быстрая смена настроения и тенденция к непосредственному эмоциональному отреагированию, что, как правило, препятствует накоплению эмоционального напряжения, необходимому для аффективного отреагирования, сопровождающегося нарушениями осознанной регуляции действий.

Незавершенность личностного становления у подростков проявляется, в частности, в недостаточной сформированности личностных образований, обеспечивающих опосредование и контроль поведения, и, следовательно, в слабом сдерживании эмоций.

В случаях констатации у несовершеннолетних состояния аффекта он, как правило, имеет кумулятивный характер. Кумуляция эмоционального напряжения требует наличия у подростков устойчивых личностных структур, способствующих подавлению и вытеснению отрицательных переживаний. Протекание аффективной реакции подчиняется общим закономерностям и

соответствует основным критериям аффекта (см. раздел 3). Однако для несовершеннолетних характерны следующие *специфические особенности аффекта*:

– Кумулятивный аффект возникает преимущественно при длительной психотравмирующей ситуации в семье обвиняемого.

– В доаффективной фазе у несовершеннолетних преобладает чувство страха с безуспешными попытками разрешить психотравмирующую ситуацию, реакции избегания и ощущение собственного бессилия. Аффективная разрядка возникает субъективно внезапно по механизму «последней капли» в ситуации ссоры, острого конфликта, драки.

– Для постаффективной фазы характерны признаки физической и психической астении, однако с некоторой спецификой. У несовершеннолетних более выражена постаффективная дезорганизация психической деятельности. При этом их действия могут внешне выглядеть как упорядоченные, но они выполняются на уровне поведенческих «клише», часто недостаточно целенаправленны. Астенические проявления могут быть несколько отсроченными и следовать за подобными вариантами поведения.

Для обоснованного экспертного вывода о наличии аффекта у несовершеннолетнего в момент совершения правонарушения необходимо отграничение этого состояния от патологической острой аффективно-шоковой реакции, относящейся к категории «временного психического расстройства», обуславливающего неспособность обвиняемого осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, в соответствии со ст. 21 УК РФ (*Гурьева, Морозова, 1988*). И у непатологического, и у патологического аффективного реагирования имеются общие свойства: как правило, поводом для возникновения этих состояний является тяжелая и длительная психотравмирующая ситуация в рамках семейных взаимоотношений, однако во втором случае она имеет особо выраженный характер, проявляется в форме семейного насилия и жестокости.

В качестве отличительных особенностей развития и проявления острой аффективно-шоковой реакции можно выделить следующие обстоятельства:

– Наличие экзогенно-органической «почвы» у обвиняемого.

– Личностные особенности несовершеннолетних. Выделяются два типа личности, для которых свойственны подобные реакции: тормозимый и сензитивно-шизоидный. Специфика заключается также в психогенном формировании личности на фоне психотравмирующей ситуации с образованием личностных расстройств депрессивного и невротоподобного круга с декомпенсацией.

– Появление в доаффективной фазе сверхценных идей и психогенного фантазирования.

– Протекание аффективно-шоковой реакции аналогично по трехфазной динамике, однако с большей выраженностью изменений психической деятельности на второй (кульминационной) фазе. Отмечаются чувство панического страха, выраженная суженность сознания, хаотичность действий с сильным психомоторным возбуждением, двигательными автоматизмами.

– В постаффективной фазе наблюдаются выраженные признаки психической и физической астении, истощения, возникающие непосредственно после содеянного, ощущение отчуждения своих криминальных действий.

– В последующем существует риск развития реактивного состояния (преимущественно депрессивного характера).

7. Методология КСПЭ аффекта. Вопрос к эксперту-психологу и формулирование экспертных выводов

Юридическое значение имеет вопрос судебно-следственных органов к эксперту-психологу: «*Находился ли обвиняемый в момент совершения инкриминируемого ему деяния в состоянии аффекта?*»

При производстве КСППЭ аффекта у обвиняемого в агрессивных действиях методологическая схема психологического исследования включает следующие психодиагностические этапы (Сафуанов, 2003):

1. Уяснение факты дела. Эксперт-психолог реконструирует временную последовательность событий, используя все имеющиеся в деле показания (обвиняемого, свидетелей, потерпевших), материалы выхода на место происшествия и следственных экспериментов, а также данные судебных экспертиз. Существенно облегчает понимание особенностей динамики ситуации и поведения подэкспертного текст обвинительного заключения, если оно имеется в уголовном деле.

2. Психологический анализ индивидуально-психологических особенностей подэкспертного по уголовному делу и приобщенным к нему материалам. Аффект, развивающийся в ответ на разовое психотравмирующее воздействие (физиологический аффект), возникает обычно у психически здоровых, лиц с органической патологией и значительно реже у обвиняемых с личностными расстройствами. При всем разнообразии их индивидуально-психологических особенностей можно выделить ряд общих для всех подэкспертных личностных характеристик, способствующих проявлению аффекта: высокая реактивность, импульсивность при реализации возникающих в психотравмирующих условиях агрессивных побуждений. Аффекты кумулятивной природы в условиях длительной психотравмирующей ситуации обычно развиваются у психически здоровых и реже – у лиц с органической почвой. У них выявляется достаточно гармоничная личностная структура со склонностью к ценностному опосредованию своего поведения, развитым эмоциональным, интеллектуальным, коммуникативным и диспозиционным контролем своих действий, что оказывает тормозящее влияние на агрессивные побуждения, возникающие при длительных психотравмирующих воздействиях со стороны потерпевшего. У обвиняемых с личностными расстройствами обычно диагностируются выраженные тормозимые черты.

3. Психологический ретроспективный анализ динамики психического состояния и психической деятельности подэкспертного по материалам дела. Уголовное дело с приобщенными к нему материалами – это достаточно неоднозначный для судебно-психологического анализа текст. Уголовное дело – текст, созданный в первую очередь не для решений экспертных проблем, а для достижения иной, чисто правовой цели, и поэтому психологи поставлены перед задачей понимания фрагментов текста, либо не содержащих значимой для достижения целей экспертизы информации, либо требующих научной интерпретации. В этом смысле понимание текста должно быть одновременно пониманием того, что в тексте непосредственно не дано.

Поскольку психологи имеют дело со смешанными текстами, то на первом этапе они должны выделять опорные точки, необходимые для дальнейшего экспертного исследования. Для эксперта-психолога такими опорными точками служат зафиксированные в уголовном деле данные о следующих обстоятельствах: а) особенностях психического развития подэкспертного; б) его устойчивых индивидуально-психологических особенностях; в) его актуальном психическом (эмоциональном) состоянии в криминальной ситуации; г) его структуре отражения и осознания юридически значимой ситуации и регуляции своего поведения в ней; д) о развитии самой ситуации; е) взаимодействии личности подэкспертного с ситуацией.

В то же время психолог наряду с опорными точками должен выделять необходимый для экспертной оценки объем информации, который не содержится в уголовном деле или допускает неоднозначное толкование.

Важная для психодиагностики аффекта информация, не содержащаяся в уголовном деле и приобщенных к нему материалах, может быть восполнена в ходе клинко-психологической беседы, направленного наблюдения, экспериментального обследования подэкспертного, путем запроса дополнительных материалов у следственных органов, участия в допросах в ходе судебного заседания и т. п.

В уголовном деле также содержится важная информация, не содержащая прямых сведений об эмоциональном состоянии обвиняемого в докриминальной, криминальной и посткриминальной ситуациях, но позволяющая получить эти сведения косвенно, путем перевода их на психологический язык. К примеру, важные сведения о психическом состоянии подэкспертного в момент совершения правонарушения можно извлечь из заключения судебно-медицинской экспертизы трупа потерпевшего (сведения о локализации повреждений, их последовательности, временного промежутка их нанесения и т. п.), криминологических и других экспертиз.

4. Проведение экспериментально-психологического обследования подэкспертного.

Не существует и не может существовать заранее подготовленный жестко заданный набор психодиагностических методик, который можно было бы применить ко всем подэкспертным лицам. Каждая судебно-психологическая экспертиза – это уникальная процедура психодиагностического исследования с выбором конкретных методов исследования, зависящим от множества факторов. Судебный эксперт-психолог должен применять в психодиагностической деятельности широкий спектр методов исследования.

Биографический метод. Сбор объективного и субъективного анамнеза.

Наблюдение. Включает в себя наблюдение подэкспертного во время проведения экспертизы, а также просмотр различных видеоматериалов (если имеются видеозаписи допросов, выхода на место происшествия).

Диалоговые методы. Основной диалоговый метод – это беседа. Беседа строится обычно свободно и не директивно, не формализованно, но в ней обязательно должен присутствовать ряд компонентов. Наиболее важным из них является опрос испытуемого по пунктам, имеющим значение для производства экспертизы: анамнез жизни, особенности самосознания, динамика психического состояния в юридически значимой ситуации, отношение подэкспертного к криминальной ситуации и к ситуации судебной экспертизы и т. п.

Применение вышеназванных методов исследования при проведении КСППЭ аффекта является обязательным (Стандарты судебно-психиатрических исследований ГНЦ ССП им. Сербского, 2001).

Объективные тесты. Характеризуются наличием правильных или нормативных ответов. В деятельности эксперта-психолога обычно используются психометрические методы (типа тестов Векслера, Равена), позволяющие измерить уровень интеллектуального развития, и классические патопсихологические методы исследования познавательных процессов – внимания, памяти, мышления (10 слов, Опосредованное запоминание по Леонтьеву, Пиктограмма, Классификация предметов, Исключение понятий, Исключение предметов, Сравнение понятий, Аналогии, Счет по Крепелину, Проба Бурдона, Отсчитывание, Таблицы Шульце и др.), с акцентом на качественный анализ данных, отличающихся от нормативных.

При этом обязательным является применение следующего минимального набора экспериментальных методов: исследование умственной работоспособности и внимания – не менее одной методики, памяти – не менее двух методик, мыслительной деятельности – не менее четырех методик, характеризующих операциональную, логическую, смысловую сферы мышления и включающих как наглядный, так и вербальный материал.

Тесты-опросники. Опросники могут основываться на клинико-психологической типологии личности (ММРП), типологии черт личности (16-факторный опросник Кеттелла), характера (опросник Шмишека, ПДО А.Е.Личко), темперамента (опросник Стреляу, ЕРІ Айзенка), отдельных черт личности и психических состояний (опросник субъективной локализации контроля Роттера, агрессии Басса-Дарки, тревожности Спилбергера и др.).

Субъективное шкалирование. Чаще всего в судебно-психологической экспертизе применяют шкалы самооценки по Дембо-Рубинштейн или более сложные техники выявления личностных конструктов по Келли (Репертуарные решетки и др.).

Проективные техники:

а) Классическая словесная апперцепция. От испытуемых требуется дать вербальное описание достаточно неструктурированного неопределенного стимульного материала или составить на его основе рассказ (ТАТ, тест Роршаха, тест руки Вагнера и др.).

б) Проективное предпочтение. Методы, основанные на выборе испытуемым одного или нескольких из предлагаемых стимулов (Цветовой тест Люшера, тест Сцонди, Цветовой тест отношений и др.).

в) Рисуночные тесты. Чаще всего используются рисунки человека, несуществующего животного, семьи. Применяется достаточно унифицированная стандартизированная схема интерпретации.

г) Полупроективные тесты. К ним можно отнести тест Розенцвейга, методы незаконченных предложений, Пиктограмму.

Названные три группы методов направлены на исследование индивидуально-психологических особенностей подэкспертного. При проведении КСППЭ аффекта обязательным является использование нескольких «личностных» методик: минимум двух – в амбулаторных условиях, минимум трех – в стационарных (Стандарты судебно-психиатрических исследований ГНЦ ССП им. Сербского, 2001).

5. Сопоставительный анализ данных психологического изучения уголовного дела, данных беседы, наблюдения и результатов экспериментального исследования.

6. Анализ взаимодействия личности подэкспертного с юридически значимой ситуацией. Включает следующие этапы:

– На основании ретроспективного психологического анализа материалов уголовного дела и экспериментального исследования – диагностика индивидуально-психологических особенностей и типа криминальной ситуации с определением психологического механизма криминальной агрессии.

– Применение судебно-психологических экспертных критериев диагностики судебно-психологического экспертного понятия аффекта (см. раздел 3) на основе исследования динамики возникновения и течения эмоциональной реакции или состояния обвиняемого, его особенностей отражения, осознания, понимания, смыслового восприятия ситуации, произвольной волевой регуляции своих действий, контроля своего поведения, прогностических возможностей, степени опосредованности действий и других регуляторных психологических механизмов – с учетом индивидуально-психологических особенностей, эмоционального и функционального состояния, особенностей уровня психического развития, характера психического расстройства.

7. Составление заключения судебно-психологической экспертизы или КСППЭ с формулировкой экспертного вывода (ответов на вопросы судебно-следственных органов) о наличии или отсутствии состояния «аффекта» у обвиняемого в момент совершения инкриминируемого ему деяния, с обоснованием экспертного вывода на основе психодиагностического исследования психологических закономерностей и механизмов криминально-агрессивного поведения обвиняемого, включающего ретроспективный психологический анализ уголовного дела и приобщенных к нему материалов и данные экспериментально-психологического исследования, проведенного в рамках КСППЭ.

8. Структура заключения КСППЭ аффекта

Заключение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в целом имеет ту же структуру, что и заключение однородной судебно-психиатрической экспертизы (ст. 25 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» и ст. 204 Уголовно-процессуального кодекса РФ).

Во вводной (формальной) части заключения экспертов указывается, что «комплексное судебное психолого-психиатрическое исследование произвела экспертная комиссия в составе...», при этом эксперты-психологи указываются в числе членов комиссии.

В исследовательской части предпочтительным является приведение не только клинического анамнеза, но и сведений о жизни подэкспертного, которые имеют значение для формулирования экспертных выводов, входящих в компетенцию эксперта-психолога (клинико-психологический анамнез). Возможно и выделение определенных анамнестических блоков перед исследовательской частью эксперта-психолога, которые не должны содержать повторов с клинико-психологическим анамнезом. Клинико-психологический анамнез подписывается всеми членами комиссии – психиатрами и психологами.

Раздел, описывающий физическое, неврологическое и психическое состояние подэкспертного (статус), подписывается только экспертами-психиатрами, входящими в комиссию. Далее приводятся полностью данные экспериментально-психологического исследования подэкспертного лица, включающие обязательный перечень использованных методик и описывающие результаты их применения. Этот блок подписывается экспертами-психологами (экспертом-психологом), являющимися членами экспертной комиссии.

Мотивировочная часть экспертного вывода о наличии или отсутствии состояния аффекта у обвиняемого в момент совершения инкриминируемого ему деяния, начинающаяся со слов: «Психологический анализ уголовного дела, приобщенных к нему материалов (указать каких) и данных настоящего клинико-психологического обследования свидетельствует о том, что...», подписывается экспертами-психологами (экспертом-психологом). При этом эксперты-психологи могут при обосновании собственных выводов опираться на данные, полученные в ходе исследования экспертами-психиатрами, или на сформулированные выводы экспертов-психиатров, при условии, что данные обстоятельства будут отмечены ими в экспертном заключении.

В случае возникновения разногласий между экспертами каждый эксперт (эксперты), который не согласен с другими, дает отдельное заключение.

Ответы на вопросы, входящие в компетенцию психиатров, подписываются экспертами-психиатрами.

Ответ на вопрос о наличии аффекта у обвиняемого в момент совершения инкриминируемого ему деяния подписывается экспертами-психологами (экспертом-психологом).

Литература

- Алексеева Л.В.* Практикум по судебно-психологической экспертизе. – Тюмень, 1999.
- Алексеева Л.В.* Проблема юридически значимых эмоциональных состояний. – Тюмень, 1997.
- Боткин Я.А.* Преступный аффект как условие невменяемости. Вступительная лекция в курсе судебной психопатологии. – М., 1893.
- Вилюнас В.К.* Психологические механизмы биологической мотивации. – М., 1986.
- Винберг А.И., Малаховская Н.Т.* Судебная экспертология. – Волгоград, 1979.
- Голев А.С.* К проблеме компетенции комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы эмоциональных состояний // Актуальные вопросы общей и судебной психиатрии. – М., 1990.
- Гульдман В.В.* Мотивация противоправных действий у психопатических личностей: Автореф. дис... д-ра психол. наук. – М., 1985.
- Гурьева В.А., Морозова Н.Б.* Острые аффективные реакции в условиях хронической психогении у подростков // Журн. невропатол. и психиатр., 1988. —Т. 88. – Вып.4. – С. 241–280.
- Енгальцев В.Ф., Шипшин СС.* Судебно-психологическая экспертиза: Методическое руководство. Калуга; Обнинск; М., 1997.
- Калашиник Я.М.* Патологический аффект// Проблемы судебной психиатрии. – М., 1941. – Вып. 3. – С. 241–280.
- Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / Под ред. Скуратова Ю.И., Лебедева В.М. – М., 1996.
- Конева Е.В., Орел В.Е.* Судебно-психологическая экспертиза. – Ярославль, 1998.
- Коченов М.М.* Судебно-психологическая экспертиза физиологического аффекта // Труды Высшей школы МВД СССР. – М., 1974.
- Коченов М.М.* Введение в судебно-психологическую экспертизу. – М., 1980.
- Коченов М.М.* Теоретические основы судебно-психологической экспертизы: Автореф. дис... д-ра психол. наук. – М., 1991.
- Коченов М.М., Мельник В. В., Романов В. В.* Судебно-психологическая экспертиза в практике органов военной юстиции. – М., 1982.
- Крафт-Эбинг Р.* Судебная психопатология. – М., 1898.
- Кудрявцев И.А.* Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М, 1988.
- Кудрявцев И.А.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М., 1999.
- Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С., Голев А.С.* Нарушения поведения лиц в состоянии алкогольного опьянения: психологические механизмы и правовые аспекты профилактики // Психол. журн. 1986. – № 6. – С. 75–87.
- Леонтьев А.Н.* Потребности, мотивы, эмоции. – М., 1971.
- Леонтьев А.Н.* Лекции по общей психологии. – М., 2000.
- Лурия А.Р.* Диагностика следов аффекта // Психология эмоций: Тексты. – М., 1984. – С. 228–234.
- Наенко Н.И.* Психическая напряженность. – М., 1976.
- Остришко В.В.* Аффективные реакции в момент совершения правонарушения и их судебно-психиатрическая оценка: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1982.
- Печерникова Т.П.* Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии аффекта // Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия: Пособие для врачей. – М., 1998. – С. 71–81.

Печерникова Т.П., Гульдан В.В., Остришко В.В. Особенности экспертной оценки аффективных реакций у психически здоровых и психопатических личностей: Методические рекомендации. – М., 1983.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – М., 1946.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. – М., 1998.

Сафуанов Ф.С. Аффект: судебно-психологический экспертологический анализ // Психол. журн. 2001. – № 3. – С. 11–17.

Сафуанов Ф.С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза обвиняемых в криминально-агрессивных действиях: диагностические и экспертные оценки (информационно-аналитический обзор). – М., 2002.

Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. – М., 2003.

Сидоров Б.В. Аффект. Его уголовно-правовое и криминологическое значение (Социально-психологическое и правовое исследование). – Казань, 1978.

Ситковская О.Д. Судебно-психологическая экспертиза аффекта: Методическое пособие. – М., 1983.

Ситковская О.Д. Аффект: криминально-психологическое исследование. – М., 2001.

Стандарты судебно-психиатрических экспертных исследований Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского/ Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Е.В. Макушкина. – М., 2001.

Чиж В.Ф. Лекции по судебной психопатологии. – СПб., 1890.

Шипшин СС. Ретроспективная диагностика психического состояния в судебно-психологической экспертизе: Методическое пособие. – Ростов-на-Дону, 2000.

Nedopil N. Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. – Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag. 2000. S. 193–200.

Steller M. Standards der forensisch-psychologischen Begutachtung// Monatschrift Kriminologie und Strafrechtsreform. 1988. – № 71. – S. 16–27.

Часть IV

Практика комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы аффекта

Б.В. Шостакович, О.В. Леонова, И.М. Майорова
К вопросу о патологическом аффекте¹⁴

Определение патологического аффекта со времени его описания Р. Крафт-Эбингом претерпело мало изменений. Под патологическим аффектом обычно понимают максимально выраженную, приводящую к истощению психических процессов, неадекватную силе и качеству раздражителя эмоциональную реакцию, которая сопровождается бурными двигательными и вазовегетативными проявлениями, резким сужением, а затем помрачением сознания, утратой целесообразности поведения и приобретает характер автоматизированных, нередко агрессивных действий. Эта реакция длится от нескольких минут до 1–2 часов и заканчивается критическим выходом с выраженным психическим истощением с последующей амнезией периода аффективного поведения. В течении патологической реакции обычно выделяют 3 фазы – подготовительную, кульминации (взрыва) и выхода (Морозов, 1977, 1990; Урсова, 1989; Доброгаева, 1990; и др.).

В судебной психиатрии патологический аффект и реакция короткого замыкания отнесены к кратковременным расстройствам психической деятельности – «исключительным состояниям». Им свойственны: крайняя непродолжительность, наличие расстроенного сознания с полным или частичным запамятованием происходивших в этот период событий и «исключительность» в смысле несвойственности для личности подобного типа реакции (Крафт-Эбинг, 1895; Введенский, 1950; Морозов, 1990). Реакция короткого замыкания, клинически и патогенетически близко стоящая к патологическому аффекту и в некоторых случаях трудно от него отличимая, характеризуется тем, что возникает всегда на фоне длительного аффективного напряжения и представляет собой его «разряд, наступающий обычно вслед за каким-либо добавочным впечатлением из той же категории» длительно травмирующих переживаний (Введенский, 1947). И.А. Кудрявцев (1988, 1999) включает в систематику аффектов понятие «аномального аффекта» (аффекта «на патологической почве», по В.П. Сербскому).

Существование «переходных» форм аффектогенных реакций, различающихся как по степени изменения сознания (от сужения до помрачения), так и по патогенетическим механизмам их формирования (под воздействием острой или протрагированной психогении), требует тщательной дифференцированной диагностики аффективных состояний с необходимостью определения вида изменения сознания, с учетом специфичности синдрома и стадии патологической реакции, поскольку от этого напрямую зависит решение об экскюльпации.

В возникновении указанных состояний, помимо психогений, большое значение имеют и другие патогенные факторы, в частности, органическая недостаточность. Была выявлена зависимость между выраженностью личностных изменений и особенностями клинической картины исключительного состояния. С.И. Арсеньев (1945) обнаружил, что патологический аффект имеет тенденцию возникать у «травматиков, характерологические изменения у которых развивались по линии астенизации личности», с «астеническим жалом», по Е. Кречмеру. У лиц со стеническими чертами характера чаще отмечались состояния тяжелого, но физио-

¹⁴ Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 40. – М., 2002.

логического аффекта. М.С. Доброгаева и сотр. (1985–1993) выделили среди аффектогенных помрачений сознания в зависимости от выраженности органической почвы аффективно-сумеречный вариант (ближе к органическому) и аффективно-иллюзорный, более «чистый» вариант психогенного изменения сознания.

В клинике такие «сверхострые» реакции с агрессивными действиями, развивающиеся при действии психогении, встречаются редко. Распознавание и оценка их в судебно-психиатрической практике значительно затрудняются ссылками испытуемых на запоминание обстоятельств, отсутствием свидетельских показаний на момент правонарушения или наличием противоречивых сведений, что приводит как к ошибочным заключениям, так и к повторным направлениям на экспертизу.

Подэкспертный В., 1961 года рождения, обвиняется в убийстве своей знакомой Б. По данному делу В. четыре раза проходил СПЭ как амбулаторно, так и стационарно, где ему устанавливались различные диагнозы и соответственно выносились взаимоисключающие заключения – о невменяемости, дважды о вменяемости и, наконец, о его ограниченной вменяемости в отношении содеянного.

Из анамнеза. Мать В. по характеру властная, решительная. Отец злоупотреблял алкоголем. Старший брат испытуемого инвалид с детства, страдает остеомиелитом. В детстве испытуемый был по характеру общительным, неусидчивым, неуравновешенным. Часто болел простудными заболеваниями, наблюдался фтизиатром. В дошкольном возрасте боялся темноты, казалось, что с потолка идет «гул», в комнате «кто-то дышит». Атмосфера в семье была «нервной» из-за болезни брата. У испытуемого бывали «истерики», от обиды он неудержимо рыдал, уходил из дома, хотел спрыгнуть с веревкой на шею в овощную яму. В школьные годы В. был эмоциональным, впечатлительным, стремился к справедливости, хотел быть лидером. Он часто менял увлечения – рисовал, играл на гитаре, занимался гимнастикой, футболом, боксом (были нокауты). Впоследствии он также переносил ушибы головы с потерей сознания (падал, дрался, бывал избит). В больницах не лежал, мать на дому проводила лечение. После перенесенных травм стали беспокоить головные боли, снижение остроты зрения, утомляемость, «не мог заставить себя учиться и работать», временами становился «диким, не мог себя сдерживать».

Испытуемый успешно окончил 10 классов средней школы, поступил в кулинарное училище, но вскоре учебу оставил. Затем поступил в университет, но был отчислен, т. к. привлекался к уголовной ответственности за хулиганство. Со слов испытуемого, после этого у него «развилось нервное состояние», увидел во сне «себя со стороны». Был приговорен к трем годам работ на стройках народного хозяйства. Вскоре после суда по настоянию матери обратился в ПНД. Мать рассказывала врачу, что сын стал конфликтным, раздражительным, ломал мебель, бросил в брата нож, пытался повеситься, а до этого был замкнутым, слезливым.

Тогда В. впервые поступил в психиатрическую больницу. При госпитализации за него говорила мать, а В. был «угрюм, малодоступен». Настроение его было снижено, он высказывал суицидальные мысли, говорил, что в нем «одна злость, все безразлично». Жаловался на вялость, на то, что «трудно соображать». Был выписан с улучшением с диагнозом «Психопатия, осложненная травмой черепа. Перенес психогенную реакцию». После выписки приступил к работе по решению суда. Он «тяготился уголовным окружением

и пьянством в общежитии» и уехал домой. По совету матери в сентябре 1980 г. вновь обратился в ПНД. Его «тревожила» необходимость отбывать наказание, а «лучшие годы уходят». В то же время он ходил на тренировки, вел активный образ жизни. Мать рассказывала врачу, что сын не выходит из дома, выглядывает с опаской через щели в шторах, отказывается от приема лекарств, говорит, что его хотят отравить. На осмотре он был «вял, безынициативен, выражение лица тоскливое». С диагнозом «Психопатия астенического круга, депрессивно-параноидный синдром» был направлен в ПБ. Испытуемый жаловался на кошмарные сновидения, головные боли. Держался высокомерно, с персоналом – заискивающе. Был выписан с диагнозом «Психопатия, компенсация, рентные установки». По решению суда был переведен в ИТК общего режима. Там неоднократно нарушал режим содержания. После отбытия наказания у него был выявлен туберкулез легких, лечился в тубдиспансере.

Впоследствии В. сменил множество мест работы – был стропальщиком на нефтепромыслах в Тюмени, работал приемщиком стеклопосуды, художником-оформителем, строительным рабочим, продавал радиоаппаратуру в Санкт-Петербурге, переправлял автомобили в Пермь из Германии, был посредником в сделках с недвижимостью и т. д. Поступил в политехнический институт и оставил учебу из-за академических задолженностей. В 1991 г. закончил финансово-экономический техникум. Расстался со школьной подругой, т. к. «не мог простить ей очередной измены». Затем имел непродолжительные связи с женщинами, которые были значительно моложе его (на 9—14 лет). С его слов, каждый раз он намеревался создать семью, но одна из женщин «не понравилась маме», другая оказалась замужем, а третья «ушла к соседу-наркоману». В 1993 г. женился на Л. По словам испытуемого, она была «слишком спокойная, замкнутая», хотя «верная и надежная». С 1998 г. В. работал коммерческим директором в агентстве по недвижимости, где зарекомендовал себя «хорошим организатором, добросовестным, тактичным, вежливым». Сослуживцы подчеркивают, что В. заботлив, ведет «здоровый активный образ жизни», «ни разу не видели, чтобы он выходил из себя». На учете у нарколога и психиатра В. не состоял, к административной ответственности не привлекался.

С потерпевшей Б. испытуемый был знаком с 1998 года. Отношения между В. и потерпевшей «развивались на глазах у окружающих». По мнению их общих знакомых, вначале «все у них было нормально», они «любили друг друга». Б. часто приезжала в офис к испытуемому, они отдыхали вместе. В семье же у В. отношения испортились, и его жена «сначала не понимала, в чем дело», пока зимой 1999 г. ей не позвонила Б. и сказала, что она и В. «любят друг друга». После этого Б. «стала звонить и говорить, как ей хорошо с В.», чем жену «сильно доводила». В. стал ночевать дома редко, хотя приезжал каждый день увидеться с ребенком.

Нездолго до случившегося В. заметил, что Б. стала «по-другому» к нему относиться. В ночь на 2 августа она позвонила ему и «дала понять», что он может к ней не приезжать. Тем не менее он поехал, «желая убедиться в ее измене и поставить точку в отношениях». Когда вошел в квартиру, то увидел мужчину, который, «как-то усмехнувшись, быстро ушел». Б. выглядела «пьяненькой и самодовольной», в тоне ее слышалась «неприкрытая издевка». Увидев «пиршество, интимную обстановку», зажженную свечу,

коньяк, В. стал упрекать ее в предательстве. Хотел уйти, но Б. не отпускала, просила вернуться, говорила, что «все объяснит». Вернувшись, он «увидел разложенный диван», собрал свои вещи и снова ушел. Б. выходила за ним на улицу, он «выводил ее силой» из своей машины, а когда уже уезжал, она кричала вслед, что он «все равно приползет» к ней, а если «не уйдет от жены, то она заведет себе мужчину» (сведения со слов испытуемого, подтвержденные его показаниями, данными во время следствия). Испытуемый после ссоры долго не мог успокоиться, чувствовал себя плохо, сидел на улице. 3 августа Б. звонила жене В. и заявила, что «все равно заберет его», а если он сам не приедет, то она «покончит жизнь самоубийством», «отравится» (из показаний жены В.).

Как следует из материалов уголовного дела, В. обвиняется в том, что в ночь с 4 на 5 августа 1999 г. он во время ссоры с Б. нанес ей множество ударов руками и ногами, от которых Б. скончалась в больнице через день. 12 августа В. явился с повинной в милицию и в присутствии адвоката дал признательные показания, где подробно рассказал о ссоре 2 августа. Далее пояснил, что 4 августа у него был день рождения и он «весь день нервничал», «не мог найти себе места», «ездил по городу, не мог успокоиться, т. к. знал, что Б. угрожала самоубийством». Приехал к ней около 4 утра. Б. сказала, что он «испугался». Испытуемый «стал нервничать». А после ее слов «как мужчина он ничего не значит» у него «потемнело в глазах, голову сдавило», и «помнит только, что наносил ей удары руками по голове», «она ударила его по лицу», он «поймал ее руку, она вновь ударила», и он «стал бить ее». Затем «пришел в себя, когда сидел у стены». Увидел, что Б. «лежала у стены», он «стал приводить ее в чувство» – «полил водой», «отнес в ванную», «завернул в плед», «повез в больницу». Т. к. находился «на грани нервного срыва», то уехал на дачу. На допросе в тот же день В. «уточнил», что когда он приехал к Б., та сказала, что он «приполз», что «от нее недавно ушел мужчина», а над ним она «просто смеется». При этом «у нее началась истерика, и она начала бить его по лицу». Испытуемый «пытался отстранить ее, толкнул», потом «все слилось» – «голову стиснуло, и я, кажется, начал ударять ее тоже, при этом в моей голове звучало только, что она мне изменила, разбила мою жизнь, мою семью». Он заявил, что дальнейшие свои действия плохо помнит, «потому что что-то помутило разум», «стал терять контроль над собой» и «может только предположить», что его действия могли привести к смерти Б. Он сообщил, что умысла убивать не было, к потерпевшей он приехал по ее просьбе, когда вез ее в больницу, она была жива, и он 3–4 раза останавливался и делал ей искусственное дыхание.

Жена В. сообщила, что 4 августа В. несколько раз уезжал из дома, вернулся около 3 часов ночи, «посидел дома и вновь уехал». Затем звонил в 6 утра и говорил, что «сидит и ждет милицию» в медсанчасти. Около 7 часов он приехал домой и сказал, что «избил Б. и отвез ее в больницу». Позже жена с ним уехала на дачу. В. «все эти дни был подавленным», но она с ним «не общалась». Соседка потерпевшей в ту ночь «проснулась от шума», слышала «женский крик, раза три», «глухие удары», «падали стулья». Затем «включили громко музыку», «музыка играла минут 10, затем все стихло». Врачам МСЧ В. объяснил, что «поссорился с подругой и вышел», а «когда вернулся, обнаружил ее в ванной, подумал, что она отравилась таблетками, завернул ее в одеяло и привез в больницу».

По данному делу В. впервые был освидетельствован АСПЭК 27.08.99 г. Комиссия пришла к заключению, что у В. имеются остаточные явления травматического поражения головного мозга с астеническим синдромом, а в момент инкриминируемого ему деяния он находился в состоянии патологического аффекта.

Повторно был стационарно освидетельствован 06.10.99 г. Был демонстративен, подчеркивал свою жертвенность и упорно акцентировал неблагоприятные черты потерпевшей. О случившемся говорил по-разному, уклончиво: то нанес несколько ударов, а остальное не помнит, то «у нее случилась истерика» и она набросилась на него, то «совсем ничего не помню». Испытуемому был установлен диагноз: «Психопатия по смешанному типу без явлений декомпенсации», и дано заключение о вменяемости.

Впоследствии испытуемый был освидетельствован дважды. В марте 2000 г. проходил стационарную комплексную ССПЭ, где он жаловался врачам на «видения приходящей по ночам потерпевшей», «голоса обвиняющие и зовущие». По мнению комиссии, у него имелась психопатия смешанного типа, в отношении содеянного было рекомендовано считать его вменяемым.

Затем испытуемый проходил амбулаторную комплексную СППЭ, где было дано заключение о том, что В. психическим расстройством не страдал и не страдает. Но в период совершения ООД, «в условиях выраженной фрустрации и смыслового барьера на фоне резидуальной органической недостаточности» у В. развилось «состояние эмоционального возбуждения с реактивной агрессией». При этом имеющиеся у него индивидуально-психологические особенности оказали существенное влияние на его сознание и поведение в криминальной ситуации и существенно ограничили его способность в полной мере осознавать значение своих действий и осуществлять их произвольную реализацию и контроль.

При настоящем обследовании в Центре. *Соматическое состояние* удовлетворительное. Артериальное давление колеблется в пределах от 120/80 – 170/115 мм рт. ст. При неврологическом обследовании выявлены умеренно выраженные органические изменения центральной нервной системы, возможно, вследствие повторных черепно-мозговых травм.

Психическое состояние. Испытуемый в сознании. Настроение снижено – взгляд потухший, мимика однообразная, выражение лица унылое. Цель направления на экспертизу понимает верно. Предъявляет множество жалоб на утомляемость, головные боли, сердцебиение и т. п. Утверждает, что каждую ночь во сне «разговаривает» с потерпевшей, видит ее, слышит «как наяву», как она зовет или упрекает его, а затем «словно пластилин стекает» под кровать. Жалуется, что ему трудно сосредоточиться, мешают мысли о случившемся. Себя характеризует чувствительным, сентиментальным, мягким, «робким в плане знакомства», «с трудом сходится с людьми», в то же время «справедливым, верным, честным, надежным» и «того же требует от других». Отмечает, что у него бывают явления «уже виденного», спонтанные колебания настроения, в сложных ситуациях – суицидальные мысли. Отрицает употребление алкоголя: категорически заявляет, что «не выносит пьяниц», это «не его круг».

Обстоятелен, склонен к детализации, однако анамнестические сведения дает избирательно, стараясь не касаться негативно характеризующих его фактов. Вначале насторожен, но если его не перебивают – переходит

на сбивчивый непоследовательный монолог. Постоянно возвращается к теме отношений с потерпевшей, застревает на деталях, описывает в красочных подробностях, с трудом переключается на другие темы, не дает себя перебивать. Сообщает, что она «удивительно быстро изучила его слабые стороны», «обрела власть», «заставила постоянно испытывать вину». Конфликты начались, когда она начала настаивать на его уходе из семьи – она «закатывала истерики», «швыряла сумку на землю и в слезах убегала», в то же время его «переполняла жалость», когда она «как ребенок обхватывала его руками». При этом ее «экстремальные» чувства «пугали и шокировали», «казались нездоровым инстинктом».

О ссоре 2 августа и последующих событиях испытуемый дает сведения, уже изложенные во время показаний и предыдущих экспертиз. После ссоры «колотилось сердце, кипела горькая незаслуженная обида», «унижение». Утверждает, что следующий день совсем не помнит, он словно «вычеркнут из жизни». В отношении 4 августа – воспоминания обрывочные, «все время ждал, что она позвонит». Когда узнал от компаньона и жены, что Б. звонила и угрожала покончить с собой, повеситься или отравиться, то вспомнил, как однажды Б. после ссоры пыталась отравиться газом, и понял, «как это серьезно». Он долго «собирался с мыслями», бесцельно ездил на машине, «не мог найти себе места», «боролись обида и тревога», сомневался, ждал, когда «перестанет колотить». Наконец решился и поехал к ней, приготовив «слова любви и утешения».

Ее первая фраза «Ну что, приполз?» сразу «зазвенела в ушах». Он «пытался ее успокоить», призывал «опомниться». Но та «расходилась все больше», говорила, что если бы он приехал пораньше, то застал бы ее с «настоящим мужиком». Испытуемый детально пересказывает, как она «оскорбляла и унижала» его, «весь мусор выдала», «площадную брань». Утверждает, что после нескольких фраз «почувствовал шум в ушах», «видел, что она кричит, но слов уже не слышал». Ноги «стали ватные», «снизу пошла горячая волна до головы», голову «сдавило тисками, обнаружил, что говорить не может», в глазах «то темнело, то прояснялось». Видел ее лицо – «то приближалось, то удалялось», «мелькали крошечные кулачки», «вдруг перестал узнавать ее», «лицо было то знакомое, то чужое». Недоуменно твердит, что перед ним была «будто дьяволица», последнее, что видел, – «открывающуюся челюсть с кривыми зубами», «кривые клыки» будто «росли, искривлялись».

Дальше помнит, что открыл глаза и обнаружил, что сидит, его нога «неестественно вывернута». Не мог понять, где находится, было ощущение, словно «птица перенесла куда-то и бросила». Перед глазами плыли «темные пятна». Поднялся с трудом, «не было сил», «затылок ломило», «все кружилось», ноги «подламывались», прошел несколько шагов, упал возле лежащей женщины, «узнал ее». Затем «сообразил, что это ее квартира». Первое, что пришло в голову, – «она притворяется», «заигрывает». Говорит, что «щекотал ее кисточкой от пледа», клал то на постель, то в теплую ванну. Решил, что она «слишком долго упрямится», и сообщил, что уходит. На улице «подумал, что она наглоталась таблеток, чтобы его поугаить, и поэтому заторможенная». Вернувшись, сразу увидел на столе «гору таблеток». Перекинул Б. через колено, «чтобы вытошнило». Уверяет, что музыки не слышал – «все спрашивают о какой-то музыке, не было ее». Решил ее «отвезти

купаться, на свежий воздух». Лишь на реке «растерялся», потому что «она не выходила из машины», «испугался» и «решил искать больницу». Приехав из больницы, лег спать, т. к. чувствовал сильную усталость, болела голова. Днем отвез жену на дачу и там «все время спал». Свои показания в милиции объясняет тем, что уже знал, что Б. скончалась от травмы, и «раз там никого не было, значит, кроме меня, никто ударить не мог».

Охвачен создавшейся ситуацией, растерян, твердит: «Не мог я убить любимую женщину», недоумевает, «что это за затмение нашло», как мог «столько ударов нанести, зачем?», «когда даже говорить не мог, ноги ватные». На будущее конкретных планов нет, декларирует пассивное нежелание жить. Испытуемый эмоционально ригиден, застреваем, демонстративен, эгоцентричен. Фиксирован на сложившейся ситуации. Настроение снижено. Мышление прямолинейное, ближе к конкретно-образному, замедленное по темпу.

При экспериментально-психологическом исследовании выявлены особенности актуального состояния испытуемого в виде пониженных фона настроения и побудительной активности, подавленности, тревоги; ощущения бесперспективности, утраты личностной позиции, чувства своей неполноценности; неуверенности в своих возможностях со страхом перед неизвестностью наряду с ожиданием помощи, доверчивостью и открытостью при внешней эмоциональной невыразительности. Отмечаются трудности осмысления стимульного материала, снижение продуктивности интеллектуальной деятельности; замедленный темп работы, признаки психической истощаемости. Выявляются сужение объема восприятия, снижение мнестических процессов. Обнаруживаются эмоциональная неустойчивость испытуемого, зависимость от внешних факторов и значимых для себя лиц; повышенная сензитивность при склонности к застреванию на фрустрирующих ситуациях, в том числе как с внешним отрицанием значимости для себя создавшихся проблем, так и с фиксацией на отрицательно окрашенных переживаниях, их накоплением и переработкой.

Как видно из анамнеза, у В. в пубертатном и постпубертатном периоде вышли на первый план и закрепились свойственные ему с детства патохарактерологические черты реактивной лабильности, эмоциональной неустойчивости с аутохтонными колебаниями настроения и склонностью к застреванию на негативных переживаниях, к их накоплению. В детстве он часто менял увлечения и интересы, затем – места учебы и работы, ему долго не удавалось найти для себя подходящий род занятий, создать семью. Стремление к признанию сочеталось у него с подчиняемостью, несамостоятельностью, неустойчивой самооценкой, чрезмерной боязнью препятствий и чувствительностью к оценкам окружающих. В сложных ситуациях у него легко возникали психогенные реакции с демонстрацией суицидальных намерений и конфликтным поведением, снижением адаптации (госпитализации в психиатрическую больницу, привлечение к уголовной ответственности за хулиганство). Однако приблизительно к 35-летнего возраста у него наступила достаточно устойчивая компенсация.

При настоящем клиническом психиатрическом обследовании у В. были выявлены неоднородные патохарактерологические черты. В личности В. дисгармонично сочетаются эмоциональная неустойчивость и ригидность, напряженность, застреваемость, склонность к кумуляции аффекта с отставленной его разрядкой; сензитивность, тревожность и эгоцентричность, некоторая внушаемость, зависимость от оценки окружающих с тенденцией перекладывать на них ответственность, а также нерезко выраженная церебрастеническая симптоматика (истощаемость, вегетативная неустойчивость и т. п.). Эти личностные особенности не исключают

вменяемости, но дают все основания констатировать у него расстройство личности смешанного типа.

Как же следует расценить состояние испытуемого в момент правонарушения? Этому состоянию, как известно из показаний свидетелей и со слов самого В., предшествовал двухдневный период аффективного напряжения с переживанием фрустрации, обиды, негодования, с присоединившимися затем мучительной тревогой и сомнениями – все это астенизировало и депримирировало испытуемого. После нанесенного ему оскорбления у него возникло внезапное чрезвычайное напряжение аффекта, сопровождавшееся вазовегетативной бурей («голову сдавило тисками, в глазах потемнело», волна «ватной слабости, жара пошла с ног, ударила в голову»), на высоте которого наблюдалось кратковременное глубокое расстройство сознания, с явлениями фрагментарного и искаженного восприятия окружающего («лицо отдалялось и приближалось», «искажались клыки», «в глазах то темнело, то прояснялось»), что сопровождалось неадекватными, стереотипными агрессивными действиями с выключением обычных волевых задержек и полной амнезией своих действий. Нелепые последующие действия по отношению к потерпевшей («щекотал», «окунал в ванну», «возил купаться», «делал искусственное дыхание», сообщал о ее самоотравлении) объясняются наблюдавшимся у В. состоянием растерянности с дереализационными переживаниями, дезориентировкой («не понял, где я, кто это») и сужением объема восприятия (бросилась в глаза «гора таблеток» на столе, а «пятен крови не видел, музыки не слышал») наряду с попыткой психологически «домыслить» ситуацию («наверное, пока я был без сознания – наглоталась таблеток, чтобы попугать»). Переживанием растерянности и аффектом недоумения объясняется и неопределенность показаний испытуемого во время следствия («наверное, ударил тоже»). Состояние это вначале сопровождалось недолгим, но резким психофизическим истощением («разламывалась голова, ноги не держали»), которое через несколько часов возобновилось в виде неглубокого, но продолжительного астенического состояния. Таким образом, в момент инкриминируемого ему деяния у испытуемого развилось кратковременное психическое расстройство в ответ на интенсивную психическую травму в форме сумеречного помрачения сознания (патологического аффекта), лишавшее В. возможности осознать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Указанное расстройство по МКБ-10 можно квалифицировать как тяжелую реакцию на острый стресс (F43.02). Симптомы расстройства возникли в ответ на воздействие стрессора, отвечали критериям генерализованного тревожного расстройства (сердцебиение, дрожь, дереализация, прилив жара, чувство психического напряжения) и сопровождались сужением внимания, дезориентацией, гневом, неадекватной активностью.

При настоящем обследовании у В. были обнаружены признаки клинически выраженной реактивной депрессии: снижение фона настроения, замедление мышления, снижение двигательной, речевой и побудительной активности, утрата личностной позиции с чувством собственной беспомощности и неполноценности, а также пессимистичность, безынициативность, подавленность с фиксацией на ситуации, со стойкими воспоминаниями и «оживлениями» ситуации стресса в навязчивых реминисценциях и повторяющихся сновидениях. Депрессия развертывалась постепенно: от некоторого снижения настроения и тревоги в первые недели после совершения О ОД до подавленности, фиксированное™ на ситуации со снижением темпа мышления, речедвигательной и побудительной активности, с появлением аффекта витальной тоски во время настоящего обследования. Обращает на себя внимание, что «ключевым депрессивным переживанием» здесь является не столько следственная ситуация, сколько само ООД и бесплодные попытки интериоризировать случившееся («как я мог это сделать», «зачем, как я буду с этим жить»), что может косвенно свидетельствовать о пережитом испытуемым состоянии измененного сознания в момент правонарушения.

Литература

- Введенский И.Н.* Исключительные состояния // Судебная психиатрия. – М., 1950.
- Введенский И.Н.* Проблема исключительных состояний в судебно-психиатрической клинике // Проблемы судебной психиатрии. – М., 1947. – Сб. № 6. – С. 331–355.
- Доброгаева М.С.* Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической практике: Дис... д-ра мед. наук. – М., 1984.
- Доброгаева М.С, Демонова Д.П.* Судебно-психиатрический аспект различных форм патологии сознания // Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии. – М., 1993. – С. 54–57.
- Кудрявцев И.А.* КСППЭ эмоциональных состояний // Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М., 1999. – С. 174–236.
- Кудрявцев И.А.* Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М, 1988.
- Крафт-Эбинг Р.* Судебная психопатология. – СПб., 1895. – С. 493–496.

Т.П. Печерникова, Н.В. Лазько, Н.А. Качнова **Патологический аффект в практике** **судебно-психиатрической экспертизы¹⁵**

Проблема диагностики и экспертной оценки патологического аффекта как исключительного состояния чрезвычайно сложна. Хотя данное расстройство и не включено в современную классификацию психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) и отечественную классификацию психических заболеваний, однако в практике судебной психиатрии накоплен значительный опыт диагностики этого состояния. Поэтому включение его в группу исключительных состояний является оправданным. Патологический аффект как кратковременно протекающее психотическое состояние имеет определенные клинические признаки, как правило, возникает у лиц, не страдающих хроническим психическим расстройством, и является единственным эпизодом в жизни субъекта.

На протяжении многих десятилетий проблемы диагностики, дифференциальной диагностики и экспертной оценки патологического аффекта разрабатывались как отечественными, так и зарубежными психиатрами (*Калашиник, 1941; Введенский, 1950; Луци, 1955; Fleszar-Szumigajowa, 1975; Остришко, 1983; Печерникова и соавт., 1985, 1998; Доброгаева, 1988, 1989; и др.*). С общепринятой точки зрения к исключительным состояниям относятся патологический аффект, патологическое опьянение и, по мнению ряда авторов, реакция короткого замыкания, патологическое просоночное состояние, сумеречные состояния сознания, которые не являются симптомом какого-либо заболевания. Общие условия возникновения для всех перечисленных состояний – постоянная патологическая почва в виде нерезко выраженных резидуальных церебральных расстройств и временная патологическая почва, формирующаяся при обязательном участии дополнительных экзогенных факторов – физического и психического переутомления, дефицита сна, психогении, длительного аффективного напряжения. Указанные состояния всегда требуют ретроспективной диагностики, в связи с чем усугубляются трудности экспертной оценки (*Мельник, 1993*).

Как указывалось выше, одной из форм исключительных состояний является патологический аффект. По данным М.С. Доброгаевой (1989), с течением времени произошла эволюция взглядов на патологический аффект, границы которого были значительно сужены за счет выделения из этой группы аффективных реакций у душевнобольных, острейших реактивных состояний, острых депрессивных реакций, уточнения границ физиологического аффекта. Наряду с этим большое значение в возникновении патологического аффекта придавалось органической патологии. По мнению J. Fleszar-Szumigajowa (1975), патологический аффект выступает как показатель «патологичности» почвы с возможным, но необязательным сумеречным расстройством сознания, а диагностика и судебно-психиатрическая оценка основываются на степени патологичности почвы. Автор подчеркивает, что степень аффективно суженного сознания только тогда имеет право быть названа патологической, когда к его оценке могут быть применены не психологические критерии, связанные с физиологическими закономерностями, а клинические, основанные на патофизиологических нарушениях.

С точки зрения современных исследований, патологический аффект – это кратковременное психотическое состояние протекающее в форме взрыва с внезапным появлением на фоне аффективного напряжения, связанного с психотравмирующим поводом, болезненного нарушения сознания с дезориентировкой в окружающем, искаженным восприятием в виде расстройства схемы тела, гиперактузий или гипоактузий, психосенсорных расстройств, дереа-

¹⁵ Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 40. – М., 2002.

лизации, иллюзорных нарушений – в ключе доминирующих переживаний, но в отрыве от действительности, с агрессивными действиями в виде двигательных автоматизмов с характерными для аффективного взрыва экспрессивными и вегетативно-вазомоторными реакциями, с последующим критически наступающим истощением физических и психических сил или терминальным сном (Доброгаева, 1989). При описании патологического аффекта, несмотря на его кратковременность и сверхстрое течение, схематично выделяются три фазы: подготовительная, фаза взрыва и исходная (заклучительная), которые в общих чертах соответствуют физиологическому аффекту, но отличаются от последнего психотическим уровнем клинических проявлений. Для иллюстрации вышеуказанных положений приводим следующее клиническое наблюдение.

Испытуемый Д., 22 лет, обвиняемый по ст. 105 ч. 1 УК РФ в убийстве отца К., проходил комплексную судебно-психолого-психиатрическую экспертизу в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского 03.10.2000 г. Из представленных материалов уголовного, личного дел, медицинской документации об испытуемом известно следующее. Отец страдал хроническим алкоголизмом, ушел из семьи, когда испытуемому было 2 года. Беременность испытуемым протекала с токсикозом в 1-й половине, отеками и высокими цифрами АД во 2-й половине. Роды со стимуляцией, родился в асфиксии, проводились реанимационные мероприятия. Детские дошкольные учреждения начал посещать с годовалого возраста, отставал от сверстников в развитии, часто болел простудными заболеваниями, до трех лет перенес краснуху, пневмонию. По характеру формировался плаксивым, обидчивым, неуравновешенным. До 8-летнего возраста отмечались эпизоды снохождения и сноворения, испытывал страх темноты, боялся собак. В 6-летнем возрасте после падения в реку стал «панически» бояться воды. В том же возрасте в автомобильной аварии получил черепно-мозговую травму с признаками сотрясения головного мозга, показаний для стационарного лечения у него не было, получал соответствующее амбулаторное лечение.

В общеобразовательную школу был определен с 7-летнего возраста. На занятиях был расторможен, несобран, быстро уставал, программу усваивал плохо, часто жаловался на головные боли, недомогания, вялость, слабость. С 10-летнего возраста головные боли стали возникать в утренние часы, иногда сопровождалась тошнотой и рвотой, трудности в учебе усугубились – при ответах на занятиях сильно волновался, на лице появлялось выражение страха, быстро уставал, усилились раздражительность и двигательная расторможенность. В связи с указанной симптоматикой лечился амбулаторно, а с 27.01.88 г. по 23.04.88 г. – стационарно в детской психиатрической больнице, где ему был установлен диагноз: «Церебрастенический синдром вследствие органического поражения центральной нервной системы многомерной этиологии».

В подростковом возрасте у Д. заострились характерологические особенности (раздражительность, вспыльчивость), стал конфликтным, время предпочитал проводить в компании асоциальных подростков, периодически уходил из дома, бродяжничал, употреблял алкогольные напитки. Закончил 7 классов и ПТУ, получил специальность токаря, непродолжительное время работал на заводе, но не смог проработать больше месяца, так как «от гула станков неимоверно болела голова», начались головокружения. После увольнения более года искал «подходящую» работу. 06.03.95 г. был осужден по ст. 144 4.2 УК РСФСР (за кражу) на 2 года лишения свободы условно

с отсрочкой приговора на 1 год. Судебно-психиатрическую экспертизу в тот период не проходил. В дальнейшем работал автослесарем, с обязанностями справлялся.

03.07.96 г. был призван в Вооруженные Силы в строительные войска, где сразу же столкнулся с неуставными взаимоотношениями – старослужащие его унижали, избивали, причиняя повторные ушибы головы, будили по ночам, заставляли выполнять всю грязную работу. В тот период испытуемого все «раздражало, злило», вызывало протест, он не любил находиться среди незнакомых людей, настроение у Д. было пониженным, беспокоили ночные кошмары, возникали суицидальные мысли. В связи с указанной симптоматикой он был осмотрен психиатром и стационарирован в психиатрическую больницу на ВВК, где находился с 22.08 по 22.10.96 г. Его психическое состояние в тот период характеризовалось пониженным настроением, он был вял, астенизирован, медлителен, хмур, мрачен, сидел, низко опустив голову. Во время беседы с врачом на вопросы отвечал с раздражением, рассказывая о психотравмирующей ситуации в воинской части, плакал, отмечалась выраженная вегетативная реакция. В отделении держался обособленно, часто жаловался на головные боли, усталость, вялость. Был установлен диагноз: «Последствия раннего органического заболевания головного мозга с эмоционально-волевыми нарушениями», и определены ограничения к прохождению воинской службы. После увольнения в запас часто менял места работы, так как не «сходился характером с начальством».

С марта 2000 г. Д. работал продавцом на рынке, продавал чехлы для автомобилей. Согласно производственной характеристике, за время работы он показал себя как хороший, грамотный, исполнительный работник, нареканий и дисциплинарных взысканий у него не было, с товарищами по работе он был отзывчивым и доброжелательным, в употреблении спиртных напитков и наркотических веществ замечен не был. По месту жительства каких-либо жалоб на испытуемого не поступало. Д. наблюдался консультативно в ПНД, однако к психиатру не обращался, на учете у нарколога не состоял.

Как следует из материалов уголовного дела, Д. обвинялся в том, что 04.07.2000 г., находясь в своей квартире, совершил убийство своего отчима К. (с которым длительное время были конфликтные взаимоотношения) – нанес последнему не менее пяти ударов в область груди и шеи, от которых К. скончался на месте. В ходе следствия Д. показывал, что он ночью 04.07.00 г. по просьбе отчима купил две бутылки водки, приготовил закуску, которую вместе с ножом принес к отчиму в комнату. В ходе разговора отчим стал оскорблять его мать и девушку, угрожал расправиться с матерью, поджечь квартиру, когда они с девушкой будут спать. Пояснял, что при повторных оскорблениях отчимом матери почувствовал себя униженным, подавленным, испугался, что возникнет драка, в голове промелькнула мысль: «все – надо уходить», но «тут все как сорвало». Свои последующие действия помнил смутно, фрагментарно. Так, «в руке оказался нож», и он ударил отчима. Далее помнил, что какое-то время сидел около отчима, «оказавшегося на полу», разговаривал «то ли с ним, то ли с самим собой», «местами помнил», как выходил на лестничную клетку, а «утром проснулся в постели».

При комплексном обследовании в Центре было установлено следующее.

<...>

Заключение невропатолога: «Органическое поражение центральной нервной системы сложного генеза (раннего, травматического)».

Психическое состояние. Испытуемый подавлен, настроение снижено. Цель обследования понимает после объяснений. Активно жалоб не предъявляет. При расспросе удается выяснить, что его беспокоят головные боли «стреляющего» и давящего характера, но он к ним «привык», так как «это происходит пять раз в неделю», головокружения, плохая переносимость жары, духоты, езды в городском транспорте, короткий, прерывистый сон. Анамнестические сведения предпочитает сообщать в форме ответов на вопросы, кратко.

При расспросе о взаимоотношениях с отчимом дает выраженную вазовегетативную реакцию, темп речи у него ускоряется, голос становится громче, раздражается на задающего вопросы врача, озлобляется, перебивает, тут же плачет, корригируется с трудом. Удастся выяснить, что отчим в течение многих лет злоупотреблял алкогольными напитками, оскорблял, унижал и избивал мать, испытуемого и его девушку. Сообщает, что за 4 месяца до случившегося они с другом матери сделали частичную перепланировку квартиры, чтобы отчим не мог подходить к двум комнатам, где проживали его мать с младшим братом и он с девушкой. Говорит, что за месяц до правонарушения «все складывалось не так»: мать, не выдержав унижений, переехала жить к своему другу, за две недели до случившегося отчим ушел в отпуск, постоянно находился в квартире, «привел жить в дом девицу», с которой вместе распивал спиртное. Поясняет, что он от такого поступка был «просто в шоке», ему не хотелось идти домой. В тот же период на тренировке получил удар по голове грифом штанги, сознание не терял, но в течение двух дней кружилась голова, «подташнивало».

За три дня до правонарушения брат «куда-то» уехал и отдал отчиму ключи от комнаты матери. Рассказывает, что был «весь на нервах», стал «срываться» на свою девушку, чтобы она не выходила из комнаты, когда отчим дома, так как тот постоянно на нее ругался, обзывал и оскорблял. Говорит, что в последние дни у него пропал аппетит, ел, заставляя себя, «чуть-чуть» и больше не мог, спать ложился поздно, около 1 часа ночи, вставал в 6 утра и ехал на работу. Рассказывает, что на работе стал уставать от общения с покупателями, накануне отпросился на 2 дня, так как в течение последних 2 недель у него не было выходных, чувствовал себя «простуженным» и очень хотел отдохнуть.

Говорит, что ночью, непосредственно перед случившимся, он долго не мог заснуть, выйдя в туалет, встретил отчима, который попросил его купить 2 бутылки водки, на что испытуемый согласился, так как не желал очередного скандала и решил попробовать договориться с ним, чтобы мать вернулась домой. Отчим «пил быстро и много», начал оскорблять мать, требовал назвать телефон и адрес, чтобы найти и «расправиться с ней и ее сожителем», угрожал поджечь квартиру вместе с испытуемым и его девушкой, когда они будут спать. Уверяет, что в тот момент почувствовал себя униженным, подавленным, испугался, что сейчас опять начнется драка, «промелькнула» мысль: «все – надо уходить», и тут «все как сорвало» – весь задрожал, нахлынули страх и ярость, почувствовал стук сердца «как молота в голове». Был «как в тумане», о дальнейших событиях в памяти остались лишь «обрывки»: в руке «оказался» нож, и он ударил отчима, после чего «ушли все мысли из головы», «ничего

не чувствовал, перестал бояться», не знает, как «оказался» сидящим около головы отчима, который почему-то лежал на полу, какое-то время так и сидел, плакал, разговаривал «то ли с отчимом, то ли с самим собой», чувствовал слабость, разбитость, «оказался в ванне», но не помнит, снимал ли одежду, какой температуры была вода, помнит, как складывал в сумку «все, что было на полу», но не может перечислить предметов, после этого «обнаружил», что находится на лестничной площадке, а затем «проснулся в кровати».

Твердит, что «жизнь кончена», ему «всех жалко». Суждения его поверхностные, порой сумбурные. При обсуждении субъективно значимых тем крайне трудно переключаем. Эмоциональные реакции лабильные, слезлив, раздражителен. Астенизирован. Быстро истощается. Настроение понижено. Критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации нарушена.

При экспериментально-психологическом исследовании Д. эмоционально неустойчив, при расспросе об обстоятельствах правонарушения плачет. При понуждении отвечает на вопросы формально, глубоких переживаний не раскрывает. Грубых нарушений памяти, интеллектуальных расстройств не выявлено. Однако уровень непосредственного запоминания невысокий, внимание неустойчиво. При исследовании индивидуально-психологических особенностей выявляются склонность к ограничению контактов, обязательность, ответственность, развитое чувство долга в сочетании с повышенной чувствительностью к несправедливости, эмоциональностью, ранимостью, потребностью в одобрении. Обнаруживается ригидная личностная структура, выражающаяся в настойчивости в достижении субъективно значимых целей, приверженности к социально одобряемым формам поведения; завышенной требовательности к себе на фоне выраженной эмоциональной неустойчивости, быстрой психической истощаемости, низкого порога аффективной выносливости, склонности к накоплению отрицательных эмоциональных переживаний с последующей разрядкой в виде аффективно насыщенных реакций, на высоте которых ослабевают волевой контроль поведения и способность к прогнозированию возможных последствий своих действий.

Комиссия пришла к заключению, что Д. обнаруживает органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи со смешанными заболеваниями (последствия органического поражения головного мозга сложного генеза – ранняя патология, повторные травмы головы) и в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, у Д. имело место временное психическое расстройство в виде патологического аффекта, развившегося на органически неполноценной почве, что лишало его способности сознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

<...>

Данное диагностическое и экспертное решение основано на анализе всей представленной комиссии документации и результатах освидетельствования, которые показали, что у Д. в результате пре- и перинатальных вредностей (злоупотребление отца алкоголем, патологически протекавшая беременность матери, асфиксия в родах) сформировалась минимальная мозговая дисфункция с неврозоподобной симптоматикой (страх темноты, воды, собак), пароксизмальными проявлениями (эпизоды снохождения, сноговорения), которые редуцировались в препубертатный период, с некоторыми эмоционально-волевыми нарушениями (неуравновешенность, расторможенность, обидчивость, плаксивость) и церебральными расстройствами (вялость, утомляемость, головные боли, головокружения, плохая переносимость жары, духоты, проезда в городском транспорте и пр.) в сочетании с резидуальной неврологической

симптоматикой, усугубившихся повторными черепно-мозговыми травмами, это в совокупности периодически затрудняло его социальную адаптацию (в школе, во время службы в Вооруженных Силах) и обуславливало его госпитализации в психиатрические больницы. Однако указанные расстройства у Д. не сопровождались выраженными мнестико-интеллектуальными нарушениями, какой-либо психотической симптоматикой и расстройством критических способностей. Фактически его психическое состояние в период до исследуемой ситуации определялось церебральной симптоматикой и некоторой эмоциональной неустойчивостью, что не может быть приравнено к хроническому психическому расстройству. Ретроспективная оценка психического состояния Д. позволяет выделить характерные этапы развития патологического аффекта в период инкриминируемого ему деяния.

1. Подготовительный этап – наличие длительной психогенно-травмирующей ситуации в семье на фоне сверхценного отношения к матери и большой привязанности к ней, что усугубилось дополнительными психогенно-травмирующими переживаниями, вызванными свободным доступом к ее комнате отчима, в сочетании с действием ряда астенизирующих факторов (физическое и умственное перенапряжение на работе, легкое соматическое неблагополучие), которые в своей совокупности снизили порог аффективной выносливости).

2. Психотический этап – фаза взрыва (пусковым механизмом явились оскорбления отчима в адрес матери по принципу «последней капли»), который сопровождался нарушением восприятия в виде гиперакузий («стук сердца, как молота в голове»), нарушением пространственно-временной ориентировки, стереотипными действиями, периодами нелепого, немотивированного поведения.

3. Заключительный этап – выраженное истощение («ничего не чувствовал, слабость, разбитость») с отставленным последующим сном и «лоскутным», фрагментарным характером воспоминаний.

Дифференциальный диагноз у Д. состояния патологического аффекта с физиологическим аффектом, имеющим специфическое трехфазное течение, основывался на оценке клинических проявлений преимущественно 2-й фазы, в которой преобладал психотический характер переживаний. Сложности экспертной оценки были обусловлены еще и тем, что у Д. в период освидетельствования обнаруживались признаки реактивного состояния (пониженное настроение, подавленность, нарушения сна, усиление эмоциональной лабильности, снижение критических способностей, суицидальные высказывания), что было расценено комиссией как декомпенсация органического эмоционально-лабильного расстройства, препятствовавшая его возможности осознать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, в связи с чем было рекомендовано направить Д. на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа.

Литература

Введенский И.Н. Исключительные состояния // Судебная психиатрия. – М., 1950. – С. 296–310.

Доброгаева М.С. Исключительные состояния: нозологическая принадлежность // Восьмой всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тез. докл. 25–28 окт. 1988 г. – М., 1988. Т. 1. —С. 37–39.

Доброгаева М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической клинике: Дис... д-ра мед. наук. – М., 1989.

Калашиник Я.М. Патологический аффект. Дис... канд. мед. наук. – М., 1941.

Луниц Д.Р. Судебно-психиатрическая экспертиза исключительных состояний // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. – М., 1955. – С. 94–103.

Мельник В.И. Трудности судебно-психиатрической экспертизы некоторых сумеречных расстройств сознания // Казуистика в клинической психиатрии: Тез. докл. обл. научно-практ. конфер. – Стрелечье, 1993. – С. 53–54.

Остришко В.В. К вопросу о дифференциальной диагностике патологического аффекта // Кратковременные психотические расстройства в судебно-психиатрической практике. – М., 1983. – С. 51–60.

Печерникова Т.П., Гульдан В.В., Остришко В.В. Комплексная психолого-психиатрическая экспертиза аффективных реакций у психически здоровых и психопатических личностей // Суд. мед. экспертиза. – М., 1985. – № 1. – С. 35–39.

Печерникова Т.П. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) // Судебная психиатрия. – М., 1998. – С. 343–355.

Fleszar-Szumigajowa J. Affekty kryminogenne // Pstchiat. Pol., 1975. – V.9, № 5. – P. 509–515.

**Ф.В. Кондратьев, Ю.Д. Криворучко,
Г.А. Фастовцов, М.М. Хадикова**
**Особенности клинко-дифференциальной
диагностики патологического аффекта
в судебно-психиатрической практике¹⁶**

Аффекты и их влияние на поведение людей всегда привлекали внимание исследователей. Состояния, имеющие судебно-психиатрическое значение, возникают в результате сильного волнения, страстей, гнева и сопровождаются агрессивным поведением. В разное время они назывались по-разному: душевное замешательство, умоисступление, гневное беспамятство, болезненная вспыльчивость, скоропреходящее неистовство, патологический и физиологический аффект, реакция короткого замыкания.

Р. Крафт-Эбинг в 1868 г. впервые ввел понятие патологического аффекта, при этом он подчеркивал его психопатологическую сущность и справедливо указывал, что речь идет «о скоропреходящем помешательстве, к проявлению которого аффект является только ближайшим конечным поводом». Отличительными признаками патологического аффекта Р. Крафт-Эбинг считал глубокое расстройство или «совершенное исчезновение самосознания» с вытекающей отсюда «смутностью», отрывочностью или полной утратой воспоминаний. В.П. Сербский также отмечал, что главным клиническим свойством патологического аффекта является расстройство или помрачение сознания, которое обуславливает «полную невменяемость лица». Определение патологического аффекта с момента описания его Р. Крафт-Эбингом мало изменилось.

В отечественной судебно-психиатрической литературе 20—30-х годов патологический аффект диагностировался широко с расширительной экскульпацией. Однако в результате многочисленных исследований, проводимых на протяжении десятилетий в основном судебными психиатрами, границы диагностики патологического аффекта были достаточно сужены (*Введенский, 1947; Луци, 1955; Морозов, 1977–1988; Доброгаева, 1989; Печерникова 1998; Дмитриева и соавт., 2004; и др.*). В современном понимании отечественных судебных психиатров патологический аффект – это кратковременное психотическое состояние, протекающее в форме взрыва, с внезапным появлением на фоне аффективного напряжения, связанного с психотравмирующим поводом, болезненного нарушения сознания с дезориентировкой в окружающем, искаженным восприятием в виде расстройства схемы тела, гиперактузией, психосенсорных расстройств, дереализации, иллюзорных нарушений в аспекте доминирующих переживаний, но в отрыве от действительности, с агрессивными действиями в виде двигательных автоматизмов с характерными для аффективного взрыва вегетативными вазомоторными реакциями, с последующим критически наступающим истощением физических и психических сил или терминальным сном. Это состояние может длиться от нескольких минут до одного часа. Одним из условий, способствующих возникновению патологического аффекта, является почва в виде резидуально-органических, иногда не резко выраженных нарушений и наличие дополнительных экзогенных факторов (физическое и психическое переутомление, дефицит сна, алкогольное опьянение, психогении и пр.). В возникновении патологического аффекта условно можно выделить три периода: подготовительный, кульминационный и исходный, которые определяются и при физиологическом аффекте, однако клинические проявления последнего не достигают психотического уровня.

¹⁶ Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 43. – М., 2005.

Одной из наиболее сложных дифференциально-диагностических проблем в судебно-психиатрической клинике является отграничение патологического аффекта от физиологического, что влечет за собой вынесение качественно различных экспертных заключений. Примером развития патологического аффекта может служить следующий клинический случай.

Военнослужащий Я., 27 лет, обвинялся в совершении умышленного убийства. По данному делу он был уже дважды освидетельствован и направлен судом на повторную экспертизу. Из анамнеза известно, что наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее и последующее психофизическое развитие протекало в соответствии с нормой. Формировался «легким» по характеру, с ним можно было быстро найти общий язык. Предпочитал спокойные игры, стремился к общению с другими детьми. Обучение в общеобразовательной школе начал с 7 лет, успевал по всем предметам на «отлично». Преподаватели в школе отзывались о нем только с положительной стороны как об эрудированном, вежливом, справедливом, дисциплинированном, уравновешенном ученике. С первого класса он принимал активное участие в общественной жизни школы. Неоднократно был победителем олимпиад по математике, физике, немецкому языку. Мать сообщила, что ее сын всегда был послушным, спокойным, общительным, необидчивым, в конфликтных ситуациях вел себя уравновешенно, обдуманно. Соседи по дому и школьные друзья подчеркивали, что Я. не были присущи злобность, мстительность, любые эмоционально-негативные ситуации он переносил спокойно. Алкогольные напитки употреблял с 17 лет «очень редко, предпочитая легкие сорта пива». Крепкие алкогольные напитки в течение жизни употреблял 4–5 раз, и это всегда «сопровождалось плохим самочувствием».

После школы Я. поступил в военно-инженерный университет, где за период обучения также проявил себя с положительной стороны, учился на «отлично», был исполнительным, трудолюбивым, настойчивым, тяготы военной службы переносил легко. По окончании университета в 1999 г. проходил службу в инженерно-саперной части. С 21.02.00 г. по 04.06.00 г. Я. исполнял служебные обязанности по проведению контртеррористической операции в Чеченской республике, где лично разминировал и уничтожил более 8 тысяч взрывоопасных предметов, за что награжден орденом «За заслуги перед Отечеством» II степени. В целом на службе он «качественно выполнял поставленные задачи, проявлял инициативу, быстро ориентировался и умело действовал в сложной обстановке».

Из медицинской документации известно, что с 10.11.99 г. по 19.11.99 г. Я. находился на стационарном лечении в связи с «закрытой черепно-мозговой травмой и сотрясением головного мозга». После выписки в течение полугода у него отмечались нечастые головные боли, нарушения сна. В последующем за медицинской помощью он обращался по поводу «респираторных заболеваний», «остеохондроза поясничного отдела позвоночника без нарушения функции». На учете у нарколога, психиатра Я. не состоял.

Как следует из материалов уголовного дела, 15.05.03 г. Я., находясь в состоянии алкогольного опьянения, в ходе ссоры нанес Ш. многочисленные ножевые ранения, в результате которых тот скончался на месте происшествия. Согласно заключению судебно-медицинской экспертизы, причиной смерти Ш. явилась «Сочетанная травма острым предметом головы, шеи, туловища и

конечностей. Множественные колото-резаные раны головы, шеи, туловища, проникающие в полость черепа, перикарда, левую плевральную и брюшную полости с повреждением лобной доли слева, общей сонной артерии справа, множественными повреждениями левого легкого, сердца, аорты, печени и желудка. Множественные резаные раны головы, шеи, правого предплечья и левой кисти. Две колотые раны на ладонной поверхности ногтевой фаланги большого пальца слева. Алкоголь в крови и моче 3,62 % и 4,2 % соответственно».

Я. на допросе 16.05.03 г. (2 ч. 00 мин. – 6 ч. 30 мин), показал, что в 19 часов он пошел в общежитие к своему приятелю, где находились знакомые ему сослуживцы, которые употребляли спиртные напитки. Он присоединился к ним и выпил примерно 150 г водки. В ходе застолья Ш. быстро опьянел и начал оскорблять Я., затем стал требовать выяснить отношения в драке. Чтобы «как-то смягчить обстановку», Я. предложил Ш. «побороться на руках и определить, кто сильнее». После того как Ш. проиграл, он разозлился еще более и продолжил оскорбления в адрес Я. Поэтому, опасаясь, что не сдержится, Я. вышел на улицу, но Ш., шатаясь, последовал за ним. По словам Я., он «это все видел и реальной какой-либо угрозы от него не воспринимал». Однако Ш., продолжая оскорблять, обхватил его сзади, и они упали на землю. Я. освободился от захвата и, поднявшись, пошел вперед. Пройдя примерно пять шагов, услышал, как Ш. начал вставать и вновь оскорблять его. На этом допросе Я. показал, что «все это он проигнорировал, хотя и было очень обидно слышать оскорбления в свой адрес». Далее Я. отошел к забору, приподнял куртку, чтобы достать нож левой рукой, нож висел с левой стороны на боку. При этом он пояснил в своих показаниях: «Я специально повернулся к нему спиной и, приподнимая куртку, сделал вид, что хочу в туалет». В это время Ш. снова на него набросился. Ожидая этого, Я. выхватил левой рукой нож из чехла и нанес ему встречный удар. Затем развернулся, перехватил нож левой рукой и нанес им не менее 20 ударов в грудь Ш., при этом «удары я наносил намеренно». После того как Ш. упал, нанес ему не менее 10 ударов по туловищу. Указывал, что «отходил к забору специально для того, чтобы применить нож». После происшедшего очень испугался и «попытался Ш. откатать». Затем оттащил подальше от дороги труп, боясь, что его кто-нибудь обнаружит. После этого сразу же побежал в свое общежитие, где встретил дежурного вахтера, который показал нож и газовый пистолет и сказал, что убил человека. «Я не знал, что нужно было делать, мне было страшно, так как боялся ответственности за содеянное».

В показаниях от того же числа, 16.05.03 г. (в период с 19 ч. 38 мин. до 20 ч. 46 мин.), Я. добавил, что из-за поведения Ш. (а именно: «Ш. вел себя агрессивно, ему не нравилось, что я старше по званию, он оскорблял меня») он вышел из общежития и пошел домой. Ш. догнал его на улице, и завязалась драка. От удара Я. упал, после чего поднялся, отошел в сторону от дороги и повернулся к Ш. спиной, «пытаясь спровоцировать его нападение на меня». Почувствовав, что Ш. подходит к нему, он выхватил левой рукой нож и «нанес им удар назад, не оборачиваясь, куда был нанесен первый удар, он не видел». После удара Ш. якобы отскочил, а количество нанесенных ударов Я. не помнил, «удары наносил преимущественно в корпус», перетаскивал ли он труп, также не помнил.

На допросе 22.05.03 г. Я. пояснил, что после полученного им удара в пах он поднялся и отошел в сторону, повернувшись спиной. Ш. подошел к нему со стороны спины и обхватил его рукой за шею. Почувствовав, что Ш. подходит к нему сзади, он выхватил левой рукой нож и «нанес удар назад, не оборачиваясь». После этого он развернулся к Ш. лицом, но тот, отшатнувшись, вновь попытался наброситься. В этот момент Я. «почувствовал ярость, сильную злобу на него», поэтому начал наносить множественные частые удары в тело Ш., но куда именно наносил удары, не помнил.

На допросе 4.07.03 г. Я. сообщил, что около общежития Ш. догнал его, оскорблял нецензурной бранью, после чего завязалась драка. После драки Я. отошел в противоположную сторону, отвернувшись, предполагая, что Ш., «увидев меня со спины, захочет напасть на меня». При этом нащупал рукой на левом боку нож, будучи готов применить его. Ш., подойдя сзади, молча обхватил его рукой за шею. Тогда Я. выхватил левой рукой нож и нанес им удар назад, не оборачиваясь. Ш. отшатнулся и вновь направился на него, «в этот момент почувствовал желание убить его, и я начал наносить множественные частые удары, которые приходились в грудь и живот». Количество ударов не помнил, пояснил, что был очень испуган.

Рассматривая показания Я. в динамике, можно заметить, что, начиная с его объяснения 22.05.03 г., в них появляются высказывания, отражающие его эмоциональное состояние в момент правонарушения: показания 22.05.03 г. – «у меня была ярость и злоба», показания 04.07.03 г. – «я очень испугался». В то же время в приведенных выше показаниях Я. объяснение его действия (отошел с дороги к забору), имеющее принципиальное значение для понимания мотивации криминальной ситуации, а также возникновения последующей эмоциональной реакции, носит противоречивый и взаимоисключающий характер. Противоречия в показаниях Я. 16.05., 22.05. и 4.07. 2003 г. объясняются им в ходе судебного заседания 1.08.03 г., что будет показано ниже.

Дежурная по общежитию и дневальный показали, что 16.05.03 г., около 00 часов 30 минут, в дверь общежития стали сильно стучать. Открыв дверь, они увидели Я., который находился «в возбужденном состоянии и в состоянии алкогольного опьянения», глаза у него были расширены, таким его «никогда еще не видели», был в «шоковом состоянии». Войдя в коридор, Я. сразу же сказал, что «убил человека», «он хотел меня убить, но я его опередил», постоянно повторял: «надо его закопать». «Вел себя странно, было ощущение, что никого не слышит, кроме себя», и казалось, «он сам не верил в произошедшее». Он то доставал из-под обмундирования «нож, который был в крови» и газовый пистолет, то убирал их под куртку. При этом он был сильно взволнован и нервничал, на ногах он стоял твердо, но шатался, говорил четко и ясно, изо рта чувствовался запах спиртного.

16.05.03 г. (4 часа 10 минут) Я. прошел медицинское освидетельствование, где в контакт вступал, в месте и времени был ориентирован. При передвижении отмечалось некоторое нарушение координации. Зрачки глаз были несколько расширены, на свет реагировали, реакция обоих глаз – содружественная. Был поставлен диагноз: «Алкогольное опьянение крайне тяжелой степени. Ушиб в левой заушной области, ссадины правого коленного сустава». При СМЭ констатированы ссадины на

подбородке, правом коленном суставе, верхнем отделе спины слева, передней поверхности правой голени.

27.06.2003 г. экспертами С-й областной клинической психиатрической больницы Я. была проведена амбулаторная судебная комплексная нарколого-психолого-психиатрическая экспертиза, где он рассказал, что после того, как он направился домой, Ш. вышел за ним следом, и снова возникла словесная перепалка. Успокаивая его, предложил даже переночевать в своей комнате, «но Ш. не унимался». Тогда он отвернулся и направился домой, но Ш. подскочил сзади, ударил испытуемого ногой в пах, начал душить. Они оба упали. Ш. его немного придушил и 2 раза ударил головой о землю. Испытуемому удалось встать, и он пошел в сторону от Ш., но тот снова набросился сзади и схватил испытуемого за шею. Тогда испытуемый выхватил нож и ударил его. Ш. отскочил от испытуемого и с криком «Убью!» кинулся на испытуемого. Очень испугавшись, Я. стал наносить потерпевшему частые удары ножом. Количество ударов и место их нанесения не помнит. Когда потерпевший упал, то испытуемый испытал ужас, слабость, усталость и упал сам рядом с потерпевшим. Лежал минут 5—10, а потом пошел в общежитие. Экспертная комиссия пришла к заключению, что во время совершения деяния Я. находился в состоянии простого (не патологического) алкогольного опьянения. Он мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период инкриминируемого ему правонарушения. Присущие ему индивидуально-психологические особенности (тенденция к избеганию конфликтов, вдумчивость, общительность, некоторая демонстративность и склонность к рисовке) в анализируемой ситуации не оказывали существенного влияния на его поведение.

В ходе судебного заседания 01.08.03 г. Я. показал, что когда Ш. начал его оскорблять, предлагал выйти в коридор разобраться, он отказался и предложил ему померяться силой на руках. Когда же Я. пошел домой, Ш. догнал его и, продолжая оскорблять, ударил его сзади ногой в пах и обхватил руками, после чего они вместе упали, некоторое время боролись. Я. предложил Ш. разойтись, но тот настаивал, чтобы они пошли продолжать выпивать. Я. отошел с дороги на газон и встал спиной к Ш., но тот снова набросился, обхватив его шею руками, и начал душить. Я. правой рукой пытался убрать от шеи руку Ш., а левой достал нож и ударил его, «бил часто и сильно», потом они упали. «Я потерял сознание на некоторое время», затем очнулся, встал и сразу пошел в общежитие рассказать о содеянном.

В ходе судебного заседания, как показано выше, Я. дал однозначное объяснение своему действию – отошел с дороги на газон, чтобы разойтись с Ш. мирно, без драки (в первых показаниях Я. объяснение мотивации данного поступка носило противоречивый, недостаточно четкий характер).

Во время судебного расследования Я. также пояснил свое эмоциональное состояние в момент правонарушения, в его показаниях прослеживается динамика эмоционального состояния с возникновением сильного страха за собственную жизнь, а именно: когда Ш. догнал Я., то «злости на него не было, было скорее безразличие к нему (Ш.)». После того как Ш. обхватил горло Я., он испытал боль и «испугался, что Ш. убьет его», тогда выхватил нож и нанес удар. Затем развернулся и, «насколько помню», увидел, как Ш. надвигается на него. Испугался еще больше, ударил его в корпус, «а он продолжал двигаться

на меня, я даже подумал, что он может меня убить, и стал наносить ему удары ножом». Потом они вместе упали, «отчего – я не знаю», «я ощутил усталость, страх и потерял сознание». После того как Я. очнулся, он пытался Ш. «откачать», «но уже было поздно».

На данном судебном заседании Я. пояснил и противоречивость своих первых показаний, которые давал в таком состоянии, когда не мог сосредоточиться на вопросах и в связи с этим соглашался с версиями следственных органов. Я. объяснил противоречивость своих первых показаний «шоковым состоянием», в котором «не мог точно все помнить».

24.09.03 г. Я. была проведена повторная комплексная судебная психолого-нарколого-психиатрическая экспертиза в зале суда. В психическом состоянии экспертами отмечено, что его настроение ситуационно снижено, рассказывая о ситуации, связанной с правонарушением, сдерживал слезы. В беседе при уточнении данных им противоречивых по делу показаний извиняется, говорит, что «ответил не подумав, а на самом деле этого и не было», или: «я же хотел помочь следствию, со всем соглашался, в противном случае меня могли арестовать». Достаточно последовательно восстанавливал события, предшествующие правонарушению. Объяснял, что в комнате оказался после приглашения, «думал, немного выпьем, пообщаемся, поговорим о событиях в Чечне». Не скрывал, что некоторые высказывания Ш. были достаточно обидными, «раз пять называл меня капитанишкой», при этом «один раз даже разозлился на него», но не хотел ссориться, «тот же был очень пьяным».

Рассказывал, как около 23 часов стал собираться, «утром надо было в наряд», быстро со всеми попрощался и ушел. На улице его нагнал Ш., «ругался, предлагал подраться, размахивал руками, демонстрировал, как боксируют», тут же «предлагал выпить». Пройдя 5–6 метров, Ш., находясь за его спиной, пнул ногой его в пах, а затем обхватил на уровне груди. Они оба упали, Ш. постоянно ругался, выражаясь нецензурно, «мы обменялись двумя ударами, затем я встал». Вновь подчеркивал, что стремился избежать драки – «я отошел, оправил форму», «не думал, что тот вновь начнет». Описывал, как некоторое время спустя Ш. опять набросился сзади, схватил за горло, «больно сдавил кадык», «мелькнула мысль – все, теперь он меня убьет», «мне надо было обороняться, я выхватил нож и ударил им назад, наотмашь левой рукой». Вспоминал, как развернулся к потерпевшему лицом, говорил, что «с этого периода помнятся его страшные, дикие глаза, ярость на лице», описывал перенесенные страх, испуг, боль, тревогу, отчаяние.

Дальнейшее плохо помнил, ссылаясь на нечеткость, фрагментарность восприятия: «помню, как три или пять раз ударил его, но куда – не знаю». При уточнениях терялся, «сколько раз ударил – не знаю, я помню только два-три начальных удара», «видел только его яркое лицо и свою руку». Отмечал необычную тишину в тот момент, «если бы появился какой-нибудь звук, то я бы воспринял его в два раза сильнее и резче». Периодически ссылался на материалы уголовного дела, начинал оправдываться: «не знаю, почему у него оказалось так много повреждений, столько ударов я никогда бы нанести не смог», но, поправляясь, замечал: «а больше и некому». Говорил, что в тот период в голове «отсутствовали мысли», «голова была пустой». Дальнейшие обстоятельства не помнил, очнулся рядом с телом Ш., предполагал, что искал пульс на кисти у трупа. Считал, что до этого «отключился на 5–10

минут», на уточняющий вопрос отвечал, что «возможно, отключался и на более длительный промежуток времени», «даже на час». Рассказывал, что и последующие свои поступки помнит нечетко, «тело, ноги, руки были не мои, как ватные». Предполагал, что вытер туалетной бумагой нож, т. к. в деле об этом написано. Описывал, как постепенно приходил в себя, «события помню как вспышки», пришел в общежитие, рассказал о случившемся, но ему сначала вахтер не поверила. Уверял, что не помнит своих предложений окружающим закопать труп, «я повторял только – я убил!».

Отмечалось в целом последовательное мышление, но иногда – его дезорганизация, в суждениях выявлялись противоречивость и некоторая непоследовательность. Критика к содеянному была достаточная. Экспертная комиссия пришла к заключению, что Я. каким-либо хроническим психическим расстройством не страдал. В период инкриминируемого деяния у него развилось временное болезненное расстройство психики в форме острой реакции на стресс, которое лишало способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период инкриминируемого ему деяния.

С учетом противоречий данных по делу заключений судьей была назначена стационарная комплексная нарколого-психолого-психиатрическая экспертиза.

При обследовании в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского со стороны внутренних органов патологии не установлено. <...> *Заключение невролога:* «Умеренно выраженные органические изменения центральной нервной системы неясного генеза, возможно, последствия патологии раннего периода развития. Вегетативная дисфункция». *Психическое состояние.* Сознание ясное. Ориентирован правильно. Цель экспертизы понимает верно. Контакт доступен. Анамнестические сведения сообщает последовательно, подробно. В беседе вежлив, внимательно выслушивает вопросы, однако легко соглашается с мнением собеседников, с некоторыми суждениями, а также сведениями, изложенными в материалах уголовного дела, даже если они не в его пользу. Отвечает достаточно откровенно, однако отдельные его высказывания несколько облегчены, что сочетается с неустойчивостью фона настроения, отдельными инфантильными высказываниями и поведенческими проявлениями, раздражительностью, носящими ситуационный характер. Единичные эмоциональные проявления отличаются некоторой внеконтекстностью, так, он периодически улыбается вне связи с темой беседы. На предложенные вопросы обследуемый отвечает в плане темы, но недостаточно четко и последовательно, при этом в отдельных случаях фиксируется на несущественных деталях. О правонарушении рассказывает достаточно подробно, при этом ссылается на запомывание отдельных моментов правонарушения, однако прослеживается общая стратегия поведения обследуемого в ситуации правонарушения, заключающаяся в стремлении избежать эскалации конфликта, агрессивных действий. Несовпадения в показаниях на следствии объясняет «желанием помочь следствию», а также своим «угнетенным состоянием». Фон настроения снижен, при вопросах о правонарушении заметно волнуется, на глазах – слезы, говорит: «не могу поверить, что убил человека». Склонен обвинять себя в содеянном, переживает, что «совершил убийство человека». Рассказывая о правонарушении, часто сообщает сведения, о которых узнал в ходе следствия,

но сам о них не помнит. О правонарушении сообщил, что пришел в комнату, ожидая увидеть своего знакомого, пообщаться с ним, поговорить о чеченских событиях. Выпил сначала 100–150 мл водки, затем около 200 мл крепленого вина «Кавказ». В ходе распития алкогольных напитков Ш. «сильно» опьянел, стал конфликтным, пытался поссориться с одним из сослуживцев, из-за чего тот ушел домой. Тогда Ш. стал оскорблять его, «называл меня капитанишкой», говорил обидные слова, но подэкспертный не хотел ссориться, «тот же был очень пьяным». Рассказывает, что после предложения Ш. выйти на улицу, чтобы разобраться, сам предложил «борьбу на руках – армрестлинг». Я. выиграл поединок, что еще больше разозлило Ш., поэтому Я. сказал ему, что тот сильнее и он готов признать перед ним свое поражение. Помнит, как около 23 часов стал собираться, «утром надо было в наряд», быстро со всеми попрощался и ушел. Рассказывает, как на улице его догнал Ш., «ругался, предлагал подраться, размахивал руками, демонстрировал, как боксируют», тут же «предлагал выпить». На его предложение отказался, пригласил его к себе в общежитие – «проспаться», но Ш. продолжал провоцировать драку. Когда подэкспертный пошел домой, Ш. догнал его и обхватил сзади, в процессе борьбы они упали на землю, и он потребовал, чтобы Ш. прекратил его оскорблять. Поднявшись, он отошел в сторону, чтобы уступить дорогу Ш., и стал поправлять свою одежду, стряхивать с нее грязь. Ш., находясь за спиной, пнул его ногой в пах, а затем обхватил на уровне груди, другой рукой схватил за горло, «больно сдавил кадык», когда перед глазами «все поплыло», ощутил слабость в теле, «мелькнула мысль – все, теперь он меня убьет», тогда выхватил нож и ударил им назад, наотмашь левой рукой. Помнит, как развернулся к потерпевшему лицом, говорит, что «с этого периода помнятся его страшные, дикие глаза, ярость на лице», с удивлением говорит, что Ш. тогда показался ему «здоровым, выше ростом». Полагал, что после удара Ш. упадет или прекратит нападать на него, но «совсем не ожидал, что он продолжит борьбу», «он был как раненый зверь». От этого он испытал сильный страх, испуг, ужас, последняя мысль, которую он помнил, когда Ш. «навис» над ним с занесенным над его головой кулаком: «вот теперь мне не выжить».

Последующих событий не сообщает, ссылаясь на забывчивость. При уточнениях теряется, «сколько раз ударил – не знаю», «видел только его яркое лицо». Говорит, что помнит как отдельный кадр – «рука с ножом и чье-то плечо». Отмечает необычную тишину в тот момент, «если бы появился какой-нибудь звук, то я бы воспринял его в два раза сильнее и резче». Вспоминает, что в тот период в голове «отсутствовали мысли», «голова была пустой». Дальнейшие обстоятельства, по его словам, «не помнит», очнулся рядом с телом Ш., говорит: «у меня такое чувство, что я рядом с ним спал», но сомневается: «не могу утверждать». Дальнейшие события воспроизводит фрагментарно: «кажется, искал у трупа пульс». Считает, что «отключился возле трупа на 5— 10 минут, а по расчетам минут на 30 выходит». Рассказывает, что и последующие свои поступки помнит нечетко, тело, ноги, руки были не мои, как ватные. Предполагает, что вытер туалетной бумагой нож, т. к. в деле об этом написано, но уверенно сказать об этом не может. В голове крутилась одна мысль, постоянно ее повторял – «я убил человека», при этом не верил в это, «были непонятные мне ужас, страх». Вновь воспоминания как сменяющиеся слайды, кадры, «как вспышки»: «иду по дороге», «стучу в дверь общежития». Помнит, что пришел в общежитие,

рассказал о случившемся, но ему сначала вахтер не поверила. Уверяет, что не помнит своих предложений окружающим закопать труп, «я повторял только – я убил!», «была какая-то растерянность, не мог поверить в то, что произошло, не понимал почему». В настоящее время переживает о содеянном, не имеет четких планов на будущее. В отделении спокоен, малообщителен, много времени уделяет чтению литературы. Мышление в целом последовательное, суждения с легковесностью, конкретностью.

При экспериментально-психологическом исследовании темп работы у Я. над тестами достаточно быстрый, но перед окончанием обнаруживаются признаки утомления, что обследуемый субъективно не отмечает, гиперкомпенсаторно отрицает. Отмечаются высокая мотивация достижения, стремление выполнить задания как можно лучше. С целью сохранения самоуважения и самооценки отдельные неверные решения, на которые обращает внимание экспериментатор, испытуемый не исправляет, эмоционально настаивает на их правильности, употребляя расхожие штампы типа «первая мысль – самая верная».

Механическое запоминание достаточно развито, опосредованное воспроизведение также высокое. Ассоциативные образы в целом отражают содержание и эмоциональный подтекст слов-стимулов, при этом отмечается сочетание двух противоречивых тенденций – обстоятельности в изображении отдельных образов и фрагментарности отдельных рисунков, а также использование адекватных символических изображений. Пояснения к отдельным образам недостаточно четкие («Глухая старушка – мордочка старушки с ушами разного размера, разный размер для того, чтобы обратить внимание именно на ухо»). Вербальные ассоциации неравномерны по семантическому уровню продуцируемых ответов – ответы достаточно высокого уровня (существительные соседствуют с прилагательными и глаголами вне зависимости от сложности стимульного понятия, что сочетается с использованием речевых штампов).

Исследование мыслительной сферы выявило в целом достаточный интеллектуальный уровень. Обследуемый выделяет основные классификационные категории, оперирует абстрактными понятиями, способен к обобщению, сравнению с использованием практически значимых признаков категориального и функционального уровня. Однако в единичных случаях выявляется аморфность умозаключений с использованием второстепенных, малозначимых признаков предметов. Например, общее между пчелой и вентилятором испытуемый видит в том, что «от них обоих идут волны ветра» или «ось и оса похожи двумя одинаковыми буквами, обе земного происхождения, реально осязаемые». При способности к передаче условного смысла пословиц в отдельных случаях испытуемый продуцирует излишне обобщенные трактовки. Последовательность событий испытуемый в целом устанавливает самостоятельно верно.

В личностной сфере у него выявляются дисгармоничное сочетание стремления доминировать в межличностных отношениях с ориентацией на ценность собственного социального статуса, гиперкомпенсаторная потребность в лидерстве с некоторой переоценкой собственных достижений и возможностей, способность к самостоятельным решениям и принятием ответственности, следование конвенциональным нормам с тенденцией к избеганию конфликтных ситуаций, недостаточной уверенностью в

собственных силах, чувствительностью к замечаниям и внешним оценкам. При достаточной способности к контролю за собственными эмоциональными проявлениями и высказываниями, рационализме оценок случившегося в ходе экспериментально-психологического исследования обнаруживаются ослабление контролирующих механизмов, некоторые черты неустойчивости в поведении.

Анализируя клинический случай, следует сделать вывод, что Я. каким-либо хроническим расстройством не страдал ранее и не страдает таковым в настоящее время. В период инкриминируемого ему деяния у Я. на фоне субъективно сильного психотравмирующего события в виде угрозы его жизни, при массивной алкогольной интоксикации развилось временное болезненное расстройство психики в форме психогенной острой реакции на стресс (F43.0, по МКБ-10), или патологического аффекта, согласно взглядам отечественных судебных психиатров. На это указывают сведения о внезапном изменении в тот период его психического состояния с утратой критики, суженностью сознания, фрагментарностью восприятия (помнит отрывочно, как меняющиеся слайды, вспышки в голове), внезапно возникшим психомоторным возбуждением с автоматизированностью, стереотипностью агрессивных действий в отношении потерпевшего, его дезориентировкой в окружающем (помнит, что драка была на тропинке, а как очутился возле забора, где пришел в себя, – не помнит), нарушениями восприятия («потерпевший казался больше, чем на самом деле», «запомнилось его искаженное лицо»), выраженным аффектом страха, нарушением связности мышления (ощущал в голове пустоту, крутилась лишь одна мысль: «я убил»), а также данные о внезапном окончании указанного психотического состояния с наступлением постпсихотической физической астении, сном, частичным забыванием периода инкриминируемого ему деяния с последующим чувством отчуждения содеянного, деперсонализационно-дереализационными переживаниями («ватность» тела, нереальность событий, отстраненность от них), в дальнейшем нелепым, неадекватным, гиперактивным поведением (предлагал вахтеру закопать труп, хаотично доставал и прятал пистолет, нож).

Указанное временное болезненное расстройство психики лишало Я. способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий в период инкриминируемого ему деяния. Я. не мог понимать и осознавать тот момент, когда прекратится посягательство на него со стороны потерпевшего. В настоящее время по своему психическому состоянию он может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания. В применении к нему принудительных мер медицинского характера Я. не нуждается, т. к. перенесенное им болезненное состояние психики не имеет тенденции к спонтанному повторению, не требует профилактического лечения, он не представляет социальной опасности для себя или других лиц.

В дискуссионном порядке можно допустить, что в момент совершения правонарушения Я. находился в состоянии физиологического аффекта, развившегося на фоне простого алкогольного опьянения. Об этом, казалось бы, свидетельствует трехфазная динамика протекания эмоциональной реакции: фаза накопления эмоционального напряжения с восприятием ситуации как безвыходной; фаза резкого, взрывного роста эмоционального возбуждения с субъективно неожиданной разрядкой эмоционального возбуждения на фоне суженного сознания с фрагментарным восприятием наиболее травмирующих моментов, а также снижением уровня регуляции поведения, о чем свидетельствует множественность стереотипных, несвойственных структуре личности Я. агрессивных действий; фаза глубокой психической и физической астении со специфическими феноменами выхода из данного эмоционального состояния с последующим, вслед за осознанием тяжести и непоправимости содеянного, развитием острой личностной реакции с признаками дезорганизации мыслительной деятельности и поведения. Вместе с

тем это допущение противоречит вышеприведенной аргументации возникшего на фоне острой конфликтной ситуации кратковременного психотического состояния.

Отмечаемые в данном уголовном деле и в актах экспертиз некоторые расхождения в описаниях деталей инкриминируемого деяния с описаниями этого же события при последнем освидетельствовании достаточно часто встречаются при экспертизах «на момент деяния». Объяснения этих расхождений могут быть разные. Они могут зависеть от профессиональной квалификации следователя, производящего допрос (в том числе от его знаний судебной психиатрии, позволяющих выяснять необходимые для экспертов вопросы), от психического состояния допрашиваемого, от времени, прошедшего после самого деяния.

Возникшее у Я. после содеянного состояние с дезорганизацией мышления и резко сниженным фоном настроения оказало влияние на его способность давать показания на предварительном следствии. Это выразилось в неполноте показаний, отсутствии четкости в указании конкретной мотивации совершения определенных действий; в недостаточной вербализации при описании важных составляющих его состояния и особенностей его эмоциональных переживаний в исследуемой ситуации (в частности, в показаниях Я. не отражены испытанные им в момент неспровоцированного нападения Ш. болевые ощущения и состояние сильного удушья, переживания ужаса, страха за свою жизнь, а главное – расстройств восприятия), а также в разноречивых объяснениях на предварительном следствии своего защитного поведения с попытками совладать с конфликтной ситуацией, не нарушая просоциальных, адекватных морали, Уставу и Закону норм (именно отсутствием у Я. агрессивных намерений, желанием Я. предотвратить драку объясняется его действие: отошел к забору, предоставив Ш. возможность свободного продвижения).

Такая психологически объяснимая «разноречивость» показаний Я. не содержит признаков защитно-установочного поведения, наоборот, их наличие при целостном анализе показаний как раз и создает достаточную полноту картины, позволяющую дать ей аргументированную клиническую оценку.

Литература

Введенский П.Н. Проблема исключительных состояний в судебно-психиатрической клинике // Проблемы судебной психиатрии / Под ред. Ц.М. Файнберг. – М., 1947. – Вып. 6. – С. 331–335.

Доброгаева М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической клинике: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 1989.

Крафт-Эбинг Р. Судебная психопатология. – СПб., 1874.

Луниц Д.Р. Судебно-психиатрическая экспертиза исключительных состояний // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. – М., 1955. – С. 94–103.

Печерникова Т.П. Реакция короткого замыкания // Судебная психиатрия / Под ред. А.С. Дмитриева, Т.В. Клименко. – М.: Юристъ, 1998. – С. 353–354.

Судебная психиатрия: Руководство для врачей / Под ред. Г. В. Морозова. – М.: Медицина, 1988. – С. 340–353.

Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого: Пособие для врачей / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Е.В. Макушкина. – М., 2004.

Фастовцов Г.А. Условные закономерности проявления боевого ПТСР в ситуации правонарушения // Механизмы стресса в экстремальных ситуациях: Сб. научн. трудов ГНИИИ ВМ МО по материалам 3-й Всероссийской конференции. – М., 2004. – С. 51–54.

Ф.С. Сафуанов, А.О. Наумович, Д.А. Малкин **Инцест, аффект и отцеубийство¹⁷**

Представленный в данном сообщении случай убийства 19-летней девушкой своего отца, который в течение 8 месяцев насильственно принуждал ее к сексуальной связи, интересен во многих отношениях, поскольку в нем отражаются разнообразные психологические, психиатрические, сексологические, криминологические и виктимологические проблемы. Отметим лишь некоторые из них.

Во-первых, исследования жертв сексуального насилия обычно ограничиваются изучением психических расстройств у малолетних или несовершеннолетних потерпевших, при этом описаны закономерные психические изменения у таких детей и при длительном внутрисемейном сексуальном насилии – инцесте (*Мэндэлл, Дамон, 1998; Морозова, 1999*). Наряду с влиянием сексуальной травмы на возникновение и развитие психогенных расстройств отмечают и роль онто- или дизонтогенетического фактора, обуславливающего неспособность малолетних и части несовершеннолетних потерпевших понимать характер и значение действий виновного или оказывать сопротивление. Остается не до конца ясным, какие же психические и личностные изменения характерны для жертв длительного инцеста, достигших совершеннолетия, в отношении которых вопрос об их беспомощном состоянии при экспертизе обычно не возникает.

Во-вторых, особый интерес вызывает проблема связи инцеста с последующей агрессией со стороны жертв сексуального злоупотребления. В поле зрения специалистов чаще всего попадают такие формы вторичной агрессии потерпевших, как самоубийство (аутоагрессия) и агрессия по отношению к сверстникам (компенсаторная агрессия с неосознаваемой целью изжить собственный опыт сексуального насилия). Гораздо реже (даже в судебно-экспертной практике) встречаются случаи криминальной агрессии по отношению к насильнику.

В-третьих, непосредственно с вышесказанным связана проблема мотивации преступных действий жертв сексуального насилия. Прежде всего, рассматривая любые поведенческие акты как результат взаимодействия личностных (в том числе и психопатологически обусловленных) и ситуационных факторов (*Хекхаузен, 1986*), мы должны понять, чем ситуация длительного инцеста субъективно отличается от других хронических психотравмирующих ситуаций сексуального характера и в чем специфика воздействия сексуальной травмы на процесс ее когнитивной и эмоциональной переработки. Кроме того, важно понять сам механизм переживания психотравмирующей ситуации и влияние на него особенностей личности потерпевшей. И наконец, необходимо осмыслить трансформацию личностной позиции жертвы инцеста – превращение виктимизирующих факторов в факторы, способствующие проявлению криминальной агрессии.

В-четвертых, возникает много проблем, связанных с психолого-психиатрической оценкой подобных случаев. Отметим лишь две из них.

Первая заключается в дискутируемом вопросе об объеме понятия «аффект» (по смыслу ст. ст. 107, 113 УК РФ). Некоторые авторы (*Кудрявцев, 1999*) считают, что аффект – это только общепсихологическое понятие, ограничивают его пониманием определениями отдельных известных психологов и на этом основании отказываются расценивать как «внезапно возникшее сильное душевное волнение» юридически значимые эмоциональные реакции и состояния, отличающиеся от физиологического аффекта феноменологически, но тем не менее не уступающие ему (а нередко и превосходящие) по степени выраженности¹⁸ нарушений произ-

¹⁷ Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 38. – М., 2000.

¹⁸ Такие состояния описаны, напр., Н.А. Рагиновой (1998).

вольной регуляции своих действий. Большинство же судебных психологов и психиатров полагают, что «аффект», употребляемый в уголовном законе как синоним «сильного душевного волнения», является правовым или по крайней мере промежуточным между правом и психологией «экспертным» понятием. Анализ этого понятия не с общепсихологических, а с судебно-экспертологических позиций (Винберг, Малаховская, 1979) показывает, что используемый в уголовном законодательстве термин «аффект» должен включать все выраженные эмоциональные реакции и состояния, которые субъективно внезапно возникают или непосредственно в ответ на противоправные действия потерпевшего, или вследствие кумуляции эмоционального напряжения в условиях длительной психотравмирующей ситуации, имеют типичную трехфазную динамику и существенно ограничивают способность обвиняемого в криминальной ситуации осознавать окружающую действительность и свои действия, осуществлять произвольную волевую регуляцию и контроль своего поведения (Алексеева, 1997; Печерникова, 1998; Сафуанов, 1998). Вторая проблема связана с оценкой взаимодействия осознаваемых и неосознаваемых механизмов криминальной агрессии. В условиях длительной психотравмирующей ситуации действия этих факторов тесно переплетаются, и, несколько упрощая, можно сказать, что на разных этапах генеза мотивации на первый план выступают то когнитивные, то аффективные механизмы регуляции. На осознаваемом уровне нередко формируются агрессивные замыслы, у жертв инцеста – чаще в виде агрессивного аутентического фантазирования (Морозова, 1999), без присоединения волевого компонента (не достигающие стадии принятия рационального решения). Заостряя проблему, можно поставить вопрос: возможна ли экспертная квалификация аффекта у обвиняемого при уже сформировавшемся у него замысле убить потерпевшего?

Несомненно, список очерченных нами проблем, возникающих по поводу обсуждаемого случая, не является исчерпывающим. На наш взгляд, анализируемый в статье пример комплексной судебной психолого-сексолого-психиатрической экспертизы показателен в том отношении, что он ставит множество вопросов, требующих дальнейших междисциплинарных исследований.

Комплексная судебная психолого-сексолого-психиатрическая экспертиза П., обвиняемой по ст. 105 ч. 1 УК РФ в убийстве отца.

Из материалов уголовного дела и со слов испытуемой известно следующее. Родители П. проживали в городе С. Отец злоупотреблял алкоголем, «кодировался», эпизодически принимал наркотики. По характеру был раздражительный, вспыльчивый, неуравновешенный, властный, педантичный, жестокий, жадный. Работал в торговле. В подростковом возрасте находился в местах лишения свободы 4 года. Мать по характеру строгая, «холодная», по профессии – учитель музыки. П. была единственным ребенком в семье. Беременность у матери протекала с токсикозом, обострением пиелонефрита, угрозой выкидыша. П. родилась недоношенной, с обвитием пуповины вокруг шеи, желтухой, ателектатической пневмонией. Раннее развитие протекало без особенностей. Перенесла без осложнений ряд детских инфекций. Росла активным, подвижным, общительным ребенком. Посещала детские дошкольные учреждения. В этот период отец часто в состоянии алкогольного опьянения избивал мать, а ее наказывал – «ставил в угол», закрывал в темной комнате.

Испытывала страх перед отцом, боялась темноты. Не выговаривала некоторые буквы, занималась у логопеда. Когда ей было 6 лет, родители развелись, разменяли жилплощадь. Отец стал проживать отдельно, занялся предпринимательством, создал собственную коммерческую фирму. В последующем переехал в Москву, повторно женился, воспитанием дочери не занимался.

В общеобразовательную школу П. пошла с 7 лет. Подруги и знакомые характеризовали ее как отзывчивую, добрую, общительную, жизнерадостную, целеустремленную, бескорыстную, работоспособную, веселую, уравновешенную. По их мнению, она была «человеком правильных устремлений». Однако душу при этом открывала немногим, была гордой. Нравилась парням, но легкомысленной в отношениях с ними не была. Училась с интересом, обладала хорошими способностями, легко усваивала учебную программу. Активно участвовала в общественной жизни школы, была старостой класса. Параллельно училась в музыкальной школе, посещала секции аэробики, кикбоксинга, закончила водительские курсы. В 14 лет была изнасилована знакомыми подростками. В 16 лет от случайной половой связи заболела сифилисом, проходила курс лечения в кожно-венерологическом диспансере. Позднее в течение полутора лет встречалась с молодым человеком, забеременела от него. По настоянию матери, против своего желания, сделала аборт. С молодым человеком рассталась, так как он был, по ее словам, грубым, эгоистичным, малообразованным, постоянно ревновал ее.

После окончания 11 классов поступила в один из вузов города С. Проявила себя за время учебы с положительной стороны, принимала активное участие в культурно-массовой работе университета, являлась старостой группы. Согласно показаниям П., когда ей было 18 лет, в июле 1998 г. отец пригласил ее на свою дачу под городом С, на которую часто приезжал отдыхать из Москвы во время отпусков, где изнасиловал ее. В последующем отец постоянно насиловал ее, оскорблял, угрожал, избивал. Требовал, чтобы она, общаясь с другими, улыбалась и смеялась, чтобы скрыть «многоговорящую рожу». Настаивал на том, чтобы она поехала с ним жить в Москву.

Через 3 месяца после первого изнасилования она прервала беременность от отца, сделав аборт. Согласно показаниям матери и подруги П., ее отец часто стремился уединиться с дочерью, ездил с ней на дачу, увозил на ночь, на несколько дней взял с собой на Черное море. Стал проявлять настойчивость в том, чтобы дочь переехала к нему в Москву, «кричал и ругался, если дочь уходила к друзьям», пытался контролировать ее действия – «везде ее разыскивал, постоянно звонил». С этого периода П. изменилась, стала замкнутой, малообщительной, скрытной, при этом рассказала подруге, что ее изнасиловал отец и она его очень боится, что «ей жутко, больно и обидно». Вторая жена потерпевшего отмечала, что П. «в последнее время была странной, у нее резко менялось настроение, она постоянно неестественно улыбалась и смеялась».

В январе следующего года П. по настоянию отца переехала в Москву, перевелась на учебу в один из вузов города. Стала проживать совместно с отцом в снимаемой им квартире. Сокурсницы характеризовали ее активной, общительной, отмечали, что ее действия контролирует отец, она «постоянно торопилась домой». Родственники по линии отца считали ее «развязной, вызывающей», выглядела она всегда «веселой, жизнерадостной, счастливой». Работники фирмы, которой владел потерпевший, отмечали, что «отношения П. со своей дочерью были похожи на отношения мужа и жены», он постоянно контролировал дочь, поставил специально спаренный телефон (домашний с рабочим), чтобы проверять присутствие дочери дома, звонил ей по несколько раз в день. Она очень часто бывала на работе у отца, где у нее замечали странности в поведении: «на лице у нее всегда была улыбка, она была в

приподнятом настроении», однако «найти с ней контакт, о чем-то поговорить было невозможно».

В ночь с 13 на 14 марта 1999 г. П., находясь в квартире, застрелила своего отца. После содеянного она была сразу задержана. При освидетельствовании у нее в крови и моче алкоголя обнаружено не было. Соседи показали, что до происшествия из квартиры, которую снимал отец П., однократно слышали женский плач, а ночью 14 марта они проснулись от сильного грохота, стонов и плача, в связи с чем вызвали милицию. Работники милиции, прибывшие по вызову, показали, что дверь им открыла П. Она сказала: «Я его убила», показала ружье, стала бегать по комнатам, нервничала, курила, расплакалась, у нее дрожали руки, хотя на вопросы она отвечала адекватно, спокойно, «казалась задумчивой». Она говорила, что желает отцу смерти, и боялась, что он выживет. Пройдя в туалет, она достала баночку, сказала «вот, у меня даже его сперма есть», при этом с силой бросила ее на пол. Рассказывала о том, что отец с ней совершал насильственные половые акты.

При стационарном обследовании было выявлено следующее. В соматическом состоянии патологии не отмечалось. *Заключение невропатолога:* «Незначительно выраженные органические изменения центральной нервной системы перинатального генеза». Была ориентирована всесторонне правильно, цель экспертизы понимала. В беседу вступала охотно, на вопросы отвечала подробно, последовательно, припоминая все детали. Держалась спокойно, уверенно, стремилась произвести хорошее впечатление, изредка была демонстративна. Сведения о себе сообщала полно, откровенно, искала сочувствия и сострадания. Тонко чувствовала ситуацию собеседования, легко откликалась на шутки, улыбалась, смеялась. Хотя утверждала, что это «маска», а на душе у нее тоскливо и тревожно за свою дальнейшую судьбу. Себя характеризовала общительной, открытой, активной. Признавала, что любит музыку, хорошо играет на пианино, пишет стихи. С неохотой об этом говорила, считая, что «сам человек не должен себя хвалить». Сообщала, что все свои переживания всегда хранит глубоко внутри себя, так как «не хочет других обременять своими чувствами». Из близких людей называла только одну подругу, которой могла довериться в трудных ситуациях. Начиная со старших классов, она стала задумываться над жизнью, начала «искать себя, свою веру». По совету подруги посещала «протестантскую церковь», но со временем поняла, что ей ближе православие. С удовольствием размышляла о жизни. С сожалением отмечала, что мать ее сейчас попала под влияние «этой секты».

При рассказах о своих взаимоотношениях с отцом становилась серьезной, взволнованной. Вспоминала, что с детства боялась отца, но когда он после длительного разрыва стал обращать внимание на нее, дарить дорогие подарки, то «потянулась» к нему, так как «он ведь отец все-таки мне». Когда отец изнасиловал ее на даче, то испытала «шок», не могла долго прийти в себя. Волнуясь, повышая голос, объясняла, что у нее «не было выхода», когда он стал ее регулярно насиловать, так как она была зависима от него, боялась побоев, его мести ей и матери, боялась позора. Ждала, когда отец одумается, попросит прощения и начнет относиться к ней как к дочери. Поясняла, что научилась «отключаться», замыкаться в себе, хотя постоянно вынуждена была улыбаться, так как отец заставлял «изображать довольную». Сообщала, что особенно тягостно стало после того, как отец заставил ее переехать в Москву

к себе. Состояние было все время тоскливое, не могла ничем заниматься – читать, смотреть телевизор. Часто плакала, пропал аппетит, нарушился сон, снизился вес. Стали одолевать мысли об убийстве отца, которые она отгоняла от себя. О самоубийстве боялась думать, так как считала, что «отец хочет ее довести до этого и решить сразу все проблемы». В связи с этим она и не употребляла алкоголь.

За день до происшествия у нее начались месячные, но отец заставил ее совершить оральный половой акт. Говорила, что испытала в тот момент ужас, ощущение гадости, не могла отключиться от ситуации, как это делала ранее, от мысли, что «он меня насилует, он меня убьет». Поэтому решила оставить его сперму, собрав в баночку, как доказательство насилия. В следующую ночь накануне происшествия отец снова принуждал ее к половой связи, угрожал ножом, сделал ей два поверхностных надреза на животе. П. еле отговорила тем, что «у нее месячные». Лежа в постели с отцом, долго не могла уснуть, в голове «навязчиво крутились» мысли об убийстве как выходе из такого положения («только одна мысль – лишь бы его не было со мной рядом»), но отгоняла их от себя, поскольку «все-таки он отец». Но когда отец «заскрежетал» во сне зубами, то «не смогла с собой совладать, я даже скрипа его боялась», побежала, схватила заряженное ранее ружье. Уточнила, что когда она заряжала за день до этого ружье, то думала, что им она будет защищаться и «до убийства не дойдет». Но даже когда она взяла ружье, то не смогла выстрелить. Положила его, легла снова в постель, при этом заметила, что «успела надеть зачем-то перчатки». Очень удивилась этому, потому что не помнила, как она их надевала. Поясняла, что дальнейшие события помнит отрывочно. Помнила, как отец снова «заскрежетал» зубами, ее это «панически взбесило» и она «потеряла контроль над собой». Опять взяла ружье, встала на кровать. Тут перед глазами у нее пробежала вся жизнь с отцом – как «картинки в кино». Звука выстрела не слышала, увидела красно-желтый свет и ощутила резкий запах. Не помнила, как очутилась в другом конце комнаты, услышала крик отца. Еще раз выстрелила, так как было чувство, что «надо просто стрелять, не важно куда». В тот момент ей показалось, что она «поседела от кончиков волос», испытала ужас, страх. Побежала по коридору. Утверждала, что бежала к отцу спиной, но все-таки видела, как он бежит за ней, качается, ударяется, видела, как он руками держит рану. Не помнила, как открывала входную дверь, где взяла ключи, но когда очутилась на лестничной клетке, то «вдруг увидела себя сверху, увидела себя и отца одновременно». А когда «вернулась в себя», то «стала какой-то спокойной, ни о чем не думала, страх перед отцом прошел, ощущала пустоту, не было никаких чувств». Не помнит, как закрыла дверь, пошла в комнату. Помнила, как стояла рядом с умирающим отцом и не боялась его. Потом пошла за ножом, но, поняв, что он ей не нужен, отнесла его обратно. Когда отец охнул два раза, она его ударила ружьем по голове, потому что «какая-то ярость вспыхнула». Стояла рядом с ним и не могла сдвинуться с места, а потом поняла, что слышит звонки в дверь, крикнула: «Иду», но дверь открыла позже, когда уже смогла сдвинуться с места.

Сотрудникам милиции односложно объясняла ситуацию, испытывала ощущение, что «это она сделала и в то же время, что она не могла этого сделать». Испугавшись, что отец может выжить, стала ходить по комнатам, повторяя: «Чтобы он не выжил». Утверждала, что вначале испытывала

облегчение, спала в камере после задержания почти трое суток, вставая только на допросы, а потом появилась тревога, стала себя винить в убийстве отца. Говорила, что после пережитого не может смотреть на мужчин, так как «что-то да напомнит ей отца», сразу после содеянного у нее часто были навязчивые воспоминания о насилии, часто снился отец.

Думает сейчас о будущем, хочет сменить фамилию, продолжить учебу. За время пребывания в отделении П. была спокойна, приветлива, много читала, легко сходилась и ладила с соседями по палате, была активна, общительна. Суждения порой недостаточно зрелые. Эмоциональные реакции адекватны. Фон настроения ровный. Критическая оценка сложившейся судебно-следственной ситуации и собственного состояния не нарушена. При экспериментально-психологическом исследовании у нее выявились черты незрелости личности, в структуре которой склонность к вытеснению эмоциональных переживаний отрицательного характера (что обуславливает низкий уровень актуальной тревоги) сочетается с подчиняемостью, зависимостью, конформностью в поведении. Для испытуемой характерны способность к высокой активности, гибкость поведения, общительность, эмоциональная отзывчивость, синтонность, а также склонность к риску при тенденции прогнозировать возможные последствия своих поступков, высокая степень опосредования своих действий, умение понимать мотивы окружающих. Отмечаются эмоциональная устойчивость, достаточно высокий самоконтроль, хорошее усвоение морально-этических норм. Обнаруживаются сензитивность, высокая чувствительность к эмоциональным нюансам. В конфликтных, фрустрирующих условиях у нее проявляются пассивность, нерешительность, трудности самостоятельного конструктивного решения проблем, избегание агрессивных форм поведения, защитное стремление субъективно снижать значимость фрустрации. Состояние испытуемой характеризуется обеспокоенностью будущим, тревожным ожиданием, подсознательной фиксацией на психотравмирующей ситуации (связанной с инцестом), сопровождающейся комплексом эмоций, связанных со страхом, растерянностью, терпением и злостью. Выраженных расстройств памяти, мышления не обнаруживается. Отмечаются нерезко выраженные колебания внимания.

В заключении сексолога отмечены недифференцированность полоролевой идентичности, недостаточная эмоциональная и смысловая интериоризация женской половой роли при отрицательном эмоциональном восприятии образа мужчины.

Психологический анализ материалов уголовного дела и результатов клинико-сексолого-психологического обследования свидетельствует о том, что на протяжении 8 месяцев до совершения инкриминируемого ей деяния П. находилась в условиях психотравмирующей ситуации, связанной с насильственными инцестными отношениями со своим отцом, систематически подвергаясь сексуальному насилию, физическим побоям, психическому принуждению к сексуальным отношениям, гипертрофированному контролю личной жизни. Психотравмирующий характер ситуации предопределил возникновение и развитие у П. выраженной эмоциональной напряженности. Развитию эмоциональной напряженности, кроме ситуативных психотравмирующих факторов, способствовали и ее индивидуально-психологические особенности, в первую очередь

личностная незрелость, подчиняемость, зависимость, конформность в поведении, сензитивность, высокая чувствительность к эмоциональным нюансам, недостаточное развитие полового самосознания, половозрастной идентичности, а также особенности ее реагирования на фрустрацию – пассивность, нерешительность, трудности самостоятельного конструктивного решения проблемных ситуаций. Кумуляция эмоциональной напряженности была обусловлена и механизмами психологической защиты, характерными для П., – вытеснением психотравмирующих переживаний; инкапсуляцией конфликтных, фрустрирующих воздействий («при изнасилованиях тело было как бы само по себе, а я – душа – в другом»), неосознаваемым снижением субъективной значимости психотравмирующей ситуации. Попытки П. найти выходы из ситуации, совладать с ней блокировались либо объективными обстоятельствами, либо субъективным представлением о невозможности их реализации (обратиться в милицию ей мешало представление о том, что «у отца хорошие отношения с отделением милиции, он мог откупиться, и даже – если его посадят, – когда он выйдет, для меня будет еще хуже»; побег к матери был субъективно неосуществим из-за угроз отца, что он их «везде найдет»; наиболее вероятный выход из сложившейся ситуации – уйти в общежитие – не осуществлялся по независящим от нее причинам). Вследствие этого заблокированные варианты совладающего поведения сами приобретали характер фрустрации и тем самым приводили к дальнейшему усугублению состояния эмоциональной напряженности по механизму «порочного круга», способствуя формированию у П. восприятия ситуации как безвыходной. О глубине эмоциональной напряженности свидетельствуют снижение фона настроения, сужение круга интересов, постоянное чувство страха и тревожного ожидания, нарушения сна, доминирование в сознании выраженных эмоциональных переживаний, непосредственно связанных со сложившейся психотравмирующей ситуацией, а также диагностированная при экспериментально-психологическом исследовании фиксация на психотравмирующей ситуации (связанной с incestными отношениями с отцом) с комплексом эмоций страха, растерянности, терпения и злости, негативное эмоциональное восприятие мужской половой роли. Примерно за две недели до совершения правонарушения у П. на фоне выраженной эмоциональной напряженности возникли мысли о возможности убийства отца как варианте выхода из субъективно непереносимой ситуации, которые, однако, еще отвергались сознанием как недопустимые и маловероятные. Но очередное насильственное принуждение ее отцом к совершению орального полового акта (на фоне особого психофизиологического состояния в менструальный период) за день до совершения инкриминируемого ей деяния привело к разрушению, срыву психологических защитных механизмов, «осознанию со всей очевидностью ужаса положения», к полному доминированию в сознании эмоциональных переживаний, связанных с incestными отношениями, к функциональным нарушениям интеллектуальной деятельности с навязчивым характером мыслей о сложившейся ситуации, о возможном насилии отца в будущем, к присоединению идей о желании отца «избавиться от нее, довести до сумасшествия или самоубийства», к страху за свою судьбу и жизнь. Мысли о возможном убийстве отца в этот период приобретают уже характер борьбы мотивов, но без принятия решения, без целеполагания.

В день правонарушения очередная попытка отца изнасиловать ее с применением ножа («я думала, меня всю изрежет») на фоне выраженной эмоциональной напряженности с ощущением субъективной безвыходности и непереносимости психотравмирующих воздействий привела к формированию сверхценной аффектогенной мотивации с принятием решения ликвидировать сложившуюся ситуацию, без достаточного прогноза возможных последствий («была мысль: хоть на 10–20 лет посадят меня – и то лучше, чем с ним рядом жить, только одна мысль была – лишь бы его не было со мной рядом»). В то же время она не могла решиться на убийство, пыталась контролировать себя, у нее происходила борьба мотивов. Но после того как потерпевший «повернулся и заскрипел зубами» («условный» психотравмирующий раздражитель, ассоциативно связанный с эмоциональным комплексом ее переживаний), у нее субъективно внезапно и импульсивно произошла разрядка накопленной эмоциональной напряженности в виде аффективного взрыва по типу «последней капли» с потерей самоконтроля, частичным сужением сознания с фрагментарностью восприятия (зрительного, слухового, интрацептивного), с элементами иллюзорного восприятия и деперсонализации. Постаффективное состояние характеризовалось психической астенией, ощущением «пустоты», «отсутствия мыслей», чувством облегчения и освобождения от страха, неполным осознанием случившегося, дезорганизацией психической деятельности.

На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что П. каким-либо хроническим психическим расстройством не страдала и не страдает в настоящее время. В период инкриминируемого ей деяния у нее не обнаруживалось также какого-либо временного психического расстройства, она могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Как следует из психологического анализа материалов уголовного дела и результатов настоящего клинико-сексолого-психологического обследования, П. в момент совершения инкриминируемого ей деяния находилась в состоянии *аффекта*, протекавшего в виде кумулятивного аффекта с разрядкой по типу «последней капли» накопленного эмоционального напряжения, возникновение и развитие которого было обусловлено длительной психотравмирующей ситуацией, связанной с насильственными инцестными отношениями с потерпевшим. Об этом свидетельствуют интенсивность накопленного эмоционального напряжения со снижением фона настроения, доминированием чувства страха, тревоги, с сосредоточением переживаний на ожидании угрозы дальнейшего сексуального насилия, с ощущением субъективной безвыходности сложившейся ситуации; субъективная внезапность возникновения аффективного взрыва с разрядкой эмоционального напряжения по механизму «последней капли», сопровождавшегося частичным сужением сознания с фрагментарностью восприятия, резким нарушением процесса целеполагания, расстройствами прогностических функций, появлением несвойственных личности П. агрессивных форм реагирования, снижением критичности и контроля своих действий; психической астенией и дезорганизацией поведения в период после содеянного. Такие индивидуально-психологические особенности П., как личностная незрелость, подчиняемость, зависимость, конформность в поведении, сензитивность, высокая чувствительность к эмоциональным нюансам, особенности ее реагирования на фрустрацию (пассивность,

нерешительность, трудности самостоятельного конструктивного решения проблемных ситуаций), характерные для нее механизмы психологической защиты (вытеснение психотравмирующих переживаний, инкапсуляция конфликтных, фрустрирующих воздействий, неосознаваемое снижение субъективной значимости психотравмирующей ситуации), явились одним из основных факторов кумуляции состояния эмоционального напряжения и тем самым оказали *существенное влияние на ее поведение* во время совершения инкриминируемых ей деяний. Суд переквалифицировал деяние П. со ст. 105 УК РФ на ст. 107 УК РФ («Убийство, совершенное в состоянии аффекта») и назначил наказание сроком 3 года лишения свободы. Однако П., как подпавшая под действие ранее объявленной амнистии, от отбывания наказания была освобождена.

В заключение – несколько кратких замечаний о динамике и психологической структуре мотивации криминальной агрессии, возникшей у подэкспертной в ответ на длительную психотравмирующую ситуацию, обусловленную аморальными и противоправными действиями потерпевшего.

В чем заключается влияние психотравмирующей ситуации на мотивацию поведения? Во-первых, она является постоянным источником роста эмоциональной напряженности. Инцест, сопровождающийся насилием и запугиванием, носит особо психотравмирующий характер, поскольку нарушает не только социальные, но и биологические запреты. Во-вторых, фрустрирующая ситуация резко сужает спектр как объективных, так и субъективных возможностей нахождения адекватного выхода, ограничивает осознание допустимых способов разрешения внутриличностного конфликта. В анализируемом примере круг возможных вариантов разрешения конфликта резко сужен, прежде всего в силу того, что инцест по сравнению с другими психотравмирующими ситуациями не позволяет сознанию актуализировать грозящие оглаской способы избавления от фрустрирующих обстоятельств. Ограничение свободы выбора решения связано также с амбивалентностью чувств жертвы сексуальной агрессии по отношению к насильнику, находящемуся с ней в кровном родстве. Кроме того, субъективный анализ сложившейся ситуации со стороны подэкспертной обуславливает оценку «знаемых» вариантов решений как неэффективных или неприемлемых в силу искажающего влияния страха на смысловое восприятие.

Основными механизмами личностной переработки и переживания ситуации в рассматриваемом случае являются два психических процесса: формирование «*психологических защит*» и «*терпения*». В целом оба механизма обеспечивают «совладание» с психотравмирующим характером ситуации, но с психологической точки зрения, как отмечает Ф.Е. Василюк (1984), их действие противоположно по направленности. Если психологическая защита, сохраняя целостность сознания, искажает образ реальности, то терпение, признавая и принимая реальность, подстраивает под нее субъективность, пытаясь найти выход в пределах заданных ситуацией границ. Переплетение этих механизмов переживания позволяет личности приспособиться путем терпения к ситуации, отражаемой субъективно в искаженном виде, поскольку в сознании психотравмирующая значимость ситуации снижена.

«Поломка» психологических защит у подэкспертной на определенном этапе накопленной эмоциональной напряженности приводит к разрушению согласованного с внутренним миром образа реальности, осознанию со всей очевидностью истинного смысла своего положения. По существу, происходит порождение нового смысла в виде «инсайта» – внезапного понимания всех смысловых связей и отношений ситуации {*Леонтьев, 1999*}. По выражению М.К. Мамардашвили (1995), «истина появляется тогда, когда твоя, действительно тобой испытанная жизнь как бы всплывает в тебе, очищенная и ясная». В свою очередь, это полностью разрушает и психологический механизм терпения, который не может действовать в «ситуации

невозможности» (Василюк, 1984). Исчерпание личностных механизмов совладания с психотравмирующей ситуацией и обуславливает аффективный агрессивный способ ее разрешения, сопровождающийся неполным осознанием значения своих действий, ограничением возможности осуществлять осознанную волевою их регуляцию и контроль.

В этом смысле аффекты, возникающие вследствие длительной кумуляции эмоциональной напряженности, принципиально отличаются по своим психологическим механизмам от физиологического аффекта как непосредственного отреагирования на фрустрацию. Если физиологический аффект – это *первый и единственный* аварийный способ разрешения угрожающей личности ситуации, то кумулятивный аффект – это *последний и единственный* выход, оставшийся после исчерпания всех субъективно возможных попыток совладания с психической травмой, как путем конкретных актов поведения, так и путем неосознаваемых перестроек сознания и психической деятельности.

Литература

Алексеева Л.В. Проблема юридически значимых эмоциональных состояний. – Тюмень, 1997.

Василюк Ф.Е. Психология переживания. – М., 1984.

Винберг А.И., Малаховская Н.Т. Судебная экспертология. – Волгоград, 1979.

Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М., 1999.

Леонтьев Д.А. Психология смысла. – М., 1999.

Мамардашвили М.К. Лекции о Прусте (психологическая топология пути). – М., 1995. – С. 15.

Морозова Н.Б. Психические расстройства у несовершеннолетних потерпевших – жертв сексуального насилия / Автореф. дисс... д-ра мед. наук. – М., 1999.

Мэндэлл Дж. П., Дамон Л. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие. – М., 1998.

Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушение в состоянии аффекта // Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия. – М., 1998. – С. 71–81.

Ратинова Н.А. Саморегуляция поведения при совершении агрессивно-насильственных преступлений / Автореф. дисс... канд. психол. наук. – М., 1998.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. – М., 1998.

Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. – М., 1986. – Т.1.

И. С. Козлов, Ф.С. Сафуанов, Ю.В. Казакова **Диагностика аффекта: причины** **назначения повторных экспертиз¹⁹**

Несмотря на большое количество работ, посвященных вопросам экспертной оценки аффективных реакций у обвиняемых (*Печерникова, 1998; Шитшин, 2000; Дмитриева, Макушкин, 2004*), до сих пор отмечаются значительные трудности при дифференциальной диагностике эмоциональных состояний, возникающих в ответ на противоправное поведение потерпевшего.

Основные сложности в экспертной оценке подобных состояний обусловлены рядом причин.

– Сочетанием в аффективном деликте «нормально-психологических» и «патопсихологических» механизмов у лиц с акцентуациями характера и с пограничными формами психической патологии (*Печерникова, Остришко, Гульдман, 1983*).

– Недоучетом психологических механизмов возникновения и развития эмоциональных реакций и переоценкой со стороны психологов-экспертов роли формальной диагностики аффекта по внешним феноменологическим критериям.

– Отсутствием всестороннего и глубокого анализа всей объективной информации, содержащейся в уголовном деле, вследствие чего возникает избирательность при отборе материала, подкрепляющего вывод эксперта.

Анализируемый в данной статье случай интересен тем, что проведенной в стационаре ГНЦ ССП им. В.П. Сербского комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе (КСППЭ) в отношении Ш., обвиняемой в убийстве своего мужа, предшествовали три экспертизы, которые пришли к выводу, что подэкспертная в момент совершения инкриминируемого ей деяния находилась в состоянии аффекта. Во всех трех случаях суд не соглашался с подобными заключениями и назначал повторные экспертизы.

Как следует из материалов уголовного дела, обвиняемая Ш., 28 лет, вечером на своей даче во время ссоры с мужем нанесла ему ножевое ранение, от которого тот скончался. Причиной смерти потерпевшего, находившегося в легкой степени алкогольного опьянения, явилось проникающее колото-резаное ранение груди слева. При медицинском освидетельствовании Ш. каких-либо телесных повреждений на ее теле обнаружено не было.

Из материалов уголовного дела следует, что Ш. с мужем и еще две супружеские пары находились на даче. Когда все сели за стол, Ш. ушла спать. Муж был этим недоволен, и у них возникла ссора. Обидевшись на мужа, Ш. долгое время, пока все были за столом, просидела в автомобиле, слушая музыку. Через несколько часов она присоединилась к застолью, но муж начал придирается к ней, выгонять из-за стола, затем ударил ее два раза по лицу. В ответ Ш. ударила его в грудь ножом. После случившегося Ш., по показаниям свидетелей, была взволнована, просила прощения у потерпевшего, хотела осмотреть его рану, пыталась оказать первую помощь, выкинула нож в туалет, просила соседа, чтобы он отвез ее к мужу, который к этому времени был уже госпитализирован в больницу.

¹⁹ Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 44. – М., 2006.

Из материалов уголовного дела известно, что конфликты в семье Ш. случались достаточно часто. Однако роль потерпевшего и подэкспертной в инициации и развитии конфликтных ситуаций, по мнению свидетелей, неоднозначна. Так, свидетели со стороны потерпевшего утверждают, что конфликты в семье провоцировала сама Ш., даже самый незначительный повод мог послужить причиной к их возникновению, но наиболее часто ссоры возникали на почве ревности, так как, по мнению свидетелей, подэкспертная очень вспыльчива, легко возбудима, надменна и ревнива. С их слов также известно, что Ш. неоднократно угрожала мужу, грозила перерезать себе вены, если он уйдет от нее, говорила, что сначала зарежет дочь, а потом лишит жизни себя. Вместе с тем Ш. неоднократно угрожала и мужу, заявляла, что убьет и его. В то же время свидетели со стороны подэкспертной, наоборот, считали инициатором конфликтов потерпевшего.

В своих первых показаниях Ш. поясняет: мужу не понравилось то, что она не обращает на него внимания, поэтому он начал нецензурно выражаться, избивать ее, ударил шесть раз по лицу, ткнул ее лицом в тарелку с отходами. Через некоторое время он снова стал оскорблять ее, после чего ударил рукой в лоб. В это время подэкспертная увидела нож и, пытаясь отпугнуть мужа, нанесла ему один удар, куда попала – пояснить не смогла. Увидев, что у мужа из груди идет кровь, попыталась помочь, но он стал прогонять ее. После того как его увезли в больницу, подэкспертная выкинула нож в туалет, а затем побежала к соседу, просила отвезти ее в больницу, но он отказал.

Допрошенная в качестве обвиняемой Ш. в основном подтвердила свои ранние показания. При этом уточнила, что после того, как потерпевший со словами «Сука, убью!» двинулся на нее, Ш. схватила нож, а муж сам наткнулся на него, и она почувствовала, как нож легко вошел ему в грудь.

При проверке показаний на месте происшествия Ш. дала аналогичные пояснения.

На амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе Ш. заявила, что уже не помнит сам момент удара. Комиссия пришла к заключению, что Ш. обнаруживает признаки акцентуации характера. В период, относящийся к инкриминируемому ей деянию, у нее не было временного психического расстройства; она могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

В последующем в отношении Ш. была проведена судебно-психологическая экспертиза. Подэкспертная пояснила психологам, что муж неоднократно избивал ее и своего ребенка, выгонял ее из дома, мог унижить в присутствии знакомых, и не только словами. В результате этого она постоянно испытывала внутреннее напряжение, так как боялась очередных унижений. Сообщила, что не спала перед случившимся два дня. На даче сказала мужу, что хочет пойти спать, на что последний отреагировал грубо, вспылил, выразился нецензурно. По словам Ш., ей стало неприятно, обидно. После этого конфликта она ушла спать. Проснулась от громкой музыки, вышла из дома и попросила мужа сделать музыку потише, в ответ на это он сделал неприличный жест. Тогда Ш. подошла к машине и выключила магнитолау. Муж начал ругаться, после чего ушел, а подэкспертная осталась в машине, так как боялась, что потерпевший снова начнет ругаться. Однако через некоторое время все-таки подошла к столу. Сначала все сидели и разговаривали, но неожиданно потерпевший начал нецензурно браниться, затем ударил Ш. ладонью по лицу.

Она сильно испугалась, так как решила, что муж может ее убить. Утверждала, что дальнейшие события в точности воспроизвести не может. Помнит, как замахнулась ножом, а в это время потерпевший налетел всем телом на нож. Следующее, что помнит, как подняла футболку у потерпевшего и увидела у него порез на левой стороне груди, только после этого начала понимать, что произошло. Вспомнила, что в какой-то момент почувствовала своей рукой грудь мужа, осознала, что его тело «навалилось» на нож. Потом помнит, как нож выпал. Затем началось «помутнение в голове», не знала, что делать.

Психологи-эксперты пришли к выводу, что Ш. находилась длительное время в межличностной конфликтной ситуации, которая блокировала базовые потребности подэкспертной в защите и уважении и оказывала на нее мощное стрессовое воздействие. Вместе с тем в силу своих личностных особенностей подэкспертная не могла самостоятельно справиться с этой ситуацией, вследствие чего испытывала острое состояние фрустрации, что, в свою очередь, усугубляло стрессовые переживания. Этот замкнутый круг на протяжении длительного времени в условиях непрекращающегося конфликта приводил к постоянному росту эмоционального напряжения. Используемые подэкспертной копинг-стратегии для снижения интенсивности переживаний оказались неэффективными. Поэтому к моменту правонарушения уровень эмоционального напряжения у подэкспертной оказался очень высоким, что значительно снизило порог возникновения реакции возбуждения. В результате поведение потерпевшего, которое не носило выраженного агрессивного характера, внезапно для подэкспертной вызвало у нее аффективную вспышку. На пике эмоционального возбуждения у нее отмечались выраженные нарушения произвольной деятельности, которые проявлялись в частичном сужении сознания, фрагментарности восприятия, резком снижении прогностических функций, контроля над поведением и эмоциями, что детерминировало выбор агрессивного способа поведения как субъективно последнего и единственно возможного из создавшейся конфликтной ситуации. Также у подэкспертной отмечались контрастная смена чувств после осознания содеянного и астенические проявления. На основании изложенного эксперты заключили, что Ш. находилась в состоянии аффекта.

В последующем были проведены амбулаторная и стационарная КСППЭ, которые пришли к аналогичным выводам и фактически повторили аргументацию, содержащуюся в заключении судебно-психологической экспертизы.

Суд не согласился со всеми тремя заключениями экспертов-психологов и назначил повторную стационарную КСППЭ, которая была проведена в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского.

Анализ материалов уголовного дела и данных этого клинико-психологического исследования показал, что на протяжении длительного времени, около трех лет, в семье Ш. существовала конфликтная ситуация, однако к кумуляции эмоционального напряжения это не привело. Накоплению эмоционального напряжения препятствовали личностные особенности подэкспертной: повышенная склонность к вытеснению, выраженная стеничность и импульсивность в поведении, неспособность к рефлексии прошлого опыта, а также регулярная разрядка возникавшего напряжения в виде скандалов в семье. Непосредственно перед правонарушением у Ш. сколько-нибудь значимо выраженного эмоционального напряжения не

отмечалось, о чем свидетельствуют показания сестры подэкспертной, ее матери и подруги: за 1–2 недели до правонарушения Ш. вела себя как обычно, «признаков депрессии, отчаяния, подавленности, болезненного реагирования на происходящее, психологической напряженности, раздражительности, странностей в поведении и нежелания жить, а также переживаний относительно безысходности (из сложившейся ситуации)» эти свидетели у подэкспертной не наблюдали. Отсутствие эмоционального напряжения подтверждают и собственные показания Ш.: «за 1–2 недели до правонарушения депрессии не было, было, наоборот, хорошее настроение».

В день правонарушения, в период, непосредственно предшествующий правонарушению (когда Ш. находилась в машине), ведущими ее переживаниями были обида на мужа и жалость к себе, которые на протяжении длительного времени (около 3–4 часов) только усиливались по механизму самовзвинчивания, что исключает субъективную внезапность аффективного взрыва. Из психологической беседы и материалов уголовного дела выяснилось, что поведение потерпевшего в ситуации, непосредственно предшествовавшей инкриминируемому Ш. деянию, не воспринималось ею как необычное. Вместе с тем эмоциональная реакция Ш. в момент правонарушения не сопровождалась частичным сужением сознания: согласно полным и четким первым трем ее показаниям, она помнит реплики мужа, свои телесные ощущения (почувствовала, как нож легко вошел в его тело), свои поведенческие реакции (как взяла нож, как замахнулась), помнит четкую локализацию раны. Не выявляются и выраженные нарушения произвольной регуляции деятельности, о чем свидетельствуют показания очевидцев: был сохранен речевой контакт с потерпевшим и с очевидцами событий; сразу после удара Ш. сказала, что сделала это специально; на вопрос одного из свидетелей ответила, что «ударил ножом». Последняя стадия эмоциональной реакции также не соответствует динамике протекания аффекта, так как характеризуется не психофизической астенией, а целым рядом целенаправленных действий на фоне эмоционального возбуждения, которое сохранялось длительный период после деликта.

Таким образом, эксперты-психологи Центра пришли к заключению, что Ш. в момент совершения инкриминируемого ей деяния не находилась в состоянии аффекта. Об этом свидетельствовали отсутствие типичной для аффекта трехфазной динамики возникновения и течения эмоциональных реакций, отсутствие значимых признаков аффективного взрыва (частичное сужение сознания, выраженные нарушения произвольной регуляции своих действий), постаффективной астении.

Проанализируем причины разногласий в экспертных выводах последней КСППЭ (отрицающей наличие состояния аффекта у обвиняемой) и трех предыдущих (которые считали, что подэкспертная находилась в состоянии аффекта).

На наш взгляд, заключения предыдущих судебных экспертиз основываются на анализе только феноменологии динамики эмоциональной реакции обвиняемой, они глубоко не исследовали, во-первых, индивидуально-психологические особенности подэкспертной, во-вторых, психологические механизмы возникновения и динамики эмоциональной реакции.

Кроме того, очевиден недостаточный учет имевшихся в распоряжении экспертов материалов уголовного дела и преимущественное использование при формулировке экспертного вывода данных, почерпнутых из личной беседы экспертов с обвиняемой.

Если проигнорировать эти значимые моменты, то в приведенных выше заключениях выводы и их обоснования выглядят формально правильными и убедительными, так как в целом соответствуют феноменологическим критериям определения аффекта. Поэтому остановимся на упущенных психологами важных деталях, которые кардинально меняют суть экспертного анализа.

1. Эксперты отмечают, что подэкспертная находилась в длительной психотравмирующей ситуации. Однако роль каждого участника, в особенности самой подэкспертной, в сложившейся конфликтной ситуации экспертами установлена не была. Свидетельские показания делятся на две группы. Свидетели со стороны подэкспертной причиной всех конфликтов считают потерпевшего, а свидетели со стороны потерпевшего, более многочисленная группа, утверждают, что инициатором скандалов всегда была сама подэкспертная. Кроме того, практически все свидетели заявляют, что конфликты в семье Ш. возникали «на пустом месте». При проведении всех экспертиз эксперты-психиатры пришли к заключению, что подэкспертная обнаруживает акцентуацию характера (среди личностных особенностей у нее наиболее ярко выделяются две: демонстративность и стеничность). Это свидетельствует о том, что у подэкспертной существовал расширенный круг аффектогенных стимулов, облегчающих возникновение выраженных эмоциональных вспышек, и позволяет сделать вывод, что частые конфликты, возникающие между супругами, с учетом психологических особенностей Ш. не давали ей возможности накопить выраженное эмоциональное напряжение.

2. Эксперты односторонне охарактеризовали личность обвиняемой. Так, отмечая у Ш. эмоциональную лабильность (нервно-психическую неустойчивость), психологи акцентировали внимание только на легкости возникновения тревожно-депрессивных состояний, игнорируя целый ряд показаний, в которых говорится, что подэкспертная раздражительна и вспыльчива. Однако именно эти ее личностные особенности препятствовали накоплению эмоционального напряжения.

3. Не раскрываются в предыдущих экспертизах и типичные способы реагирования Ш. на стресс в трудных жизненных ситуациях. Существует целый ряд свидетельских показаний, в которых отмечается, что во время конфликтов, зачастую спровоцированных самой подэкспертной, она неоднократно проявляла агрессию в отношении мужа (даже кидала в него ножицы), была жестока со своим ребенком, а также не один раз при ссорах с мужем демонстративно угрожала убить себя, свою дочь и самого потерпевшего. Очевидно, что вербальные и физические агрессивные реакции являются привычным способом личностного реагирования Ш. в конфликтных ситуациях.

4. Необходимо особо остановиться на качественной стороне динамики развития эмоциональной реакции подэкспертной в момент правонарушения. Ведущим переживанием в начале конфликтной ситуации, по показаниям самой подэкспертной, был не страх, а обида на мужа. Рост эмоционального напряжения у нее произошел именно тогда, когда она находилась одна в машине и не испытывала на себе психотравмирующего влияния внешних стимулов. Данный вывод основывается на том, что, во-первых, к моменту правонарушения подэкспертная не обнаруживала сколько-нибудь значимо выраженного эмоционального напряжения, а во-вторых, скорость и интенсивность ее эмоциональной реакции не соответствовали силе внешних воздействий со стороны потерпевшего. Кроме того, следует отметить, что источниками конфликта были и потерпевший, и сама Ш. Подэкспертная не только не стремилась сгладить остроту конфликта, но, напротив, сама активно участвовала в его развитии. Рост эмоционального напряжения у Ш. в сложившейся ситуации, таким образом, был во многом обусловлен поведением самой подэкспертной и происходил по механизму самовзвинчивания.

5. Кроме того, в заключениях предыдущих экспертных комиссий отмечается недоучет используемого материала, когда для обоснования своих диагностических гипотез психологи

опирались только на ту информацию, которая согласовывалась с их предположениями и выводами, игнорируя объективные данные, содержащиеся в материалах уголовного дела.

Таким образом, «механическое» использование при диагностике юридически значимых аффектов только феноменологических признаков эмоциональных реакций, без глубокого анализа психологических механизмов возникновения и динамики психического состояния, а также без всестороннего изучения всех имеющихся в распоряжении эксперта-психолога данных может приводить к экспертным ошибкам и, как следствие, к повторным экспертизам.

Литература

Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии аффекта // Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия: Пособие для врачей. – М., 1998. – С. 71–81.

Печерникова Т.П., Гюльдан В.В., Остришко В.В. Особенности экспертной оценки аффективных реакций у психически здоровых и психопатических личностей: Методические рекомендации. – М., 1983.

Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого: Пособие для врачей / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Е.В. Макушкина. – М., 2004.

Шипшин С.С. Ретроспективная диагностика психического состояния в судебно-психологической экспертизе: Методическое пособие. – Ростов-на-Дону, 2000.

**Ф. С. Сафуанов, Е. В. Макушкин,
В. В. Вандыш-Бубко, Г.В. Тарасова**
**Проблемы экспертной методологии при
диагностике кумулятивного аффекта²⁰**

Одной из центральных проблем судебной экспертизы с участием психолога является методология психодиагностического исследования особенностей и нарушений психической деятельности человека. Психологическая экспертиза включает в себя не только экспериментальные процедуры и валидизированные тесты, но и идиографический анализ данных, полученных на основе изучения конкретных жизненных проявлений человека. Центральным методом судебной психолого-психиатрической экспертизы является *ретроспективный психологический анализ* поведения подэкспертного, с учетом его психического состояния, индивидуально-психологических особенностей в той или иной юридически значимой ситуации, по материалам уголовного дела. Такой анализ, особенно при диагностике уголовно релевантного аффекта у обвиняемого, требует учитывать не только субъективные переживания подэкспертного, которые он раскрывает в клинико-психологической беседе, но и все объективные сведения, содержащиеся в уголовном деле, – в первую очередь показания свидетелей-очевидцев (в тех случаях, когда они имеются), заключения других судебных экспертиз. Только при сопоставлении и верификации анализа материалов уголовного дела с результатами очного клинико-психологического обследования можно обоснованно формулировать экспертные выводы.

Игнорирование этого важного методологического принципа, опора при решении вопроса о наличии или отсутствии аффекта у подэкспертного в момент совершения правонарушения только на данные тестирования, беседы и наблюдения при недостаточном учете сведений, полученных в суде от очевидцев преступления, могут привести к неверному пониманию феноменологии эмоционального состояния обвиняемого в юридически значимой ситуации, психологического механизма криминальной агрессии и в конечном счете – к ошибочной судебно-психологической экспертной оценке.

Вышесказанное иллюстрирует приведенный в статье пример КСППЭ (третьей по счету, назначенной судом по одному делу), квалифицировавшей эмоциональное состояние обвиняемого в момент убийства как кумулятивный аффект (в отличие от двух предыдущих экспертиз).

На разрешение экспертной комиссии были поставлены следующие вопросы:

1. Не страдал ли в период совершения инкриминируемого деяния и не страдает ли в данное время К. каким-либо психическим расстройством?
2. Если К. страдает таковым, то нуждается ли он в применении принудительных мер медицинского характера?
3. Осознавал ли он в период совершения инкриминируемого деяния и осознает ли в данное время фактический характер и общественную опасность своих действий и мог ли руководить ими?
4. Не носило ли поведение К. в период совершения инкриминируемого деяния и не носит оно в данное время установочный характер?
5. Находился ли К. в период совершения инкриминируемого деяния в состоянии аффекта?
6. Каковы основные психологические особенности личности К.?

²⁰ Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 51. – М., 2013.

По данному делу подэкспертный первоначально был освидетельствован амбулаторной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизой в одном из областных центров России. Комиссия пришла к заключению, что К. «психически здоров». В период инкриминируемого деяния он мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Психологами было дано заключение о том, что он находился в состоянии эмоционального напряжения, которое оказало существенное влияние на его сознание, поведение и ограничило его способность сознательно контролировать свои действия. Адвокат подэкспертного ходатайствовал о проведении повторной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы, так как «предыдущей экспертизой были учтены не все обстоятельства дела». Подэкспертный был повторно освидетельствован в региональном центре судебной психиатрии другого города, уже в стационарных условиях. Комиссия пришла к заключению, что К. «психически здоров». В период инкриминируемого деяния он мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Психологами было дано заключение о том, что он находился в состоянии физиологического аффекта, протекающего в форме одной из его разновидностей – по механизму кумуляции эмоционального напряжения с последующим его отреагированием, которое оказало существенное влияние на сознание и поведение К. и ограничило возможность осознания им значения своих действий, их контроля и регуляции. Из-за противоречивости выводов экспертиз была назначена настоящая повторная стационарная судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

Из материалов уголовного дела в пяти томах, личного дела, медицинской документации и со слов испытуемого известно следующее. Наследственность психопатологически не отягощена. Беременность и роды у матери подэкспертным протекали без патологии. Родился старшим из двух детей в полной семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Посещал детские дошкольные учреждения. Со слов подэкспертного, по характеру он формировался общительным, спокойным, у него было много друзей. Обучение в школе начал с 7 лет, учился хорошо, увлекался спортом (футболом, волейболом), окончил 10 классов. Поступил в высшее авиационное инженерное училище. Зарекомендовал себя с положительной стороны – исполнительным, дисциплинированным, добросовестным, инициативным. Пользовался в коллективе уважением. В 19 лет женился, от брака есть двое детей. После окончания училища проходил военную службу, дослужился до должности заместителя начальника дивизии и звания подполковника. С места службы характеризовался положительно. Зарекомендовал себя дисциплинированным, исполнительным, морально устойчивым. К выполнению своих обязанностей он относился добросовестно, имел удовлетворительные организаторские способности.

Как следует из материалов уголовного дела, в 2004 г. за женой подэкспертного ухаживал ее сослуживец П., он дарил ей дорогие подарки, познакомился с К., стал проводить время с их семьей, помогал в строительстве загородного дома, решении бытовых и материальных вопросов, став «другом семьи», часто приходил к ним, несмотря на возражения К. С 2006 г. жена К. и П. состояли в интимных отношениях. Подэкспертный подозревал жену в измене, неоднократно просил П. оставить жену в покое и не появляться в

их доме, но последний продолжал отношения. В декабре 2007 г. К. установил у себя в квартире видеокамеру. Уличив свою жену в измене, он избил П., а жена пообещала ему порвать отношения с любовником. Однако П. продолжал приходить, подарил крупную сумму на ремонт квартиры и автомобиль, которую К. ему вернул. С 2008 г. К., согласно служебной характеристике, стал тяготиться службой, перестал проявлять разумную инициативу, стал требовать периодического контроля.

Согласно служебной характеристике, руководством войсковой части было вынесено решение об увольнении К. с военной службы в запас «по окончании контракта». На учете у психиатра и невролога К. не состоит. С места жительства характеризуется положительно, жалоб на него не поступало. Ранее к уголовной ответственности не привлекался. Ф., сослуживец, охарактеризовал подэкспертного спокойным, уравновешенным, общительным человеком, ответственным офицером, хорошим семьянином и товарищем. Отметил, что после рождественских каникул вопросы служебного плана у него отошли на второй план, появились мысли об увольнении. На вопросы К. пояснял, что «хочет быть больше дома, с женой». Странностей за ним в поведении не отмечал. Ш., сослуживец, охарактеризовал подэкспертного также уравновешенным, спокойным, общительным человеком, ответственным офицером, хорошим семьянином, товарищем. Отметил, что в декабре 2007 г. подэкспертный рассказал ему, что застал свою жену с П., простил ее, но сильно переживал из-за измены последней, сказал, что будет контролировать жену. Уточнил, что К. в последнее время изменился по характеру. Стал вспыльчивым, нервным, более замкнутым, настороженным, напряженным, с ним стало трудно общаться. И., сослуживец, показал, что подэкспертный – ответственный офицер, хороший семьянин, товарищ. По характеру он уравновешенный человек. Мать подэкспертного охарактеризовала его «хорошим» сыном и отцом, отметила, что «отклонений в психике» у него не замечала. Старшая дочь подэкспертного показала, что знакома с П. уже 4 года. Подробностей отношений между ним и матерью она не знает. Отметила, что отцу не нравилось, когда матери не было долго дома. В последнее время отец стал несколько раздраженным, родители часто ссорились, причиной ссор были отношения матери с П. Сообщила, что отец просил, чтобы мать перестала с ним встречаться. Она охарактеризовала отца спокойным человеком, отметила, что он очень любил их (ее, сестру и мать), «каких-либо психических отклонений» у него она не замечала.

В июле 2008 г. жена К. с младшей дочерью уехали отдыхать в Крым. На следующий день после отъезда подэкспертный обратился к оператору с заявлением о распечатке телефонных звонков жены, после их просмотра поехал к дому, где проживал П., чтобы проверить, не уехал ли тот вместе с его женой. Как следует из материалов уголовного дела, К. на своем автомобиле приехал к дому П. Достав из автомобиля отвертку, он пошел к П., но того дома не оказалось. Он стал ждать его на лестничной площадке около квартиры. Через некоторое время П. приехал домой. К. во время словесной ссоры подошел к нему и нанес отверткой множество ударов в различные части тела, в том числе в область головы и грудной клетки. В ходе борьбы П. удалось вырваться, он попытался скрыться, но подэкспертный догнал его на лестничной площадке, расположенной между 1-ым и 2-ым этажами подъезда, повалил на живот, сел сверху, схватил руками за шею

и стал душить. Поняв, что П. мертв, К. скрылся с места происшествия, забрав с собой полиэтиленовый пакет с вещами П. Смерть потерпевшего наступила в результате асфиксии, сдавления органов шеи. На трупе также были обнаружены два проникающих ранения на задней поверхности грудной клетки с повреждением легких и множественные колотые раны головы и груди. Жена подэкспертного на допросе не отрицала, что у нее была половая связь с П., отметила, что о том, что у нее есть любовник, муж узнал из записи на видеокамере. И., сослуживец, показал, что перед происшедшим к нему приезжал подэкспертный на автомобиле, он находился в возбужденном состоянии, куда-то торопился.

К. написал явку с повинной. На допросах подэкспертный последовательно излагал ситуацию конфликта, давал последовательные признательные показания, отметил, что намеревался поговорить с П., но тот с ходу стал оскорблять его, обозвал «рогоносцем». Отметил, что «пришел в ярость, дальше все как в пелене», происходившие события помнил «обрывками». Пояснил, что удары наносил «беспорядочно», куда именно и сколько – не помнил. Помнил, что сидел сверху на П., чувствовал огромную слабость, опустошение, с трудом встал на ноги и пошел. Вину свою не отрицал.

Во время проведения первой экспертизы К. был всесторонне правильно ориентирован. Верно понимал цель настоящего обследования и сущность предъявленного ему обвинения. Был доступен контакту. На вопросы отвечал по существу. Заметно волновался. Речь его была последовательная. Сведения о себе сообщал в хронологической последовательности. Жалоб на здоровье не предъявлял. Психически больным себя не считал. При расспросах о правонарушении пояснял:

«В 2003 г. помог своей жене устроиться на работу, в мае 2004 г. познакомился с П. – он работал вместе с женой, мы стали дружить семьями, в это время у меня возникло непонятное чувство, что жена стала от меня "отдаляться", я разговаривал на эту тему с женой, спрашивал ее: "Нет ли у тебя отношений с П.?", жена ответила, что нет; в 2005 г. П. стал вмешиваться в нашу семейную жизнь, а в апреле 2005 г. у меня с ним состоялся серьезный разговор, в ходе которого П. вел себя очень нагло, я не сдержался и дал ему по морде; потом я поговорил с женой. Она меня успокоила, но в душе у меня все равно оставалось впечатление, что моя семья разваливается. П. продолжал вмешиваться в нашу семейную жизнь, по поводу текущих бытовых проблем моя жена обращалась к нему; с 2007 г. я стал подрабатывать – хотел подзаработать денег для своей семьи – я пригонял машины с Дальнего Востока; к концу 2007 г. у меня появилась мысль "подловить" жену и П. В это время П. вел себя очень нагло – дарил моей жене дорогие подарки. В декабре я установил в своей квартире видеокамеру. Просмотрев видеозапись, увидел, что моя жена и П. занимаются сексом. Я поговорил с женой и простил ее. Когда пришел П., я "набил ему морду" и в очередной раз сказал, чтобы он оставил нас в покое. После Нового года отношения с женой вроде стали налаживаться, но все равно тревога оставалась; в апреле 2008 г. я приехал из командировки, жена мне сказала, что П. передал ей большую сумму денег, мы с ней поскандалили, жена приняла мою сторону, и я П. эти деньги вернул, а жену опять простил. В марте – мае 2008 г. у меня были проблемы на работе, я поругался с командиром. Я написал рапорт об увольнении, боялся, что моя семья разрушится, хотел постоянно быть рядом с женой, я не мыслил себе

жизни без семьи. В начале июня 2008 г. я вернулся домой, рядом с домом увидел машину П. Жена пояснила, что «П. дает нам машину в долг». Я был возмущен, состоялся серьезный разговор с женой, машину мы, конечно, не взяли. В середине июля 2008 г. я разрешил жене с младшей дочерью поехать отдыхать в Крым. На следующий день после их отъезда я пришел в штаб, там я увидел сослуживца и спросил его, можно ли проверить звонки с сотового телефона, думал убедиться в последний раз, что жена с П. больше не общается. Когда я увидел распечатку и на ней "все было", у меня появился ком в горле, вокруг как будто все стало "быстро", я не помню, как доехал домой, у меня была мысль: жена с П. хочет встретиться в Крыму. В моей памяти всплыло все, что было у них раньше, я думал: "Опять вранье... сколько же можно..." Думал, что мне надо узнать, уехал П. в Крым или нет. Сел в свою автомашину, в голове роились мысли: "Опять измена, опять они вместе".

Я приехал к П. домой, узнал его подъезд, поднялся, машинально взял с собой отвертку из машины, позвонил в несколько квартир, спрашивал, где живет такой-то, нашел его квартиру и позвонил в дверь, дверь никто не открыл, я стал его ждать, времени не ощущал, потом подъехала машина. Посмотрел в окно, у меня была пелена перед глазами, смотрю, из лифта П. выходит, пошел к нему, в голове были "как искры", он увидел меня, я начал с ним разговаривать, он меня оскорбил, дальше я уже ничего не слышал. Достал из кармана отвертку и тыкал П. отверткой, сколько раз и как – я не помню, потом П. меня оттолкнул и побежал, я побежал за ним, догнал его, стал душить. Свое спасение видел в том, чтобы его убить; душил я его до тех пор, пока он не перестал сопротивляться. Когда я его душил, в стороне слышал голос, который говорил: "Не души", видел, что на меня смотрела женщина, но видел лишь ее силуэт. Когда П. перестал сопротивляться, я убрал свои руки, посмотрел вниз и увидел, что все в крови, увидел, что в кармане нет документов. Пошел наверх, увидел пакет П., взял его, бросил туда отвертку и документы, пошел к своей машине. Меня шатало, руки тряслись, была ужасная слабость, я снял рубашку, бросил ее в пакет. Я приехал домой, встал под холодный душ, но я не чувствовал пролады, такая усталость была, будто вагон разгрузил. Я достал свои документы из пакета, взял пакет, поехал на своей машине к другу, по пути я увидел мусорку, выбросил пакет. Потом подумал: "Все чехлы в крови", остановился, сорвал их с сидений и выбросил их в мусорку. Потом я пошел в штаб, из штаба я приехал домой. Всю ночь не спал, всего трясло, ждал милицию. Дома находился со старшей дочерью. На следующий день побыл на даче, ночью вновь не спал, были мысли покончить с собой, сдерживало только то, что никогда больше не увижу жену и детей. В понедельник я поехал на службу, пытался работать, но не мог, потом позвонил следователь. Сам поехал в прокуратуру».

Комиссия пришла к заключению, что К. «психически здоров». В период инкриминируемого деяния он мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Психологами было дано заключение о том, что он находился в состоянии эмоционального напряжения, которое оказало существенное влияние на его сознание и поведение и ограничило его способность сознательно контролировать свои действия.

При повторном освидетельствован в региональном центре судебной психиатрии стационарной комплексной психолого-психиатрической

экспертной комиссией К. был несколько напряжен, заметно волновался. В ходе собеседования руками нервно теребил край одежды, периодически вздыхал. В беседе участвовал пассивно, но на вопросы отвечал достаточно подробно. Речь была хорошо развита, эмоционально модулирована, свои мысли излагал легко и понятно. Был всесторонне правильно ориентирован. Цель проведения экспертизы понимал. Сообщал анамнестические сведения, припоминал даты событий своей жизни. Рассуждал последовательно, делал логичные выводы. Осмысливал отвлеченные понятия. Был достаточно хорошо эрудирован. Нарушений восприятия, бредовых переживаний не обнаруживал. В психическом отношении считал себя здоровым. Но при целенаправленном расспросе отмечал у себя сниженное настроение, переживания в связи с содеянным и привлечением его к уголовной ответственности. Кроме того, указывал, что за несколько лет до криминальной ситуации у него были переживания по поводу того, что жена имеет любовную связь. После того как в декабре 2007 года уличил жену (тайно установленная им видеокамера зафиксировала, как его жена с П. вступали в сексуальную связь) и жена ему созналась, что уже продолжительное время изменяет ему, он, несмотря на заверения жены, что подобное больше не повторится, «совершенно потерял покой», постоянно находился в состоянии напряжения, волнения, его «терзали мысли» о том, что жена продолжает встречаться с П. Стал нервным, несдержанным, у него нарушился сон. Особенно переживал, когда долго отсутствовал дома, в то время «ни о чем другом думать не мог». Подэкспертный очень обстоятельно, в деталях описывал события, предшествовавшие криминальной ситуации, обстоятельства содеянного, в динамике описывал свое эмоциональное и физическое состояние, свои чувства и переживания. Говорил, что после того как пришел в себя и осознал, что натворил, находился в угнетенном состоянии, были мысли «окончить жизнь самоубийством». После этих слов голос подэкспертного начал срываться, он стал плакать. Успокоившись, сообщил, что «в милицию сам пришел в понедельник с повинной».

Комиссия пришла к заключению, что К. «психически здоров». В период инкриминируемого деяния он мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Психологами было дано заключение о том, что он находился в состоянии аффекта, протекающего в форме одной из его разновидностей – по механизму кумуляции эмоционального напряжения с последующим его отреагированием, оказавшего существенное влияние на его сознание и поведение и ограничившего возможность осознания им значения своих действий, их контроля и регуляции.

В судебном заседании свидетели Г., Л., Я. пояснили, что когда подэкспертный душил П., на их крики, шум, удары по перилам он поднял голову, увидел их, но не отреагировал. Вызвали милицию, когда вернулись, его уже не было. Жена подсудимого в этом же судебном заседании не отрицала интимной связи с П. Отметила, что когда муж показал ей запись, то у них состоялся «серьезный разговор», подэкспертный был возмущен, возбужден, требовал, чтобы она порвала отношения с П. Сообщила, что после этого он постоянно «дергался, нервничал», спешил домой, у него было «тяжелое состояние». Сам К. в этом же судебном заседании по обстоятельствам дела давал аналогичные предыдущим показания, вину свою не отрицал. Из-за

противоречивости выводов экспертиз была назначена повторная стационарная судебная психолого-психиатрическая экспертиза в ГНЦ им. В.П. Сербского.

На экспертизе анамнестические сведения сообщает в хронологической последовательности. Характеризует себя «общительным, добрым, неконфликтным, спокойным, имеющим много друзей и знакомых». Отмечает, что очень любит своих детей, жену; в семье за ним «решающего голоса не было, все старались решать обоюдно», «руку на жену никогда не поднимал». Рассказывает, что в 2003 г. его жена устроилась в организацию, где работал П. Последний стал ухаживать за ней. Отмечает, что когда он в первый раз увидел этого человека в мае 2004 г., тот ему сразу не понравился, «был неприятен». П. старался много времени проводить с их семьей, пытался «подружиться» с ним, «влезал» в их бытовые вопросы, несмотря на возражения подэкспертного. На уточняющий вопрос отвечает, что подозревать жену в измене начал позднее, когда у жены стали появляться дорогие подарки. Спрашивал ее, но «она все отшучивалась». Просил сменить работу, прекратить отношения с П., она обещала, но все равно отношения не прекращала. Добавляет, что в 2004 г. жена уволилась с работы сразу вслед за П. Поясняет, что сначала не придавал этому значения, а в последующем жена рассказала, что П. обещал устроить ее на лучшую работу. Говорит, что П. ходил за женой «как тень», дарил «непонятные» подарки, «вклинивался» в их жизнь. Приводя пример, рассказывает, что пока он находился в госпитале, П. с женой за него все решили, стали строить дачный дом, хотя он был категорически против. Поясняет, что все их отношения «четко вскрылись», когда он установил у себя в квартире камеру. Отмечает, что до этого дня «все держал в себе». После того как «припер ее к стенке», он предлагал жене разойтись, но она на коленях просила сохранить семью, обещала прекратить все отношения с П., но не сдержала своих слов. На дополнительные вопросы поясняет, что ничего у нее не проверял, старался доверять. Но при более целенаправленном расспросе уточнил: он заметил, что «жена стала более молодежно одеваться», иногда в голове возникали картины измены жены, старался их от себя отгонять. П. продолжал приходить, подарил крупную сумму на ремонт квартиры и автомобиль. Все было возвращено. Не скрывает, что «ревновал жену, боялся ее потерять». Отмечает, что когда он отправил жену с младшей дочерью на отдых, у него появилась мысль о том, что П. уехал с ней. На следующий день с утра поехал сначала в поликлинику, потом зашел на службу, взял распечатку телефонных разговоров. Когда увидел номер телефона П., «все как-то расплылось перед глазами», четко ничего не помнит, как добрался домой, «ну представляю, что ехал на троллейбусе, но четких воспоминаний нет». Дома в голове «крутилась мысль», что надо ехать, что надо с собой взять, но когда вышел во двор и не увидел машины, понял, что добрался пешком, а машина осталась у поликлиники. Вернулся к поликлинике, из багажника достал отвертку, чтобы подкрутить задние фары, кинул ее в карман. Но, сев в машину, решил поехать к П. и выяснить, уехал ли он в Крым. Отмечает, что точно не знал, в какой квартире тот живет, сначала позвонил в одну из квартир, где сказали, что П. живет этажом ниже. Дома у него никого не оказалось. Стал ждать на лестничной клетке. Переживал, в руках крутил отвертку. Когда увидел, что к дому подъехал П. на автомобиле, «как пелена появилась перед глазами». Хотел с ним поговорить. Не заметил, как приехал лифт, из него вышел П. и сразу стал оскорблять, обращался как «с третьим лицом, скотиной,

пустым местом». После того как услышал в свой адрес: «А этому рогоносцу что тут надо?», не мог ничего сказать, перестал слышать; видел, как тот открывал рот, в глазах потемнело – «словно сумерки опустились, стало темно». Тут же на дополнительные вопросы поясняет, что перед глазами были «как слайды – лицо, колени»; «было ощущение, что в подъезде находятся люди, видел только какие-то силуэты и слышал тихий голос – не души». Считает, что скорее всего это кричали окружающие его люди. Пришел в себя, сидя на П. «Сообразил, что произошло – испугался»; чувствовал «сильную усталость, внутреннюю опустошенность, ноги были как ватные». Некоторое время не мог встать. В голову пришла мысль: «Где документы?» Пошел наверх искать их. Нашел белый пакет, в который положил свои документы. Спустился, сел в машину, долго не мог ее завести.

Был «как пьяный», пытался успокоиться, «внутри ощущал пустоту». Как ехал, не помнит; то, что в пакете не только его вещи, понял после того, как зазвонил телефон П. Приехал домой, долго сидел в ванне под холодной водой. Потом переделся в спортивный костюм и поехал на службу, по дороге выкинул пакет, коврики. Отмечает, что «чувствовал безразличие к себе, были плохие мысли». На второй день поехал со старшей дочерью на дачу. А на следующий день вышел на службу, вечером был допрошен милиционерами, где и дал явку с повинной. Отмечает, что сейчас у него состояние «неплохое». Говорит, что «очень хочет вернуться домой, в семью, сохранить ее». Подэкспертный хорошо ориентируется в материалах уголовного дела. Обеспокоен сложившейся судебной-следственной ситуацией, исходом уголовного дела. Говорит, что очень переживает за детей, как сложится его дальнейшая семейная жизнь. Поясняет, что семья и родители в данной ситуации его поддерживают, жена приходит на свидания, а у отца хоть и произошел инсульт, но он «вошел в его ситуацию». При экспериментально-психологическом исследовании выявляется способность к выполнению основных мыслительных операций с использованием практически значимых признаков объектов. Интеллектуальный уровень соответствует полученному образованию и образу жизни. Ассоциативные образы в целом отражают содержание и эмоциональный подтекст понятий, малопроективные. Память в пределах невысокой нормы. Темп выполнения умственных действий достаточный. Для подэкспертного характерны просоциальность установок и поведения, стремление соответствовать высоким социальным стандартам и ожиданиям значимых окружающих, потребность в признании, уважении и внимании, избирательная общительность, доброжелательность, а также чувство ответственности за близких. Ему свойственна в целом устойчивая самооценка при повышенной впечатлительности и чувствительности к негативным оценкам собственной личности в субъективно сложных ситуациях. Его отличает склонность к накоплению отрицательных переживаний при стремлении не раскрывать их содержание окружающим. При достаточной гибкости поведенческих тактик в сочетании с некоторым игнорированием отрицательной информации извне отмечается тенденция к откладыванию решения субъективно сложных ситуаций с ожиданием их естественного разрешения. Характерно некоторое вытеснение отрицательных переживаний с соматизацией тревоги.

На основании изложенного комиссия пришла к заключению, что К. каким-либо хроническим психическим расстройством, слабоумием или иным болезненным состоянием психики не страдает. Как следует из материалов уголовного дела и результатов настоящего обследования, он не страдал таковыми и в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию. В тот период у подэкспертного не было также признаков какого-либо временного психического расстройства. Поэтому в период инкриминируемого ему деяния К. мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В настоящее время К. также может осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, давать показания; в применении принудительных мер медицинского характера он не нуждается. Поведение К. в период совершения инкриминируемого ему деяния и на момент судебно-психиатрического освидетельствования не носило установочный характер, т. е. не было нацелено на сознательное предъявление какого-либо необычного психического состояния в виде психического расстройства или аффекта. К. во время совершения инкриминируемого ему деяния находился в состоянии аффекта (кумулятивного аффекта).

Психологический анализ материалов уголовного дела и данных настоящего клинико-психологического обследования показывает, что на протяжении длительного периода в условиях психотравмирующей ситуации, связанной со взаимоотношениями потерпевшего П. с женой К. и с поведением потерпевшего по отношению к подэкспертному, у К. происходило накопление эмоционального напряжения с нарастанием тревоги, подозрительности, чувством унижения, субъективного ощущения разрушения семьи, со снижением фона настроения. Индивидуально-психологические особенности К. в виде повышенной чувствительности к фрустрациям, высокой субъективной значимости для него семейных взаимоотношений, склонности следовать конвенциональным формам поведения, стремления избегать открытых конфликтов, невыраженности агрессивности и импульсивности, тенденции к накоплению отрицательных переживаний, высокого самоконтроля способствовали в условиях длительной психотравмирующей ситуации кумуляции эмоционального напряжения (в структуре стресса и внутриличностного конфликта) без его отреагирования вовне. Попытки К. найти решение субъективно значимой проблемы, выход из сложившейся ситуации путем выяснения отношений с потерпевшим и со своей женой завершались некоторым снижением эмоционального напряжения, чувством успокоенности, которое, однако, проходило после очередного свидетельства возобновления отношений между потерпевшим и его женой. После просмотра видеозаписи К. убедился в интимных отношениях своей жены с потерпевшим, его эмоциональное напряжение резко усилилось, и, несмотря на то что жена обещала больше не встречаться с П., его эмоциональное состояние изменилось – стали проявляться признаки профессиональной дезадаптации, у него, по показаниям свидетелей, «в поведении появилась какая-то настороженность, напряженность, он стал более замкнутым», стал «как-то сосредоточен в себе, думал о чем-то», не сразу отвечал на вопросы, «сильно переживал», «стал тяготиться службой», «вопросы служебного характера у него отошли на второй план». Затем, когда К. после отъезда своей жены в Крым узнал через распечатку ее телефонных переговоров о том, что она вопреки своему обещанию продолжала общаться с потерпевшим П., его эмоциональное напряжение резко усилилось, сознание заполнилось переживаниями, непосредственно связанными с психотравмирующей ситуацией, появилось субъективное представление, что П. с его женой договорились встретиться в Крыму. При настоящем клинико-психологическом обследовании выявились такие нарушения эмоциональной сферы в тот период, как некоторое сужение поля восприятия («в глазах пелена, туман, по улице иду – впереди вижу, а сбоку как шторы»), ощу-

щение безысходности, изменения чувства времени («время как будто ускорилося»), вегетативные проявления («все сжалось внутри», «стало тяжело дышать»). В то же время у К. происходила борьба мотивов, оставались сомнения в том, что П. уехал в Крым, он решил убедиться в этом и поехать домой к потерпевшему. После встречи с П. и его высказываний, воспринятых К. как оскорбительные, издевательские, унижающие его честь и достоинство, у него на фоне ощущения безвыходности из сложившейся ситуации и собственной беспомощности субъективно внезапно произошла разрядка накопленного эмоционального напряжения в виде аффективного взрыва с появлением выраженного чувства гнева и ярости (по типу «последней капли»). Аффективный взрыв характеризовался частичным сужением сознания с фрагментарностью и неполнотой восприятия своих действий (не помнит точного количества ударов и момента удушения), окружающей обстановки (по показаниям свидетелей, «на наши замечания мужчина не реагировал и продолжал душить»; «на наши возбужденные крики К. никак не реагировал. Он поднял голову, потом снова опустил голову так, как будто вообще нас не видел... Он не видел, что люди смотрят, не воспринимал криков»; «создалось впечатление, что К. не воспринимает окружающего»). Аффективный взрыв сопровождался также нарушениями произвольной регуляции деятельности с импульсивностью действий, нарушениями контроля и прогноза их последствий, что подтверждается «Заключением эксперта (экспертиза трупа)», согласно которой потерпевшему нанесены множественные и широко локализованные ранения, образованные при колюще-рубящем воздействии с помощью твердого тупого предмета. Кроме того, фаза аффективного взрыва сопровождалась нарушениями коммуникативных функций, речевой деятельности К. и резким изменением вегетативных и мимических проявлений (по показаниям свидетелей, «у него были остекленевшие глаза, лицо как застывшая маска – полное отсутствие выражения на лице»; «каких-либо членораздельных звуков я не слышал... Были какие-то хриплые, сильные звуки»; «был какой-то звук, шипение, хрипение... этот звук был слышен еще тогда, когда они бежали»). Постаффективное состояние К. характеризовалось физической и психической астенией с ощущением слабости, опустошения (из материалов дела: «такая усталость была, будто вагон разгрузил»; «слабость, опустошение»; «внутри была пустота, я был весь как выпотрошенный»; «трясло, знобило»; из клинико-психологической беседы: «слабость, опустошенность, страх одновременно, ноги и руки ватные», «не смог сразу встать, руки и ноги не шевелятся»), элементами дезорганизации психической деятельности.

Таким образом, К. во время совершения инкриминируемого ему деяния находился в состоянии *аффекта, развившегося по механизму разрядки эмоциональной напряженности, возникшей в длительной психотравмирующей ситуации (кумулятивного аффекта)*. Об этом свидетельствует типичная для аффекта трехфазная динамика возникновения и развития эмоциональной реакции: длительная кумуляция эмоционального напряжения (первая фаза); выраженный и внезапно возникший аффективный взрыв с частичным сужением сознания, расстройствами произвольной регуляции деятельности, нарушениями речевой деятельности, резкими изменениями вегетативных и мимических проявлений (вторая фаза); физическая и психическая астения, элементы дезорганизации психической деятельности (третья фаза).

М. В. Зейгер, Ф. С. Сафуанов

Прерванный аффект: проблемы судебно-психологической экспертной оценки²¹

Проблема судебно-психологической диагностики уголовно релевантного аффекта широко освещена в научной литературе, и в настоящее время в системе судебно-экспертных учреждений Минздрава и Минюста России применяются унифицированные критерии экспертной оценки эмоциональных состояний обвиняемого (*Сафуанов, Дозорцева, Печерникова и др.*, 2007). Проанализированы особенности диагностики аффекта у лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости; у обвиняемых, находившихся в период совершения преступления в состоянии алкогольного опьянения; у несовершеннолетних обвиняемых. Вместе с тем в работах, посвященных судебно-психологической экспертизе эмоциональных состояний, практически не отражены случаи, когда разворачивающееся по определенным психологическим механизмам эмоциональное состояние, достигающее аффективной глубины, было прервано внешним воздействием.

Одна из проблем экспертной диагностики аффекта заключается в том, что в момент деликта в подавляющем большинстве случаев отсутствуют непосредственные свидетели правонарушения (свидетели-очевидцы), способные объективизировать динамику юридически значимой ситуации, описать поведение сторон конфликта, в частности, дать характеристику действий, речи, внешнего вида обвиняемого в период, непосредственно относящийся к совершению правонарушения. При рассмотрении понятия «прерванный аффект» становится очевидной и другая проблема: в случае, когда имеются непосредственные свидетели правонарушения, они же могут явиться и факторами, нарушающими саму закономерность протекания аффективной реакции. В таких ситуациях можно говорить о прерывании не доаффективной фазы и непосредственно момента аффективного взрыва, а о постаффективном периоде. Тем самым слепое и механическое следование критериям судебно-экспертного установления «классического» аффекта (*Сафуанов, Дозорцева, Печерникова и др.*, 2007), без должного учета динамики ситуативных переменных может невольно препятствовать правильной диагностике эмоционального состояния обвиняемого. Конкретный пример из практики комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы иллюстрирует одно из возможных решений.

Из постановления о назначении экспертизы известно следующее. Обвиняемая Е. во время конфликта со своим мужем С. нанесла ему ножевое ранение в спину, от которого тот скончался. В ходе предварительного расследования было установлено, что Е. состояла на учете у психиатра с диагнозом «Олигофрения», в своих показаниях ссылалась на запятование эпизода правонарушения. Указанные обстоятельства послужили основанием для назначения в отношении Е. комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. На разрешение экспертов поставлены стандартные психиатрические вопросы, а также вопрос: «Не находилась ли обвиняемая Е. в момент совершения преступления в состоянии аффекта?»

Из материалов уголовного дела, медицинской документации и со слов под экспертной известно следующее. Мать испытуемой злоупотребляла алкоголем, сестра закончила вспомогательную школу. Родилась четвертой из шести детей от нормальной беременности и родов. Раннее развитие – без особенностей. Воспитывалась матерью, а впоследствии бабушкой по линии

²¹ Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 47. – М., 2009.

матери. В 1989 г. перенесла черепно-мозговую травму в виде сотрясения головного мозга (ударил камнем по голове), лечилась стационарно (из амбулаторной карты). В общеобразовательную школу пошла с 7 лет. С программой обучения за 1-й класс не справлялась. В связи с плохой успеваемостью во 2-м классе была впервые осмотрена психиатром. В психическом статусе отмечено: «...обобщает слабо, сравнивать предметы не может...словарный запас не соответствует возрасту». Обвиняемая в 3-й класс не пошла, ухаживала за младшими детьми. Психиатром было рекомендовано обследование для оформления во вспомогательную школу, но мать испытуемой этим не занималась. Была снята с учета в связи с тем, что не посещала диспансер (из амбулаторной карты). Через два года психиатром сделана запись: «Способность к познавательной деятельности практически отсутствует. Больная необучаема». Поставлен диагноз: «Олигофрения в степени имбецильности неясного генеза». В дальнейшем обучалась на дому до 6-го класса в частном порядке. Официально испытуемая не работала, подрабатывала торговлей вещами. В течение 9 лет состояла в браке с потерпевшим С, сначала проживали в гражданском браке, через несколько лет оформили отношения официально, от брака имеет 3-летнюю дочь.

Объективно установлено. Среднего роста, правильного телосложения. На шее – линейный шрам. Соматически состояние удовлетворительное. Нервная система без знаков очаговой неврологической симптоматики. *Психическое состояние.* Внешний вид аккуратный, на лице – макияж. Ориентирована всесторонне правильно. Предъявляет жалобы на бессонницу, пониженное настроение. Отмечает, что эти симптомы беспокоят ее уже длительное время, со дня совершения правонарушения. Охотно беседует. На вопросы отвечает по существу. Речь грамматически правильная, обнаруживает достаточный словарный запас. Последовательно излагает автобиографические сведения. Так, сообщила, что закончила 6 классов «на домашнем обучении», научилась читать и писать. Правильно называет цены на основные продукты питания, размер оплаты за детский сад дочери. Верно трактует переносный смысл пословиц и поговорок. Например, «золотые руки» – «хозяйственный, все умеет делать»; «не в свои сани не садись» – «не суйся, куда не следует»; «готовь сани летом, а телегу зимой» – «все надо делать вовремя». При описании отношений с мужем – на глазах слезы. Сообщает, что он на протяжении 9 лет избивал ее, сломал челюсть, порезал шею и руку ножом, гасил об нее сигареты. Знает, в чем ее обвиняют. Вину свою признает. Последовательно описывает обстоятельства, предшествующие правонарушению. При рассказе об обстоятельствах убийства начинает плакать, сожалеет о содеянном. Затрудняется прогнозировать дальнейшее развитие юридической ситуации.

Экспериментально-психологическое исследование. Испытуемая упорядочена, контактирует свободно, на обследование согласна. Цель экспертизы понимает правильно. Отношение к обследованию адекватное, мотив экспертизы формируется легко, устойчив на протяжении обследования. Вину в инкриминируемом деянии пассивно признает, но отмечает: «Не понимаю, как это произошло, я не могла такого сделать!» Об обстоятельствах правонарушения рассказывает, отвечая на вопросы, достаточно последовательно излагает ситуацию, предшествовавшую правонарушению, момент нанесения удара потерпевшему вспомнить не

может, поясняет, что после того как потерпевший ударил ее по лицу, она ничего не помнит, дальнейшие события описывает с момента, когда свидетели правонарушения сказали ей: «Ты убила своего мужа». Прогнозировать исход юридически значимой ситуации подэкспертная затрудняется, к собственной дальнейшей судьбе безразлична, отмечает, что ей жалко своего ребенка: «Как она будет без меня?», при этом плачет.

Эмоциональный фон в ситуации обследования неравномерный, преимущественно снижен, стабилизируется при беседе на отвлеченные темы. Эмоциональные реакции неустойчивые, непосредственные, в целом адекватны ситуации. Аффективный контроль снижен. Жесты и мимика несколько жеманные. Голос пониженной громкости, интонации достаточно выразительные, периодически с пуэрильным оттенком. Речь грамматически правильная, по существу, с достаточным смысловым наполнением. Внешний вид аккуратный. Критика к собственной личности, ситуации, результатам деятельности достаточная. Дистанцию в общении соблюдает. Себя испытываемая характеризует как мягкую по характеру, доверчивую, безотказную. Отмечает, что легко устанавливает отношения с людьми, любит общаться. Поясняет, что в основном она человек жизнерадостный, но ее настроение «сильно зависит от окружающей обстановки». В людях ценит «мягкость, общительность, чтобы были не вредные». Не терпит «ругани, скандалов». О себе сообщает, что родилась четвертым ребенком, в семье шесть детей, воспитывалась матерью, а в последующем – бабушкой по линии матери. В массовой школе обучалась в течение 2 лет, программный материал усваивала слабо, как поясняет подэкспертная, «мать пила, не занималась нами, раскидала нас по разным местам, я жила у бабушки». В дальнейшем обучалась на дому, частным образом.

Со слов подэкспертной, около 9 лет назад познакомилась с потерпевшим, жили гражданским браком, затем зарегистрировали брак. Официально испытываемая не работала, подрабатывала мелкой торговлей вещами, пользовалась финансовой поддержкой со стороны своей бабушки и родителей мужа. От брака имеет трехлетнюю дочь. Отношения с мужем (потерпевшим) характеризует как неровные, конфликтные, сообщает, что в течение последних 6 лет отношения ухудшились, так как муж злоупотреблял спиртными напитками, «баловался наркотиками», не работал, регулярно бил подэкспертную, «тушил сигареты о лицо», «выгонял раздетую на мороз зимой», «сломал челюсть». Сообщает, что дочь рождена от третьей беременности, что до этого дважды была беременна, но беременности прерывались на поздних сроках по причине гибели плода в результате избиений испытываемой мужем. Об отношениях с мужем, физической агрессии с его стороны рассказывала матери, бабушке, показывала следы побоев, жаловалась соседке по поводу перелома челюсти. В милицию не обращалась, не может четко объяснить, почему терпела такое отношение: «Сама не знаю, почему терпела, он обещал исправиться, свекровь уговаривала: "я терпела, и ты потерпи", запугивали, что заберут у меня ребенка». Отмечает, что в период совместной жизни с потерпевшим «он все решал сам, отбирал деньги, не разрешал общаться с друзьями, не пускал в гости к сестрам».

Относительно юридически значимой ситуации сообщает в соответствии с показаниями, данными в ходе следствия, поясняет, что отмечали День Победы, выпили пива с родственниками мужа, затем пошли гулять в парк,

где познакомились с семейной парой, пригласили их в гости, дома выпили еще немного спиртного, потерпевший в грубой форме сделал замечание подэкспертной, после чего ударил ее по лицу в присутствии гостей. После этого испытуемая ничего не помнит, дальнейшие события описывает с момента, когда «кто-то из гостей сказал, что я убила мужа». Со слов подэкспертной, она сразу побежала к свекрови, вдвоем вернулись в дом, подэкспертная увидела лежащего на полу мужа, перевернула его, «думала, что он живой, старалась ему как-то помочь, у него были открыты глаза, я испачкала кровью юбку...». Сообщает, что смутно помнит, как кричала свекровь, в дом пришли люди, приехали сотрудники милиции и забрали подэкспертную. Испытуемая отмечает, что в тот момент чувствовала «сильный страх от того, что такое произошло», поясняет, что не собиралась убивать мужа: «...Я бы девять лет назад могла это сделать». Сожалеет о случившемся, испытывает жалость к потерпевшему.

В эксперименте с применением набора стандартных патопсихологических методик испытуемая обнаруживает нормативный темп психических реакций, достаточно высокую стабильную работоспособность, колебания активности внимания, сниженную устойчивость внимания, негрубое снижение эффективности механического и опосредованного запоминания. Категориальный строй мышления сформирован удовлетворительно, уровень обобщения преимущественно конкретный, отмечаются недостаточное развитие процессов абстрагирования и опосредования, неустойчивость когнитивного стиля, аффективная обусловленность суждений.

Результаты проективных личностных методик: испытуемой свойственны такие индивидуально-психологические особенности, как дружелюбие, конформность установок, тенденция к избеганию конфликтов, потребность в эмоциональном комфорте и защите от внешних воздействий. Выражены тормозимые черты, характерны замкнутость, избирательность в контактах, инертность в принятии решений. В деятельности доминирует мотивация избегания неуспеха при достаточно ригидных установках и упорстве в своих начинаниях. Отмечаются черты повышенной аккуратности и внимания к деталям. Имеют место обостренная чувствительность к критическим замечаниям в свой адрес, склонность преувеличивать враждебность отношения к себе других. Вместе с тем отмечаются деликатность в сфере межличностных контактов, сочетающаяся с упрямством в отстаивании своей позиции, направленность на справедливость, терпимость, добро и совестливость в отношениях, добродушие, кротость, мягкость характера. Уровень агрессивности невысокий, однако выявляется вероятность открытого проявления агрессии в отношении ближайшего окружения в субъективно значимых ситуациях, затрагивающих чувство собственного достоинства испытуемой, выражена тенденция к вытеснению деструктивных (разрушительных) побуждений. Испытуемой свойственно повышенное чувство собственного достоинства, актуальными являются потребность в самоуважении и сохранении своего авторитета в глазах значимых окружающих, стремление защищать от посягательств свою социальную позицию. Неудовлетворенная потребность в признании, повышенный уровень личностной тревожности, комплекс собственного несовершенства маскируются демонстративностью поведения. Аффилиативная потребность

является главной и наиболее травмируемой мишенью. Состояние испытуемой на момент обследования характеризуется сниженным фоном настроения, переживанием чувства одиночества и неуверенности, маскируемых напускным безразличием.

Психологический анализ материалов уголовного дела. Личность подэкспертной характеризуется в материалах дела следующим образом: «... Пассивная, внимание переключается легко, устойчивости нет... На вопросы отмалчивается или улыбается... с трудом осмысливает, что делает, и не понимает главного в воспринимаемом... Дисциплину не нарушает, но на уроках не успевает писать вместе с ребятами... часто жалуется на головную боль, результат травмы головы... На переменах подвижна, может без причины улыбаться». С 1991 г. подэкспертная школу не посещала, нянчила младших детей. В 1993 г. она была снята с учета, так как не посещала диспансер, не прошла рекомендованного обследования, матери было «некогда» заниматься здоровьем подэкспертной (из амбулаторной медицинской карты). Мать потерпевшего характеризует испытуемую: «...в трезвом состоянии ее поведение было положительным. Будучи в состоянии алкогольного опьянения, Е. вела себя агрессивно... В состоянии алкогольного опьянения были факты, когда сын С. дрался со снохой Е.». Сестра потерпевшего показала: «...в трезвом состоянии Е. вела себя адекватно. Она вела хозяйство по дому, ухаживала за ребенком... В состоянии алкогольного опьянения Е. была агрессивной. Чтобы привести ее в нормальное состояние, мой брат С. мог ударить ее по лицу либо толкнуть. Были случаи, когда Е. пользовалась ножом. В 2006 г. после ссоры с мужем Е. взяла нож и нанесла им себе повреждение в переднюю часть бедра. Она совершила это, как бы находясь в «ненормальном» состоянии. Она практически не реагировала на боль. Примерно через 10–15 мин. она как бы пришла в себя, стала плакать, жаловаться на боль, обрабатывать рану. Весной 2007 г., будучи в состоянии алкогольного опьянения, после того как С. стукнул Е. по щеке, она достала кухонный нож и им ударила своего мужа в переднюю часть бедра. Примерно также через 15 мин Е. как бы пришла в себя и стала просить у С. прощения и обрабатывать рану». Бабушка подэкспертной: «Про Е. я не могу ничего сказать плохого. По характеру она доверчива, не конфликтна, спокойная». Характеристика из ОВД: «...Соседями характеризуется удовлетворительно. Общительная, может быть конфликтной... Общественными нормами и моралью не пренебрегает. Правила общежития не нарушает». В психонаркологическом кабинете на учете испытуемая не состоит.

Характеристика отношений подэкспертной и потерпевшего в докриминальный период. Подэкспертная Е.: «...С мужем я проживала в течение 9 лет. У нас имеется совместный ребенок. Все это время он издевался надо мной: бил, ножом порезал шею, тушил сигареты о мое лицо, ломал мне челюсть, выгонял зимой на мороз в раздетом состоянии, унижал меня. В последнее время мой муж нигде не работал, употреблял спиртное. На этой почве у нас возникали постоянные скандалы. С. периодически избивал меня... Он бил меня беспричинно. За все время я обращалась за медицинской помощью только один раз, когда он сломал мне челюсть». Мать подэкспертной: «...Неоднократно Е. жаловалась мне, что С. бьет ее. Она показывала мне синяки. Последний раз такое было в марте 2008 г. С. бил дочь с момента

проживания с ней. Что было причиной конфликта, дочь мне не рассказывала». Свидетель П.: «...В моем присутствии были случаи, когда С. и Е. ссорились, однако в моем присутствии у них эти ссоры в драку не переходили. Один раз ко мне обратилась Е. по поводу обращения в больницу, она говорила, что у нее сломана челюсть. При каких обстоятельствах она получила травму, Е. не распространялась. Один раз Е. показывала на щеке ожог и говорила, что это ей причинил ее муж – С». Бабушка подэкспертной: «...За все время С. нигде не работал, постоянно употреблял спиртное, водил друзей. С. в моем присутствии ударил Е. кулаком по голове... За все время проживания внучки Е. с С. я постоянно помогала им финансово. Бывали случаи, когда С. приносил мне заранее подготовленные расписки и просил для Е. денег. Впоследствии Е. говорила мне, что данные расписки она писала под диктовку С. За время проживания Е. с С. она постоянно жаловалась, что С. ее бьет. Со слов Е., муж бил ее за то, что она отказывалась выполнять какие-либо его требования. В подтверждение Е. показывала синяки на теле и лице. Один раз у нее синяки были на бедрах, животе и спине, в области поясницы. Е. говорила, что ее избивал ногами С. В 2007 г. Е. пришла ко мне с переломанной челюстью. Вначале она скрывала и говорила, что упала с крыльца, однако впоследствии призналась, что челюсть ей сломал муж – С. Со слов Е., С. отбирал у нее деньги».

Характеристика ситуации правонарушения. Подэкспертная Е.: «... 09.05.08... в ходе распития алкогольных напитков С. ударил меня рукой по лицу. Что было причиной этому, я не помню. Затем я пошла в кухню, взяла там нож. Данный нож я описать не могу, но помню, что он был больших размеров. После этого я подошла к мужу и ударила его ножом в спину. Я помню, что после удара вынула нож из тела мужа. Кто где располагался из присутствующих и в каком положении находился С, я не помню. Куда я дела нож, я также не помню. У меня произошел провал в памяти. Я помню, что побежала к матери мужа. Что я ей говорила, я сейчас не помню. Я ударила С. ножом, чтобы он бросил издеваться и унижать меня. Я убивать С. не хотела, просто чтобы он не бил меня в присутствии посторонних»; «... Я помню, что мне стало обидно, что С. в очередной раз в присутствии посторонних унижил меня. Что происходило впоследствии, я не помню, у меня образовался провал в памяти. Я пришла в себя, когда С. лежал на полу в столовой комнате, без движения. Кто-то из присутствующих говорил, что я убила С. Я сразу же побежала к матери С. и сказала ей, что я убила С. О чем я еще говорила, я не помню... Он лежал без движения, под ним, под спиной была кровь. Я думала, что муж еще жив и ему можно помочь. Я пыталась его приподнять от пола»; «... Я смутно помню, что после того как С. ударил меня, я оказалась в кухне. Для какой-то цели я открывала ящик стола. Для чего я это делала, не помню».

Свидетель Д. показал: «...придя в гости к С. и Е., мы совместно стали распивать спиртное. В ходе распития спиртного... у С. с Е. произошла ссора. Как я понял, ссора произошла из-за того, что Е. не приготовила нам «закусить». С. в ходе словесной перепалки ударил Е. по лицу. Е. зашла в дальнюю часть кухни. Через несколько секунд она вышла и подошла к С. В это время я увидел, как Е. ударила С. ножом в спину. В это время я вскочил и, заломив руку Е., выбил из ее рук нож. Моя жена закричала, чтобы я не брал нож, и я ногой пнул нож под холодильник». Далее Д. уточняет: «... У них дома не было воды... когда уходили, С. велел Е. разогреть что-либо закусить».

С. сказал это в повелительном тоне... после того как мы принесли воду, в какой-то момент между С. и Е. возник конфликт... С. один раз ударил Е., как мне показалось, ладонью по лицу... она сразу же из-за стола ушла в сторону входной двери. Она сразу же вернулась. Как подходила Е., я не видел. Я увидел только взмах руки Е. и момент удара. Я даже не обратил внимания, что было у нее в руке. Жена закричала: «Ножик!» Е. нанесла удар сверху вниз. В этот момент у нее в руке я увидел нож. Я успел схватить Е. за кисть и выбить у нее нож. Е. вырвала руку и убежала на улицу. Я побежал за ней, но она босиком убежала от меня по улице в сторону центра города... Е. ударила С. ножом молча, без слов, и так же, ничего не сказав, убежала. Указанные события произошли очень быстро... Через некоторое время после указанных событий в дом вбежала Е., она опустилась к мужу на колени и стала плакать. Затем прибежали еще несколько женщин. Одна из женщин, как я понял, мать С, стала обзывать Е. и обвинять в случившемся. Я слышал, как Е. говорила, что это не она виновна в смерти мужа...»

Свидетель О. дополняет: «...Между супругами произошел вначале словесный конфликт. Причиной послужило то, что С. обвинил жену, что она не в состоянии приготовить покушать. Затем С. один раз ударил Е. ладонью по лицу. На удар она практически не прореагировала. Она не заплакала, не стала возмущаться. У нее было невозмутимое выражение лица. После удара Е. не торопясь, спокойно ушла в сторону расположения кухни, прошло менее одной минуты после того, как Е. после удара отошла от стола. Она так же спокойно, не торопясь, подошла к столу. У нее было невозмутимое лицо. Я увидела у нее в руках нож, крикнула мужу: «У нее нож!» Далее произошло все очень быстро. Е. сверху вниз нанесла С. удар ножом в спину. Она также после удара вынула из тела мужа нож. К этому времени мой муж вскочил из-за стола и, ухватив руку Е., выбил у нее нож из руки... После нанесения ножом удара Е. еще около 5 минут находилась в таком же спокойном, невозмутимом состоянии. Она к мужу не подходила. Затем Е. также не торопясь вышла из дома. За ней вышел мой муж, а следом и я. На улице я увидела, что Е. побежала... Через некоторое время пришел мужчина, затем стали подходить женщины, и пришла Е. Она опускалась около С. на колени и плакала...

Утром 10.05.08 я разговаривала с Е. Она помнила, что происходило на улице, как мы находились дома до момента конфликта. Затем, как она поясняла, она ничего не помнила и вновь помнила, как убежала из дома к матери. Я общалась с ней, и мне казалось, что она не понимает, что произошло... У Е. имелось бессмысленное выражение лица. Она как бы не понимала, что произошло, была спокойной».

Судебно-психиатрические эксперты пришли к выводу, что Е. *хроническим, а равно временным или иным психическим расстройством, слабоумием не страдает и не страдала таковым в момент совершения инкриминируемого ей деяния. При совершении инкриминируемого ей деяния Е. могла понимать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.* В принудительных мерах медицинского характера она не нуждается.

Психологический анализ материалов уголовного дела, данных экспериментально-психологического исследования позволяет сделать следующие выводы. Подэкспертная обнаруживает в эксперименте негрубые изменения познавательной деятельности (колебания активности

внимания, сниженную устойчивость внимания, негрубое снижение эффективности запоминания, недостаточное развитие процессов абстрагирования и опосредования, неустойчивость когнитивного стиля). Среди индивидуально-психологических особенностей подэкспертной следует отметить просоциальную направленность личности, психологическую ригидность, дружелюбие, конформность установок, достаточно высокую стрессоустойчивость, значимость внешних оценок, установку на избегание конфликтов. Вместе с тем у испытуемой отмечаются такие личностные особенности, как тенденция к вытеснению травмирующих воздействий, обостренная чувствительность к ситуациям, затрагивающим собственное достоинство.

Рассматриваемая юридически значимая ситуация характеризуется следующими особенностями.

1) *Доаффективная фаза*: отмечается кумуляция (накопление) эмоциональной напряженности (на протяжении последних 6 лет потерпевший бил и унижал подэкспертную).

2) *Фаза «аффективного взрыва»* у подэкспертной характеризовалась частичным сужением сознания, неполнотой восприятия окружающего, заполненностью сознания переживаниями, связанными с психотравмирующим воздействием («Я помню, что мне стало обидно, что С. в очередной раз в присутствии посторонних унижил меня. Что происходило впоследствии, я не помню, у меня образовался провал в памяти. Я пришла в себя, когда С. лежал на полу в столовой комнате, без движения. Кто-то из присутствующих говорили, что я убила С.»; «Я смутно помню, что после того как С. ударил меня, я оказалась в кухне. Для какой-то цели я открывала ящик стола. Для чего я это делала, не помню»), а также снижением способности к прогнозу непосредственных результатов своих действий, отсутствием прогноза отдаленных последствий собственных действий. Свидетели отмечают изменения речевой деятельности и моторных реакций подэкспертной в момент правонарушения.

3) *Постаффективная фаза* не прослеживается в связи с тем, что прерывание агрессивного действия испытуемой свидетелем правонарушения исключило возможность полной разрядки накопившегося эмоционального напряжения, однако следует отметить своеобразие поведения испытуемой, которое описано свидетелями: «...она босиком убежала по улице в сторону центра города»; «...после нанесения ножом удара Е. еще около 5 минут находилась в таком же спокойном, невозмутимом состоянии. Она к мужу не подходила. Затем Е. также не торопясь вышла из дома...»; «...она не понимала, что произошло, была спокойной». Описанные свидетелями особенности поведения подэкспертной непосредственно после прерванного агрессивного действия свидетельствуют о неполном осознании (недопонимании) испытуемой случившегося, элементах дезорганизации психической деятельности. Такие индивидуально-психологические особенности подэкспертной, как просоциальные установки, гуманистическая направленность, ориентированность на конвенциональные морально-этические и правовые нормы, потребность в социальном одобрении, совесть, мягкосердечие, доверчивость, способность к сопереживанию, свидетельствуют о сформированности личностных структур, тормозящих прямое и непосредственное проявление агрессии.

В условиях длительной психотравмирующей ситуации, связанной с поведением потерпевшего, у подэкспертной развился психологический стресс, ведущей характеристикой которого являлось эмоциональное напряжение, сопровождающееся личностной дезадаптацией, нарушением функционирования защитных психологических механизмов и стратегий совладающего поведения личности, что привело в рассматриваемой юридически значимой ситуации к эмоционально обусловленному выбору агрессивного действия, возникшего в ответ на очередную психогению по типу «последней капли». Описанные выше особенности личности подэкспертной, а также особенности рассматриваемой юридически значимой ситуации в совокупности позволяют говорить о том, что в момент совершения инкриминируемого деяния Е. находилась в состоянии *кумулятивного аффекта*.

Суд вызвал эксперта-психолога на допрос по поводу заключения о наличии состояния аффекта у Е. в момент совершения инкриминируемого ей деяния. Основные вопросы касались как раз оценки признаков третьей – постаффективной – фазы аффекта. Психолог дал подробное разъяснение того обстоятельства, что вследствие действий свидетелей на первый план вместо психической и физической астении в данном случае вышли иные, но тоже диагностически информативные свойства в виде дезорганизации психической деятельности и неполного осознания случившегося.

Суд квалифицировал правонарушение Е. как «убийство, совершенное в состоянии аффекта» (ст. 107 УК РФ), и вынес наказание в виде лишения свободы на срок 2,5 года.

В свете вышеизложенного видится правомерным в подобных случаях квалифицировать эмоциональное состояние обвиняемого как достигающее аффективной глубины, несмотря на отсутствие четко очерченной постаффективной фазы, что в данном случае обусловлено наличием внешнего воздействия, не давшего возможности полной аффективной разрядки, которая приводит в итоге к постаффективному истощению. Экспертное решение в пользу наличия у обвиняемого в подобных случаях состояния аффекта будет способствовать более гуманному отношению к субъекту правонарушения, более эффективной защите его прав и, возможно, более полной реализации презумпции невиновности, являющейся одним из основных принципов российского судопроизводства.

Литература

Сафуанов Ф.С., Дозорцева Е.Г., Печерникова Т.П. и др. Судебно-психологические критерии диагностики аффекта у обвиняемого: Пособие для врачей. Методические рекомендации / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Е.В. Макушкина. – М., 2007.

Е. С. Андреева

Судебно-психиатрическая оценка аффективных состояний с учетом ст. 22 УК РФ²²

Практика применения ст. 22 УК РФ свидетельствует, что заключения о «влиянии/существенном влиянии» особого эмоционального состояния субъекта на его поведение в криминальной ситуации стали употребляться реже в качестве самостоятельных экспертных выводов, поскольку у экспертной комиссии появилась обоснованная в правовом отношении возможность использовать принцип такой оценки при констатации ограниченной вменяемости. Естественно, такая возможность реализуется лишь в тех случаях, когда при комплексном психолого-психиатрическом освидетельствовании удастся достигнуть разумного компромисса между психологом и психиатром, и решение о «существенном влиянии» естественным образом интегрируется в алгоритм обоснования ограниченной вменяемости субъекта.

Вместе с тем такой компромисс достигается не всегда. Наиболее показательным примером в этом отношении может служить факт последовательного обоснования в некоторых экспертных заключениях как состояния физиологического аффекта, так и ограниченной вменяемости субъекта; в отдельных случаях в заключении сосуществуют выводы о «существенном влиянии» и ограниченной вменяемости.

Сказанное может быть проиллюстрировано следующим клиническим наблюдением.

Д., 1978 г.р., обвинялся по ст. 105 ч. 1 УК РФ в убийстве.

По данному делу он был стационарно освидетельствован в Р-й ОПБ № 1, где было дано заключение о его психическом здоровье; в отношении содеянного он был признан вменяемым. На повторную стационарную комплексную психолого-психиатрическую экспертизу в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского поступил в октябре 1998 г. Перед экспертами поставлены обычные вопросы, включая вопрос о физиологическом аффекте.

Из представленной документации и со слов Д. известно, что его наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В детстве рос и развивался правильно, болел редко и нетяжело, отличался повышенным питанием. В школе успевал удовлетворительно, предпочитал точные дисциплины, увлекался компьютерами, читать не любил. В течение 3-х лет занимался в ансамбле спортивного танца, посещал тренажерный зал. В результате интенсивных занятий сбросил лишний вес, окреп физически. После окончания 9-го класса поступил в Энергетический техникум, однако на 4-м курсе учебу оставил, так как «не нравилась будущая специальность». В представленных характеристиках из школы, техникума, танцевального ансамбля о Д. отзывались положительно, указывали, что он вежливый, исполнительный, честный, добросовестный. С места жительства и по данным из личного дела призывника характеристика также положительная. Ранее к психиатрам не обращался, на учете в НД и ПНД не состоял.

Во время прохождения медкомиссии при призыве в армию Д. был осмотрен всеми специалистами, в том числе невропатологом и психиатром, при этом никакой патологии у него выявлено не было, был признан годным к военной службе. Службу проходил во Владикавказе. До правонарушения прослужил 3 месяца. За этот период поощрений и взысканий

²² Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 38. – М., 2000.

не имел. В служебной характеристике было отмечено, что Д. спокойный, уравновешенный, исполнительный, трудолюбивый. Согласно медицинской характеристике, до 20.07.97 г. он с жалобами на состояние здоровья не обращался.

По словам его родителей, при принятии присяги 25.05.97 г. Д. выглядел похудевшим, не жаловался, но сказал о неуставных отношениях, а 4.06.97 г. позвонил домой и просил срочно приехать. По приезду родители увидели его подавленным, с кровоподтеком под глазом. Он говорил, что ему «тяжело морально», что «старослужащий требует деньги, продукты, одежду, сигареты». Согласно показаниям командира отделения, начальника взвода, а также других военнослужащих, Д. по характеру человек добрый, мягкий, общительный, исполнительный, дисциплинированный, слабый физически. С их слов, старослужащий – потерпевший по делу Э. систематически издевался над Д., оскорблял, заставлял отжиматься от пола в неположенное время, если считал, что он что-то сделал не так, бил по лицу, в грудь ногами, кулаками, заставлял сидеть в холодной речке, требовал покупать сигареты.

По словам свидетелей, с середины июня 1997 г. отношение Э. к испытуемому ухудшилось, придирки усилились: как-то Э. ударил Д. по голове багром, в конце июня ударил по голове табуретом, при этом Д. упал, потерял сознание, также Э. ударил его по голове крышкой от котелка за то, что тот его плохо помыл, заставил «за это» отжиматься. Военнослужащие видели на Д. следы побоев, у него были разбиты губы, под глазами были кровоподтеки; как-то на утренней зарядке Д. потерял сознание, иногда у него была рвота, при этом он хватался за голову; во время физической работы (носил носилки на горном стрельбище) жаловался на головную боль, его тошнило, однако Д. не жаловался на избиения Э., хотя все догадывались об этом. При допросах Д. подтвердил указанные выше показания сослуживцев и сообщил дополнительно об избиениях его Э. «чем попало»: флягой, тапочками, ложками по ушам, а также о том, что примерно за час до правонарушения Э. побил его палкой по голове. Согласно медицинской характеристике, показаниям начальника медсанчасти, 20.07.97 г. Д. обращался к нему с жалобами на головную боль, причину которой не сообщал, при этом телесных повреждений врач не заметил, назначил прием анальгина амбулаторно.

До случившегося в течение месяца группа военнослужащих занималась вырубкой кустарника на полигоне, старшим в группе был Э. По словам Д., было плохо с питанием, ночь перед правонарушением он тревожно спал. В день правонарушения вырубку начали примерно в 8 часов утра, было жарко, работать было тяжело, перекуров почти не было. Как следует из материалов уголовного дела, 29.07.97 г., примерно в 12 часов дня Д. нанес острием топора лежащему на срубленных ветках военнослужащему Э. 11 колото-резаных ран в область головы, от полученных повреждений потерпевший скончался по пути в госпиталь. Будучи задержанным, Д. в своих первых показаниях от 29.07.97 г. сообщил, что после избиения его Э. палкой по голове примерно в 11 часов он продолжал работать еще час, вырубив кустарник согласно указаниям Э. Затем подошел к спящему на ветках Э. узнать, что ему делать дальше, на что последний отослал его продолжать работать, сам же остался лежать на ветках, прикрыв лицо головным убором. По словам Д., через некоторое время он стал наносить потерпевшему удары топором, нанес примерно 4 удара, «испытывал к Э. ненависть», «хотел причинить ему сильную боль»,

затем отошел в сторону. Примерно через 20 минут вернулся, увидел, что Э. кричит, «дергается», «кругом кровь», присел возле него на корточки. Описывал предшествующие правонарушению издевательства и избияния его потерпевшим, признавал свою вину.

Во время допроса 31.07.97 г. Д. подтвердил свои первые показания, ссылаясь на запятование некоторых обстоятельств правонарушения: «куда ударял, точно не помню», «все было как в тумане, болела голова», вину признавал. Согласно показаниям свидетелей – военнослужащих, после правонарушения на вопрос, кто нанес удары Э., Д. ответил кивком головы, держа окровавленный топор в руках. Когда у него забрали топор, был равнодушен, присел на камень рядом с потерпевшим, его голова была опущена, обхватил ее руками, взгляд был странный, блуждающий, отрешенный; ничего связного сказать не мог. На следующий день 30.07.97 г. Д. был осмотрен невропатологом в связи с жалобами на головную боль, появившуюся месяц назад, при этом неврологической симптоматики у него выявлено не было, указано, что он эмоционально уплощен, неряшлив. Был установлен диагноз: «Ситуационно-обусловленное астеническое состояние», дано заключение, что «к военной службе годен», рекомендована консультация психиатра, дерматолога.

При осмотре психиатром 30.07.97 г. заключение о наличии астенического состояния было подтверждено, при описаний психического статуса указано, что испытуемый в ясном сознании, подавлен, астенизирован, эмоционально лабилен, плаксив. Было рекомендовано судебно-психиатрическое освидетельствование и дано заключение, что «по психическому состоянию может находиться в СИЗО». При осмотре хирургом 30.07.97 г. испытуемый жаловался на головную боль, боль в области ушных раковин, губ. При осмотре в затылочной части слева отмечалась гиперемия кожи, болезненность при пальпации в области головы, ушных раковин, нижней губы, где были обнаружены 2 раны продольной формы, покрытые фибрином, ссадины в области спины, поясницы. Заключение хирурга: «Ушиб мягких тканей лица, волосистой части головы, ссадины спины. Плоскостопие».

Согласно заключению судебно-медицинского эксперта от 6.08.97 г., при судебно-медицинском освидетельствовании Д. от 30.07.97 г. у него были обнаружены ушибленные раны на слизистой оболочке губы слева, ссадина и кровоподтеки лица, головы и на задней поверхности грудной клетки, причиненные действием тупых твердых предметов; не исключена возможность ударов палкой, кулаками; повреждение в виде ссадин на коже задней поверхности грудной клетки причинено за 6–7 суток до освидетельствования, повреждения в виде ушибленных ран слизистой нижней губы, кровоподтеков в области ушных раковин причинены за 4–7 суток до освидетельствования, повреждение в виде кровоизлияния в мягкие ткани в теменной области справа причинено за 1–2 суток до освидетельствования. Указанные повреждения не повлекли за собой какого-либо расстройства здоровья. В деле имеется заявление Д. из СИЗО от 8.08.97 г. на имя военного прокурора, в котором он жаловался на головную боль, связанную с систематическими избияниями его потерпевшим, указывал также, что в связи с этим он обращался к врачу воинской части.

При стационарном психолого-психиатрическом освидетельствовании в Р-й ОПБ испытуемый обнаруживал правильную ориентировку в окружающем,

доступность продуктивному контакту. На запоминание обстоятельств правонарушения не ссылался, сожалел о случившемся, психотических расстройств у него не выявлялось. Экспертная комиссия пришла к выводу о вменяемости Д. как не страдающего каким-либо психическим расстройством. При психологическом обследовании данных за наличие у него физиологического аффекта выявлено не было, в момент правонарушения констатировано состояние фрустрации. В связи с сомнением суда в правильности экспертных выводов было вынесено определение о его повторном комплексном психолого-психиатрическом освидетельствовании в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. При настоящем обследовании было выявлено следующее.

Внутренние органы без патологии. <...> *Невропатологом было дано заключение* об умеренно выраженной неврологической симптоматике вследствие перенесенных травм головы. В беседе Д. держался спокойно, естественно, был простодушен, улыбочив. Задаваемые врачом вопросы выслушивал, отвечал по существу. Его речь была последовательна, эмоционально окрашена, с хорошим словарным запасом. Сведения о себе сообщал охотно, не скрывал компрометирующие его факты, не стремился представить себя с выгодной стороны, защититься. Себя характеризовал в меру общительным, обидчивым, незлопамятным. Психически больным себя не считал. Об имевших место неуставных отношениях в армии, об издевательствах, избиениях его потерпевшим говорил неохотно, подчеркивал, что никогда никому не жаловался, ибо «так принято», терпел унижения, избиения, надеялся, что выдержит, что это «явление временное».

Указывал, что потерпевший избивал его постоянно «чем попало», при этом наиболее ощутимыми были 3 травмы головы: примерно за 1,5 месяца до правонарушения – удар багром по голове, к середине июля – табуретом по голове (ударил «особенно сильно»), третий раз получил травму головы при повторных ударах палкой примерно за час до совершения убийства. Сообщал, что после перенесенных травм испытывал головную боль, ходил «как пьяный», восприятие окружающего «было нечетким», неоднократно терял сознание при физической нагрузке, стал плохо переносить жару, духоту, легко уставал, иногда плохо спал по ночам, настроение было сниженным. Признавался, что злоба к потерпевшему «понемногу накапливалась», однако о расправе с ним никогда не думал, потому что «вообще человек незлобный, мирный». Описывал плохое самочувствие перед правонарушением: неважно спал ночью, «было плохо с едой», ощущал усталость, поскольку работали долго без перерыва, на жаре. После очередного удара по голове, который воспринял как всегда, «обычно», обида была «немного больше, чем раньше», а после грубых нецензурных слов и заявления: «Иди работай!» («как бы отмахнулся от меня»), сделал 1–2 шага в сторону, затем подошел к Э., занес топор над головой («специально в голову не бил, просто она торчала из веток»). Ссылался на запоминание своих дальнейших действий, говорил, что не знает, сколько ударов нанес, «очнулся» в лесу примерно в 15–20 метрах от места убийства, подошел к Э. и «сел неподалеку», испытывал полное безразличие к окружающему. После слов сослуживцев: «Что ты наделал?», «вроде появилось чувство вины», но в большей степени оставалось безразличие, «все было как в тумане», не понимал, что произошло, окончательно пришел в себя через месяц.

Во время беседы высказывал сожаление по поводу гибели потерпевшего, заявлял, что его «преследует эта картина: голова в ранах», говорил, что с происшедшим в армии «надо было что-то делать», но он «сделал не так», не мог понять, «насколько должен был наказать обидчика». Отмечал изменения в своем характере за последнее время, после происшедшего: перестал быть «маменькиным сыночком», научился противостоять агрессии окружающих. Жаловался на периодическую головную боль, особенно беспокоящую при перемене погоды. К своему будущему был равнодушен: «как будет, так и смирюсь».

В отделении поведение Д. в течение всего периода пребывания на экспертизе было упорядоченным, настроение – ровным. Был общителен, вежлив, исполнителен. Беспокоился о родных, был рад получению посылки из дома, угощал всех испытуемых. Сроками и результатами экспертизы не интересовался. Каких-либо приступов с потерей сознания, продуктивной симптоматики у него не наблюдалось. Мышление было последовательным, логичным, суждения – несколько поверхностными, незрелыми. Интеллект был сохранен, эмоциональные реакции – адекватными. Критические функции нарушены не были. *При экспериментально-психологическом исследовании существенных изменений со стороны памяти, мышления, внимания, умственной работоспособности не отмечалось.* Уровень интеллектуального развития в целом достаточный, соответствовал полученному образованию. Выявлялись такие личностные особенности Д., как избирательная общительность, конформность установок, стремление к опосредованным формам поведения в сочетании с ранимостью, чувствительностью к средовым воздействиям, склонностью к фиксациям на негативных переживаниях с их внутренней переработкой и нежеланием делиться ими с окружающими. Комиссия пришла к заключению, что Д. *обнаруживает остаточные явления перенесенных повторных травм головы с некоторыми изменениями со стороны психики.* Ему было рекомендовано применение ст. 22 УК РФ, а также принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра. Обоснование применения ст. 22 УК РФ было сделано следующим образом: *«в период времени, относящийся к инкриминируемому деянию, Д. находился в состоянии эмоционального напряжения, вызванного длительной психотравмирующей ситуацией с накоплением аффекта в связи с неправомерными действиями потерпевшего, и в подостром периоде перенесенных повторных черепно-мозговых травм, что во время совершения инкриминируемого ему деяния лишило Д. возможности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими».* Одновременно было указано, что *в момент правонарушения Д. находился в состоянии физиологического аффекта, это обосновывалось в соответствии с традиционными критериями (трехфазность динамики: кумуляция эмоционального напряжения, аффективный взрыв с аффективной суженностью сознания, постаффективная апатия, безразличие).*

В данном случае не вызывает сомнения тот факт, что актуальная криминальная ситуация повлияла на поведение Д. при совершении им правонарушения, что в тот момент у него имело место особое аффективное состояние, значимое при оценке способности обвиняемого к произвольной регуляции своего поведения (с точки зрения волевого критерия вменяемости). Однако сосуществование в одном заключении выводов о физиологическом аффекте и ограниченной вменяемости, на наш взгляд, неправомерно. Такая практика «параллельного» заключе-

ния при решении основного экспертного вопроса представляется несостоятельной, поскольку в этих случаях имеет место своего рода дублирование алгоритма обоснования заключения, а главное – обоснование по существу разных с правовой точки зрения норм при ответе на один и тот же вопрос о вменяемости.

Наличие таких очевидных предпосылок, как особая «органическая психика», длительная субъективно значимая ситуация, особое аффективное состояние обвиняемого на момент совершения правонарушения, соответствующее критериям физиологического аффекта, в данном случае облегчает работу психиатра-эксперта и, с нашей точки зрения, объективно отражает суть экспертной проблемы. Альтернативным (при отсутствии достаточных критериев диагностики физиологического аффекта) могло быть решение о признании Д. ограниченно вменяемым, но не решение типа: «...оказало существенное влияние», которое является неопределенным по своим правовым последствиям, а главное – не соответствующим адекватной оценке настоящей экспертной ситуации.

Представляется, что при судебно-психиатрической квалификации подобных аффективных состояний в рамках комплексной психолого-психиатрической экспертизы могут быть выделены следующие варианты экспертных решений: 1) квалификация состояния как физиологического аффекта (неполная возможность сознательной регуляции своего поведения); 2) признание лица ограниченно вменяемым (неполная возможность сознательной регуляции своего поведения); 3) констатация у него эмоционального напряжения, «оказавшего влияние на его поведение». Эти варианты отличаются не только дифференцированной трактовкой юридического критерия, но и своими принципиально различающимися правовыми последствиями:

– квалификация правонарушения соответствующими статьями (ст. ст. 107, 113 УК РФ), предусматривающими иные санкции при первом варианте экспертных решений;

– при втором варианте – смягчающее вину обстоятельство в соответствии со складывающейся судебной практикой (имеющаяся в этом случае информация весьма противоречива и недостаточна);

– отсутствие практически каких-либо правовых последствий при констатации возможного «влияния эмоционального состояния на поведение».

Что же касается заключения об ограниченной вменяемости, то эта самостоятельная правовая категория не может сосуществовать с квалификацией состояния субъекта в рамках физиологического аффекта, однако для его обоснования приемлемы результаты психологического исследования.

Приведенное наблюдение свидетельствует о необходимости разработки адекватных методик экспертизы аффективных состояний, интеграции возможностей патопсихологического и психопатологического методов исследования с учетом ст. 22 УК РФ.

С.В. Данилова, А.П. Ульяненко

Ограничение способности к осознанно-волевому поведению при аффективных реакциях²³

В практике судебно-психиатрической экспертизы аффективные реакции, возникающие в ответ на фрустрирующие ситуации, встречаются очень часто. Многие исследователи подчеркивали, что в генезе психогенных расстройств наряду с предшествующей астенизацией, а также интенсивностью и личностной значимостью психотравмирующей ситуации большое значение имеют индивидуально-психологические особенности. В.Н. Мясищев (1960) отмечал, что психическая травма становится психотравмирующей, если касается значимых сторон личностной адаптации. Н.К. Шубина и Н.И. Фелинская (1970) подчеркивали, что каждому типу личности соответствует определенный «патогенный фактор внешней среды».

По мнению Ю.М. Антоняна и В.В. Гульдана (1991), для возникновения аффективных реакций в длительных психотравмирующих ситуациях имеют значение такие особенности личности, как склонность к накоплению отрицательных переживаний, неспособность к разрешению конфликта. При острых психогениях аффективной реакции способствуют недостаточная устойчивая самооценка, неспособность к быстрому принятию решений в сложной ситуации, а по мнению Н.Е. Бачерикова (1989) – уровень притязаний и самооценка личности. Автор подчеркивает, что у лиц с чертами возбудимости в стрессовой ситуации преобладает гнев с чертами демонстративности – «реакции с рыданием и плачем», у стеничных – борьба против виновников, у тревожно-мнительных – состояние беспомощности. По данным О.А. Киселева и С.П. Романова (1996), аффективные реакции возникали в ответ на пролонгированную психотравмирующую ситуацию, характеризовались большей склонностью к кумуляции аффекта, интровертированностью, сензитивностью, сниженной самооценкой, выраженной тревожностью и неуверенностью в себе, склонностью к субдепрессивным состояниям, нерешительностью, пассивностью в конфликтных ситуациях. Для подэкспертных, аффективные реакции которых возникали в ситуации острой психогении, свойственны менее выраженная тревожность, директивность, аффективная неустойчивость, в то же время их отличают хороший уровень самоконтроля, целеустремленность.

А.В. Андрищенко (1999), Р. Gorman (1993), Н. Irwin (1995), С. Hughes-Hammer et al. (1998) указывали, что психогенный комплекс формируется на основе адекватного для данного характера переживания и «черт созависимости в структуре преморбидной личности». Под понятием «созависимость» авторы понимали латентный патологический радикал, впервые проявляющийся в реакции личности на психическую травму и выявляющий аномальные конституциональные свойства. С учетом вышесказанного представляет интерес следующее наблюдение.

Подэкспертный К., 1974 г. р., обвиняется в убийстве любовника жены. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В раннем развитии от сверстников не отставал, детские инфекционные заболевания перенес без осложнений. Обучение в общеобразовательной школе начал в возрасте 7 лет, успеваемость была хорошей. По характеру формировался общительным, целеустремленным, прямолинейным, настойчивым в достижении поставленной цели, легко возбудимым, честным. Увлекался вольной борьбой, парусным спортом, биатлоном. Окончил 11 классов, поступал в мореходное училище. С 1992 по 1994 гг. служил в морской

²³ Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 45. – М., 2007.

пехоте. После возвращения окончил финансово-экономический техникум. Работал слесарем, в гражданском браке состоял на протяжении трех лет. После того как узнал, что жена изменяет ему, сильно переживал, «резал себе вены», вскоре «ушел» от нее. В 2000 г. заочно окончил юридический факультет. В 2002 г. перенес травму головы и перелом ребра в результате дорожно-транспортного происшествия. В этом же году познакомился со своей будущей женой, у них «начался бурный роман», «по ее настоянию» переехал жить к ней, они официально оформили отношения, купили квартиру. Отношения с женой были нормальные. Работал в автосервисе охранником. Затем стал заниматься юридическим сопровождением сделок с недвижимостью. За период работы зарекомендовал себя квалифицированным специалистом, стремился к повышению профессионального уровня. С марта 2004 г. у К. появились мысли, что жена ему изменяет, так как стала ходить на тренировки и поздно возвращалась домой. Чувствовал, что она «охладела» к нему. Видел, как она в машине целовалась с мужчиной. В мае 2004 г. пытался с ней поговорить и наладить отношения. Во время объяснения она «вспылила и ушла жить к родителям». В это же время узнал, что жена снимает комнату в садовом товариществе. К. обвиняется в том, что в июле 2004 г. около 23 часов, застав жену с предполагаемым любовником во время интимных отношений, нанес пять ножевых ранений мужчине, от которых тот скончался на месте. Также К. угрожал убийством своей жене, причинил ей телесные повреждения в виде ушибов и ссадин, не повлекшие вреда здоровью. После содеянного К. пришел на пост ГИБДД, где сообщил, что около четырех месяцев тому назад его жена к нему охладела. Рассказал, что в день происшедшего узнал, что жена находится на даче у «любовника», который является ее тренером. Приехав на дачу, застал жену во время интимных отношений, начал стыдить их, в ответ они стали кричать, чтобы он не мешал их отношениям. Мужчина стал его активно выталкивать из дома, бить в грудь, угрожая убийством. К. описывал, что после этого началась драка, при этом затруднялся пояснить, откуда взялся нож и сколько ударов он нанес потерпевшему. Помнил, как потерпевший «падал», жена выбежала из дома с криками о помощи. В ходе следствия К. подробно рассказал, что у него с женой стали реже интимные отношения, чаще упоминался в разговорах тренер – предполагаемый любовник. К. сильно переживал. Узнав, что жена с тренером часто бывают в дачном поселке, стал следить за ними.

В день правонарушения К. с женой собирались отмечать годовщину свадьбы, а жена «пропала», тогда он поехал на дачу и «застал их там». Пытался пристыдить, но они в ответ оскорбляли, после чего «помутнело в глазах, завязалась драка», «разбили стекло окна», «почувствовал боль в руке», «от этого немного пришел в себя». Увидел, что потерпевший стоял возле стены, что-то кричал, стал идти навстречу. Жена тоже кричала, била его руками. В этот момент потерпевший упал на пол, К. увидел у него на груди следы крови. Пытался оказать первую помощь, увидел у себя в руках нож. Не признавал свою вину в угрозе убийством жене.

Жена К. показала, что с потерпевшим у нее были «чисто дружеские отношения», хотя в день правонарушения он действительно лежал на диване полуобнаженный. После того как К. поругался с потерпевшим и нанес ему ножевые ранения, он несколько раз хватал ее за волосы, тащил по ковру с ножом в руке, кричал: «Убью тебя».

Знакомые К. показали, что его жена неоднократно намеревалась прервать отношения с К. и жить с потерпевшим в браке. Родственники К. показали, что на протяжении последних трех месяцев он ревновал жену, подозревал и обвинял ее в измене.

В ходе следствия К. был госпитализирован в психиатрическую больницу. Во время обследования был полностью ориентирован, жаловался на «голоса», которые «заставляют делать плохое», высказывал мысли о самоубийстве, пытался повеситься, отмечал пониженное настроение и пустоту в душе, объясняя это размолвкой с женой. Расстройств мышления не обнаруживал. Мнестико-интеллектуальной патологии не выявлялось. Состояние К. было расценено как «симулятивное установочное поведение».

В ходе следствия К. был стационарно освидетельствован в психиатрической больнице, где во время обследования был доступен контакту, на вопросы отвечал по существу. Отмечались сниженное настроение, замедленное по темпу мышление, эмоциональная лабильность. Комиссия пришла к заключению, что К. психическим расстройством не страдает. В момент совершения правонарушения он находился в состоянии физиологического аффекта.

К. была назначена повторная СПЭ, которая была проведена в другом составе экспертов. Во время проведения экспертизы К. был полностью ориентирован, доступен контакту, внешне опрятен, эмоционально лабилен, заметно волновался, отводил взгляд в сторону. Жаловался на периодические головные боли, слабость, быструю утомляемость, нарушение сна. Анамнестические сведения излагал в хронологическом порядке. На вопросы отвечал подробно, по существу. Мышление было последовательным. Понимал противоправность и наказуемость инкриминируемого ему деяния, критически оценивал сложившуюся ситуацию. Комиссия пришла к заключению, что К. психическим расстройством не страдает. В момент совершения правонарушения он не находился в состоянии аффекта, а был в состоянии высокого эмоционального напряжения. В ходе судебного заседания психологи-эксперты дали разъяснение, что их выводы не совпадают из-за различной оценки эмоционального состояния в момент правонарушения. Для устранения противоречий в заключениях психологов-экспертов государственным обвинителем было заявлено о назначении повторной стационарной комплексной психолого-психиатрической экспертизы в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского.

При обследовании в Центре установлено следующее. <...> *Заключение терапевта:* «Вегетососудистая дистония по кардиальному типу. Хронический гепатит». <...>

Заключение невропатолога: «Нерезко выраженная очаговая микросимптоматика резидуального характера. Синдром вегетативной неустойчивости».

Психическое состояние. К. полностью всесторонне ориентирован, цель экспертизы понимает. При поступлении в Центр держался несколько настороженно. Впоследствии стал держаться более свободно, улыбался при виде врача, анамнестические сведения сообщал последовательно. Мимика живая, во время беседы активно жестикулировал. Себя называет ревнивым человеком. Сообщал, что за полгода до происшедшего заметил изменения в поведении жены, когда она стала посещать тренажерный зал и «охладела»

к нему. Говорит, что в первое время пытался этого не замечать, искал всему объяснение. Затем узнал, что она снимает комнату на даче у тренера, пытался выяснить отношения, сильно переживал сложившуюся ситуацию, так как его сильно «задевало», что жена ему может изменять. Поясняет, что ему трудно пережить измену, и ранее, еще до женитьбы, «резал вены», когда узнал, что его девушка ему изменила.

В отношении содеянного сообщал, что в день происшедшего договорился со своей женой, что она приедет отметить годовщину их свадьбы. Ждал ее, а так как она не появилась и не позвонила, поехал на дачу, где жена снимала комнату у тренера. Приехал на такси около 22 часов. Вошел в дом, так как все двери были открыты. Услышал, что на втором этаже работал телевизор. Поднимаясь по лестнице, слышал стоны. Войдя в комнату, увидел, как его жена и предполагаемый любовник «занимались сексом».

Увидев его, жена вскочила с кровати, потерпевший подошел и ударил его кулаком в лицо, после чего почувствовал «ком в горле, нехватку воздуха», «пол под ногами плыл, как на качке корабля», увидел «вспышку, как фейерверк». Далее ничего не помнил. Пришел в себя от боли в руке, «голова гудела, в ушах был шум, все плыло перед глазами». Затем постепенно «предметы стали четче, как резкость в фотоаппарате навели». Увидел у себя на руке кровь, слышал крик жены, «как будто выходил из тоннеля». Увидел в руке нож, удивился: «Почему потерпевший лежит на полу?» Слышал, как жена кричала про убийство, старался оказать потерпевшему помощь, после чего «понял, что убил его».

Ощущал безразличие, закурил, пытался сообразить, что делать. Стал по мобильному вызывать «скорую», не было связи. Пошел в сторожку, сказал, что произошло убийство, нужно вызвать милицию. Затем остановил машину и доехал до ближайшего отделения милиции, где рассказал, что убил человека. Пояснял, что в милиции его приняли сначала за пьяного, так как он «шатался на ногах», «чувствовал слабость, вялость», в камере быстро «отключился». Сожалел о случившемся. Пояснял, что телесные повреждения, выявленные у жены, появились в результате ее падения с лестницы, отрицал свою причастность к ее избиению. Отмечались последовательность мышления, сохранность памяти, эмоциональная лабильность, легкость возникновения реакций раздражения, снижение критики к своему состоянию в период содеянного. В отделении режим не нарушал, общался с соседями по палате. Был озабочен сложившейся судебной-следственной ситуацией.

При экспериментально-психологическом исследовании выявлена способность к выполнению основных мыслительных операций с использованием практически значимых признаков объектов. Мышление с тенденцией к конкретности. Ассоциативные образы конкретные, несколько формально отражающие содержание и эмоциональный подтекст понятий. Память в пределах невысокой нормы. Темп выполнения заданий достаточный. Отмечены несколько повышенная утомляемость, некоторая демонстративность поведенческих проявлений с легкостью возникновения протестных, оппозиционных реакций и тенденцией к недостаточно продуманным поступкам. Подэкспертного отличают высокий уровень активности, завышенная самооценка с переоценкой своих возможностей в разрешении сложных ситуаций при некоторых трудностях их конструктивного разрешения и недостаточным учетом препятствующих обстоятельств.

Ему свойственны эгоцентризм, ригидность, обидчивость, повышенная чувствительность к оценкам собственной личности, требовательное и критическое отношение к окружающим, настойчивость в достижении желаемого без достаточного учета интересов окружающих, их чувств и переживаний. Для К. характерна эмоциональная неустойчивость с легкостью возникновения реакций раздражения, вспыльчивости, с преобладанием непосредственных форм реагирования и последующим перекладыванием вины и ответственности за содеянное на обстоятельства и окружающих.

Психологический анализ материалов уголовного дела, данные направленной беседы с подэкспертным позволяют сделать вывод о том, что в момент совершения инкриминируемых ему деяний он не находился в состоянии аффекта; об этом свидетельствует отсутствие характерной трехфазной динамики протекания эмоциональных реакций – у К. не было специфических изменений сознания, восприятия, отмечался достаточно целостный охват ситуации, с переключением с одного вида деятельности на другой.

Комиссия пришла к заключению, что в период, относящийся к инкриминируемому деянию, у К. выявлялись *признаки психического расстройства в форме острой реакции на стресс* (F43.0, по МКБ-10).

При анализе данного наблюдения следует отметить, что личность подэкспертного характеризуется стеничными чертами характера с преобладанием повышенного уровня активности, завышенной самооценкой с переоценкой своих возможностей, настойчивостью и упорством в достижении желаемого, требовательным отношением к окружающим, эмоциональной неустойчивостью с легкостью возникновения оппозиционных реакций и формированием доминирующих идей в психотравмирующей ситуации. Период, предшествующий инкриминируемому деянию, характеризовался неблагоприятными для подэкспертного внутрисемейными межличностными отношениями (длительные конфликтные взаимоотношения с женой, переживания по поводу ее возможной неверности), что сопровождалось субдепрессивным настроением, формированием доминирующих идей ревности с последующим повышением индивидуальной уязвимости. В дальнейшем у подэкспертного в условиях острой психогении (застал жену с предполагаемым любовником) возникло эмоциональное возбуждение, сопровождавшееся аффектом гнева, с сужением поля сознания, агрессивными действиями, иллюзорным восприятием окружающего, неадекватным реагированием на внешние раздражители, последующей частичной амнезией произошедшего и недостаточной критической оценкой своего состояния.

Указанное психическое расстройство лишало К. в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (ст. 22 УК РФ), ограничивая рефлексивную функцию сознания (Кудрявцев, 1999), нарушая адекватность восприятия действий и способность к произвольной регуляции поведения.

В данном случае можно говорить о «паритетном влиянии личностного и ситуационного факторов» (Васянина, 2002), когда экспертное решение учитывает взаимодействие личностных расстройств с конкретной фрустрирующей ситуацией, а также «степень интенсивности эмоционального реагирования».

Приведенное наблюдение показывает, что острая реакция на стресс, развившаяся под влиянием личностных факторов, существенно ограничивает саморегуляцию поведения и детерминирует противоправные действия.

Литература

Андрющенко А.В. и соавт. Шизофренические реакции как клинически гетерогенное состояние (к проблеме «болезненной зависимости») // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра / Под ред. А. Б. Смулевича, 1999.

Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. – М.: Наука, 1991.

Васянина В.И. Клинико-социальная характеристика и судебно-психиатрическая оценка расстройств личности у женщин, совершивших агрессивные криминальные действия: Дис... канд. мед. наук. – М., 2002.

Киселева О.А., Романов С.П. О некоторых личностных предпосылках разрушительных действий вследствие реакции на стресс//Социальная и судебная психиатрия: история и современность (материалы юбилейной конференции)/ Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 1996. – С. 314–316.

Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза: Научно-практ. руководство. – М.: Моск. университет, 1999.

Мясищев В.Н. Личность и неврозы. —Л., 1960.

Hughes-Hammer C, Martsolf D.S., Zeller K.A. Depression and codependency in women //Arch Psychiatr. Nurs., 1998; Dec; 12(6): 324–326.

Gorman P. Codependency explored: a social movement in Search of definition and treatment // Psychiatry Q, 1993. Summer; 64(2): 199–212.

Irwin H. Codependence, narcissism and childhood trauma // J. Clin. Psychol., 1995; Sep; 51(5): 658–665.

**Е. С. Андреева, С.В. Голуб, Е. Г. Дозорцева,
Е. В. Макушкин, Д.С. Ошевский**
**Об особенностях комплексной оценки
аффекта у несовершеннолетних обвиняемых²⁴**

В практике проведения КСППЭ несовершеннолетних вопросы, касающиеся особенностей эмоционального состояния подэкспертного в момент совершения общественно опасных деяний, задаются судебно-следственными органами достаточно часто. Это связано с тем, что констатация аффекта существенно влияет на определение ответственности обвиняемого и смягчает его наказание. Кроме того, уголовная ответственность по ст. ст. 107 (убийство, совершенное в состоянии аффекта) и 113 (причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью в состоянии аффекта) наступает с 16 лет. Лица младше данного возраста вообще не подлежат уголовной ответственности. Однако квалификация аффекта в соответствии со ст. ст. 107 и 113 УК РФ у подростков встречается очень редко. Так, в отделении психиатрических экспертиз детей и подростков ГНЦ ССП им. В.П. Сербского с 1997 (принятие нового УК РФ) по 2005 г. состояние аффекта констатировалось всего в пяти случаях. Данное обстоятельство обусловлено возрастными особенностями психического развития подростков. В этот онтогенетический период человеку свойственны неустойчивость эмоций, склонность к непосредственному эмоциональному отреагированию возникающего психического напряжения даже по незначительным поводам. Кроме того, еще недостаточно сформированными остаются личностные механизмы волевой регуляции эмоций. В связи с этим характер эмоциональных реакций у подростков отличается от аналогичных проявлений у взрослых, на которые указано в «Судебно-психологических экспертных критериях диагностики аффекта у обвиняемого» (2004). Немногочисленные случаи диагностики аффекта у несовершеннолетних обвиняемых демонстрируют его отличительные особенности по сравнению со взрослыми. Аффективное состояние у подростков возникает, как правило, не в результате единичного воздействия, а вследствие пролонгированной психотравмирующей ситуации (насилие и жестокое обращение в семье, систематические издевательства со стороны сверстников и др.), которая не находит своего конструктивного разрешения. Аффект часто развивается при воздействии дополнительных негативных факторов, например, черепно-мозговой травмы. Динамика протекания аффективных реакций также имеет свою специфику. Если у взрослых после первых двух фаз (доаффективной и аффективного взрыва) в большинстве случаев отмечаются явления физической и психической астении (третья стадия), то у подростков на выходе из аффективного состояния чаще всего встречается дезорганизация как психики, так и поведения.

Указанные особенности следует учитывать при производстве КСППЭ эмоциональных состояний у несовершеннолетних. Для иллюстрации этих положений представляется данный случай.

Подэкспертная К., 17 лет, обвинялась в убийстве своего отчима; дважды была амбулаторно освидетельствована в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского летом 2004 г. Ее наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Является единственным ребенком у матери; родилась от первых нормально протекающих беременности и родов. Раннее физическое и нервно-психическое развитие соответствовало возрасту. В 5 месяцев был диагностирован «левосторонний гемисиндром». Росла спокойным,

²⁴ Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 43. – М., 2005.

«чувствительным» ребенком, в детстве боялась темноты, однократно при засыпании отмечались гипнагогические галлюцинации. Когда под экспертной было 4 года, ее родители развелись, на развод она отреагировала спокойно. В этот период, с 4-х до 5-ти лет, проживала с бабушкой и дедушкой. В 7 лет была определена в школу с углубленным изучением английского языка. Училась легко, в основном на «хорошо» и «отлично», на уроках была внимательна, всегда стремилась к хорошим результатам; с одноклассниками и учениками других классов поддерживала дружеские отношения, с преподавателями была вежлива, корректна, приветлива. Во время обучения в младших классах проживала с матерью, отчимом (вторым мужем матери) и сводной сестрой, отношения с которыми были доброжелательными, неконфликтными. 1998 год (в возрасте 11 лет) подэкспертная провела за границей с бабушкой и дедушкой, где обучалась в русскоязычной школе.

Когда вернулась в Москву, ее мать уже проживала с новым мужем, потерпевшим Я. – человеком, судимым за хулиганство, состоящим на профилактическом учете с диагнозом «Наркоман, транквилизаторы внутрь». Он часто менял место работы и профиль деятельности, характеризовался неуравновешенным, вспыльчивым, склонным к злоупотреблению спиртными напитками, неуправляемым и агрессивным в состоянии опьянения. К. стала проживать с матерью и отчимом, которого по просьбе матери сразу стала называть «папой». Отношения в семье в этот период, по словам подэкспертной, «развивались нормально», несмотря на то что Я. иногда позволял себе циничные высказывания в отношении падчерицы. Тогда же К. проходила плановый медицинский осмотр, при котором неврологом было вынесено заключение: «Здорова».

С 2001 года поведение потерпевшего «резко изменилось»: он мог избить жену и падчерицу по незначительному поводу, в состоянии опьянения «систематически издевался» над ними, «не давал спать», закрывая пальцами нос. Такое поведение Я. все продолжалось, а у матери подэкспертной, по ее словам, «не хватало духа развестись», так как она «любила его», «боялась остаться одной» и поэтому «терпела все неприятности». Подруга испытуемой (ее ровесница) отмечала, что в состоянии опьянения Я. был агрессивным, подсаживался к ней и К., обнимал, «при этом задавал дурацкие вопросы», «мог просто так накричать» на падчерицу. Девушка неоднократно видела у К. кровоподтеки в области шеи и живота, однако говорить об их происхождении та не любила. Дядя подэкспертной также указал, что видел на руках племянницы синяки после ее возвращения из дома, а однажды она вернулась с вывихом руки, причину которого называть отказалась.

Весной 2003 года Я. избил испытуемую ногами, когда она пыталась заступиться за свою мать. После этого К. переехала жить к своему деду, была определена в новую школу, где с удовольствием принимала участие в общественной жизни, ходила с классом в театр, участвовала в конкурсах. В старших классах пыталась писать стихи и эссе, активно готовилась к поступлению в институт, серьезно занималась на подготовительных курсах. По окончании школы (летом 2004 года) К. за особые успехи в изучении информатики и за активное участие в общественной жизни школы была награждена грамотами. На учете у нарколога и психиатра она не состояла, к уголовной и административной ответственности ранее не привлекалась. После выпускного вечера в школе 26.06.04 г. К. по просьбе матери переехала

жить к ней, где стала готовиться к вступительным экзаменам в МГУ на экономический факультет, благополучно сдала один из экзаменов. 03.07.04 г. испытуемая пришла в гости к своей подруге и рассказала ее матери, что отчим в последнее время «как-то непонятно пристаёт с намеком к сексуальным отношениям», хватал за грудь, ягодицы, на что свидетель посоветовала девушке ничего не говорить матери, «вернуться к бабушке». Однако К. осталась жить с матерью и отчимом.

Из материалов уголовного дела известно, что 08.07.04 г. в 22.50 в квартиру, где проживала К., прибыла бригада «скорой медицинской помощи». Дверь, по словам врача и фельдшера, открыла женщина, которая вела себя «умеренно адекватно, была возбуждена, расстроена», сказала, что ее муж «сам себе нанес ножевое ранение в грудь в состоянии аффекта» после ссоры с ней и дочерью. При судебно-медицинской экспертизе трупа было обнаружено колото-резаное ранение груди слева, проникающее в левую плевральную, брюшную полости и полость сердечной сорочки со сквозным ранением перикарда, левого желудочка сердца и повреждением диафрагмы (длина раневого канала 7,4 см). При судебно-химическом исследовании в крови и моче трупа этиловый, метиловый и пропиловый спирт выявлены не были.

Мать подэкспертной, указывая в первых объяснениях на то, что ее муж сам нанес себе ножевое ранение, в последующих показаниях сообщила, что 08.07.04 г. она помогала дочери готовиться к поступлению в ВУЗ. Примерно в 20.00 пришел Я., спросил, почему в ванной течет вода из трубы. Дочь ответила, что мама занята, что ее «не надо травмировать», просила, чтобы он сам разобрался с этим вопросом и не мешал готовиться к экзаменам. На это Я. стал грубить подэкспертной. К. сказала ему, чтобы он «прекратил приставать к матери и перестал залеживаться на кровати, ничего не делая дома», после чего мужчина подошел к падчерице с угрозами в ее адрес. Подэкспертная, по словам матери, сказала, что «он для нее не авторитет, что она помнит все, когда он ее избивал на полу ногами». После этих слов Я. начал хватать девушку за руки, та пыталась освободиться, они боролись между собой, потом испытуемая вырвалась и убежала на кухню, куда с угрозами проследовал ее отчим. Через некоторое время мать услышала «какой-то возглас мужа». Зайдя на кухню, увидела, что «дочь стоит испуганная, в руках у нее... нож... муж держался рукой за грудь». Мать спросила, что произошло, дочь ответила: «Вот до чего он меня довел!» Бросив нож в сторону раковины, она побежала к выходу.

Свидетельница П. (мать подруги подэкспертной) сообщила, что 08.07.04 г. примерно в 23.00 раздался звонок в дверь, открыв которую она увидела подэкспертную. Девушка, по словам свидетельницы, «была заплаканная, дрожала – ее всю трясло, заикалась, взгляд был потерян, и она не могла точно сформулировать, что она хочет выразить», от предложения войти отказалась. Заведя испытуемую в квартиру, свидетельница несколько раз спросила ее, что произошло. Девушка плакала, затем «дрожащим голосом ответила, что что-то сделала папе», на вопрос, что именно она сделала, ответила, что не помнит, затем сообщила, что «ударил ножом папу... один раз, а куда, не помнит»; не смогла пояснить, как нож оказался у нее в руках. Испытуемая выпила предложенный ей глицин и нозепам, через некоторое время успокоилась, но плакать не переставала. Подруга подэкспертной отметила, что К. «была перевозбуждена, голос ее дрожал, говорила невнятно», плакала, через некоторое время успокоилась. К. сообщила ей, что отчим

снова очень сильно побил ее, что ссора с потерпевшим началась из-за неисправного крана, ее замечание привело отчима «в бешенство», он «начал к ней приставать, таскать ее за волосы, избивать», после чего она «оказалась на кухне», «откуда у нее оказался в руках нож, вспомнить не смогла». Сказала, что «бросила нож и побежала», «оказавшись на улице, не знала, куда пойти, и некоторое время бродила по улице». Жаловалась на сильные головные боли, говорила, что ее может «стошнить»; ночью «постоянно просыпалась, дергалась во сне, спала беспокойно». Утром 09.07.04 г. примерно в 7.00 испытуемая, по словам свидетелей, «уже не спала, лежала и дрожала», на вопрос свидетельницы П. о ее самочувствии ответила, что «ей плохо, но она очень переживает о случившемся, что надо позвонить и узнать о состоянии папы и что ей надо ехать в милицию».

09.07.04 г. в 11.35 был оформлен протокол явки с повинной подэкспертной. В 12.30 того же дня испытуемая была допрошена в качестве подозреваемой, сообщила о предшествующих сложных взаимоотношениях с отчимом, а также подробно описала обстоятельства происшедшего. Рассказала, что 08.07.04 г. она с матерью готовилась к сдаче вступительного экзамена в МГУ. В 20.00 пришел отчим и стал в большой комнате смотреть телевизор, сделав «значительную громкость». На ее просьбу убавить звук Я. сделал потише, «огрызнувшись при этом». Затем потерпевший спросил телефон ЖЭКа. Она ответила ему, чтобы он сам решал подобные вопросы. Я. «отреагировал агрессивно», оскорбил ее словесно, сказал, что «открутит ей голову». После этого она собиралась уйти из квартиры. В прихожей дорогу преградил отчим, схватил ее за волосы и дал пощечину. В этот момент мать заслонила Я. своим телом, а она (К.) спряталась на кухне, куда вскоре вбежал отчим и ударил ее рукой по голове и затылку. Когда Я. стал замахиваться снова, К. «осознала реальную угрозу, страх за свою жизнь», пыталась уворачиваться от ударов отчима, не помнит, что именно в тот момент говорил ей Я., а также «точку приложения силы», по-видимому, «в этот момент взяла со стола кухни нож и нанесла им удар потерпевшему». Пояснила, что вышеописанное произошло в интервале между 21 и 22 часами, точное время назвать затруднялась.

10.07.04 г. испытуемая была доставлена в ГКБ № 7, был поставлен диагноз: «Сотрясение головного мозга». Амбулаторно была назначена симптоматическая терапия (пираретам, димедрол, пенталгин, валериана). 13.07.04 г. допрошенная в качестве обвиняемой К. повторила сказанное ранее. 14.07.04 г. подэкспертная поступила на стационарное лечение в неврологическое отделение ЦКБ Московского Патриархата. На ЭЭГ от 15.07.04 г. у нее выявлялись «на фоне умеренных диффузных изменений – признаки поражения неспецифических срединных структур мозга». 23.07.04 г. К. была консультирована психотерапевтом. Отмечались сниженный фон настроения, эмоциональная лабильность. Предъявляла жалобы на беспокойный, тревожный сон (раннее пробуждение), плаксивость, апатию, общую слабость, говорила, что ее иногда «шатает при ходьбе». О стрессовой ситуации говорить не хотела. Плакала, как только речь заходила о маме, доме.

Поставлен диагноз: «Тревожно-депрессивное расстройство на стресс», назначены психофармакотерапия (дормикум, феназепам, amitriptilin), а также симптоматическая терапия. 11.08.04 г. была выписана из стационара «по настоятельной просьбе больной» с диагнозом: «Закрыва

черепно-мозговая травма. Сотрясение – ушиб головного мозга легкой степени. Цервикальный синдром. Травма мягких тканей с раздражением и спазмом левой позвоночной артерии. Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу в вертебробазилярной системе. Ишемически-компрессионная левосторонняя плексопатия. Левосторонний скаленус синдром. Тревожно-депрессивное расстройство» с рекомендациями приема amitриптилина, феназепамы и кавинтона, наблюдения неврологом и психотерапевтом по месту жительства.

17.08.04 г. К. была амбулаторно освидетельствована комплексной психолого-психиатрической экспертной комиссией в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. Выявлялись признаки дизэмбриогенеза, на наружной поверхности правого предплечья – единичный поверхностный старый рубец от самопореза. На ЭЭГ – «умеренные изменения электрической активности мозга резидуально-органического характера, умеренная дисфункция срединных структур стволово-диэнцефального уровня с акцентом слева». По данным компьютерного картирования ЭЭГ, в передневисочном отделе левого полушария – зона преобладания негрубых органических знаков, возможно, травматического генеза, смешанный профиль функциональной межполушарной асимметрии с преобладанием левшества. Заключение невролога-консультанта: «Органическое поражение ЦНС сложного генеза (раннее, травматическое)».

В кабинет к психиатрам К. вошла неуверенной походкой, придерживаясь за спинки стульев. Сидела в напряженной позе, с прямой спиной, натягивала рукава кофты на кисти, пальцами «выдирала» заусенцы. Держала голову опущенной, на вопросы отвечала после длительных пауз, тихим голосом, без эмоциональной нюансировки, с пуэрильными интонациями. Обращала внимание, что практически постоянно испытывает головные боли, головокружение, периодически ее «шатает», «немеют руки и ноги», указывала, что «первое время после содеянного много ела, не могла остановиться, хотя аппетита не было», что до сих пор без лекарственных препаратов не может заснуть, не может читать, так как «буквы расплываются», «не может сосредоточиться». Появление данных расстройств связывала со сложившейся ситуацией, в которой больше всего «жалко маму» («всю жизнь ей поломала!»), тут же начинала плакать. Одновременно с этим достаточно быстро переключалась на другие темы, особенно если они не касались актуальной ситуации, при этом подробно рассказывала о себе, своих увлечениях, цитировала собственные стихи, однако вскоре вновь становилась понурой, спонтанно высказывала идеи самообвинения («разрушила маме семью»). При расспросе об инкриминируемом деянии замыкалась, становилась напряженной, монотонным голосом повторяла сказанное в процессе допросов. На попытку выяснить ее взаимоотношения с отчимом краснела, начинала дрожать, с трудом произносила, что ранее он с нее «пытался снять кофту», но «ничего не успел сделать».

При экспериментально-психологическом исследовании <...> на фоне особенностей актуального состояния в виде регрессивных тенденций, неустойчивости эмоций и поведения, сниженного настроения, психического напряжения и тревоги, обеспокоенности собственным будущим выявлялись признаки личностной дисгармонии испытуемой. Для нее были характерны высокий уровень притязаний, демонстративность, потребность в понимании

и принятии со стороны ближайшего окружения в сочетании с повышенной чувствительностью к внешним воздействиям, критическим замечаниям, сензитивность и ранимость в межличностном взаимодействии. Нерезко выраженные открытые внешнеобвиняющие и агрессивные реакции, стремление контролировать собственное поведение сочетались с трудностями нахождения конструктивных путей разрешения конфликтов и проблем, особенно в эмоционально насыщенных ситуациях. При исследовании интеллектуальной сферы выявлялась способность испытуемой к проведению мыслительных операций на категориальном уровне с опорой на практически значимые признаки объектов, к пониманию условного смысла, опосредованию. В то же время в отдельных случаях обнаруживалась актуализация поверхностных, наглядных, субъективно эмоционально окрашенных признаков предметов. В ассоциативной сфере отмечалась эмоционально ярко окрашенная проекция собственных ситуационных переживаний с признаками идей самообвинения, что свидетельствовало о возможных депрессивных тенденциях. Выявлялись колебания внимания и умственной работоспособности, признаки утомляемости к концу работы. Мнестические процессы были без нарушений.

В связи с отсутствием объективных сведений в отношении подэкспертной и потерпевшего экспертные вопросы в отношении К. решены не были. При последующем амбулаторном освидетельствовании (через 10 дней) экспертам были представлены запрошенные материалы, кроме того, была предоставлена возможность беседы с матерью подэкспертной в присутствии следователя. При повторном осмотре К. то сидела, сжавшись, в подавленной позе, внезапно начинала плакать, то, успокоившись, сосредотачивалась на беседе и отвечала на вопросы четко, то вела себя по-детски непосредственно, улыбалась адекватно теме разговора. В целом же фон настроения был ситуационно снижен, эмоциональные реакции были однообразными. На вопросы отвечала по существу, в плане заданного, подробно. Однако затруднялась вспомнить оценки, полученные в текущем году на выпускных экзаменах, соотнести различные события во времени (назвать дату выпускного вечера, переезда к матери и пр.). Относительно самочувствия поясняла, что ее по-прежнему периодически «тошнит и шатает», «трудно читать, сосредоточиться», часто забывает, что уже начала делать («поставила яйца варить и забыла»), отмечала остающееся «чувство тяжести за грудиной», пониженное настроение.

Несмотря на волнение в голосе, порой заикаясь, соглашалась, что отчим «практически ежедневно, просто так, без причины», особенно находясь в состоянии опьянения, избивал ее и маму, «орал без повода», «постоянно придирался», «огрызался», говорил, что она «ничего не умеет», у нее «руки не оттуда растут»; рассказывая об этом, называла потерпевшего «папой». Со слезами на глазах приводила пример, как за то, что разбила лак для ногтей, «папа избил ремнем, бил ногами». Также описывала «странности» в поведении отчима: был случай, когда он оставил включенными газовые конфорки (вдыхая, с обреченностью в голосе высказывала предположение: «Может, хотел нас всех убить»), а однажды в холодное время года ночью заходил в ее комнату и, сдернув с нее одеяло, открыл дверь на балкон, наряду с этим мог «душить» ее и мать подушкой, «насильно» фотографировал их с синяками после его избиений и «радовался этому». Сообщала, что от «папы»

сначала пряталась, закрывалась в комнате, но в последующем он «выбил все двери», поэтому «просто пыталась молчать на замечания и придирки», во время скандалов «убегала из дома», а когда избивал, закрывалась руками и просила: «Папочка, не бей меня, пожалуйста! Мне больно!» Причину нанесения пореза на предплечье объясняла тем, что в 2003 году, когда отчим бил особенно жестоко, «не могла терпеть боль», кричала, что убьет себя, а он прекратил избиение только тогда, когда порезала себе руку. После этого переехала к бабушке и дедушке, однако не переставала волноваться за мать, по ночам «мучили кошмары», в школе «не могла сосредоточиться».

На вопрос, почему после окончания школы не осталась и дальше жить у бабушки, с детскими интонациями в голосе пояснила: «Хотела быть с мамой, очень скучала по ней, думала, что все будет нормально, потому что мама говорила, что папа не пьет», а также потому, что «надо было заниматься с мамой подготовкой к вступительным экзаменам в ВУЗ». Сообщала, что после возвращения домой почувствовала, что почему-то «папа» стал еще хуже относиться к ней, чем раньше, «кричал по пустякам, мог по спине хлопнуть, дать пинка». После настойчивых расспросов, крайне неохотно, смущаясь, сообщила о том, что на протяжении последних двух лет отчим несколько раз «тискал» ее в коридоре, заходил в ванную, когда она мылась, мог ущипнуть за грудь, ягодицы. С дрожью в голосе говорила, что незадолго до случившегося «папа пытался снять» с нее кофту, «трогал за грудь», тогда «дико пугалась», допускала, «что если бы не пришла вовремя мама, могло произойти все, что угодно». После этого стала бояться возвращаться домой до прихода матери, находиться с отчимом наедине, так как он «стал относиться еще хуже», ничем тот случай не напоминал, однако стал «заметно нервничать» в ее присутствии. О том, как будет жить дальше, старалась не задумываться.

При расспросе о событиях правонарушения К. становилась подавленной, плакала, повторяла сказанное на допросах. Указывала, что на ее просьбу не мешать готовиться к экзаменам отчим «сильно разозлился», закричал: «Сейчас я откручу тебе голову, малолетка», начал бить по голове. Говорила, что дальнейшие события помнит сумбурно, отрывочно, помнит, как «мама увела его в комнату», как сама «стала быстро переодеваться, чтобы убежать из дома», испытывала сильный страх, «чувствовала, что может произойти все, что угодно»: «он мог избить, покалечить, даже убить». «Папа застал меня в коридоре, когда я надевала кеды, и ударил головой об стену, тянул за кофту, волосы, бил по голове, от удара в живот начала задыхаться, когда маме удалось его удержать, я побежала на кухню, чтобы спрятаться, через мгновение он вбежал, закричал: "Я убью тебя", начал сильно бить по голове, схватил за волосы...после его слов поняла, что живой не останусь, он таким никогда не был...лицо у него было страшное: глаза бешеные, его передергивало... я испытывала дикий ужас». Как в руках оказался нож, объяснить не могла, момент нанесения удара также не помнила, говорила, что «увидела в руке нож, на котором была кровь, бросила его», потерпевший «стоял напротив и что-то говорил», в этот момент «чувствовала себя плохо, в глазах мерцало, было больно на свет смотреть, в одних местах было темно, в других ярко, всю трясло», «не понимала, что произошло». Удивлялась, что не слышала лай собаки, которая всегда «бурно реагировала» на ссоры.

Бросилась к выходу, «хотелось быстрее убежать отсюда, скрыться, было страшно», не понимала, как оказалась у подруги, «отрывочно» вспоминала,

что «сильно бежала», бесцельно блуждала по дворам, «где-то сидела на бордюрике», окружающую обстановку не фиксировала. Не могла сказать, была ли на ней обувь, но отмечала, что через 2 дня после случившегося обнаружила, что ноги «сбиты в кровь, почти до мяса», удивлялась тому, что при этом «не чувствовала боли». Что происходило в доме подруги, также помнила «смутно»: «всю трясло, было страшно... давали пить чай, успокоительные таблетки, что-то спрашивали», когда легла спать, «слышала писк в ушах, шорох одеяла», «тошнило». Наутро чувствовала себя «плохо», по-прежнему тошнило, болела голова. По ее словам, «было ощущение, что что-то случилось, позвонила деду и спросила, все ли дома в порядке», после того как дед все рассказал, «не могла поверить в происходящее».

Отмечала, что после случившегося настроение «все время плохое», хочется плакать, ухудшилась память: «Сложные вещи помню, а элементарные вспомнить не могу». Сообщала, что первую неделю после случившегося ничего не могла есть, а потом «стала есть все подряд, пока живот до боли не раздувало», вкус еды «не замечала», если не было возможности поесть, «начинало трясти, поднималась паника»; «поправилась на 13 кг». Говорила, что до сих пор по ночам ее «мучают кошмары (все время разные), страшно спать одной»; чем бы ни занималась («бывает, само по себе»), начинает вспоминать, «как папа над нами издевается», его слова «я убью тебя», видит «картинку случившегося, которая всплывает из памяти», эти воспоминания «выкинуть из памяти» не может, «от них больно и плохо становится». Поясняла, что «не рада» тому, что отчима не стало, но ей «легче от того, что маме и собаке не будет больше доставаться». Эмоционально была лабильна, в своих суждениях нередко поверхностна и неуверенна. Мышление конкретно-образное, интеллект соответствовал уровню полученного образования. В ходе беседы выявлялись признаки утомляемости (просила сделать перерыв, дать возможность «отдохнуть немного»). Продуктивной психопатологической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций у подэкспертной выявлено не было. Наличие суицидальных мыслей на момент осмотра она категорически отрицала.

При дополнительном *экспериментально-психологическом исследовании* <...> контакт с испытуемой носил более продуктивный характер, чем при первичном освидетельствовании. На вопросы она отвечала развернуто, в основном в плане заданного, в то же время иногда отвлекалась на побочные субъективные ассоциации, связанные с актуальной ситуацией, при этом начинала плакать, речь становилась быстрой, сбивчивой, монологичной. Фон настроения в целом был снижен. Испытуемая подробно сообщала сведения, касающиеся ситуации, сложившейся в ее семье к моменту правонарушения. Заявляла, что потерпевший в течение нескольких лет подвергал их с матерью физическому насилию, что отчим в состоянии алкогольного опьянения становился агрессивным и «бешеным», несколько раз сильно избивал ее, «порол ремнем и собачьим поводком», «огрызался по малейшему поводу». Говорила, что боялась отчима, который «может убить или покалечить», в то же время «опасалась не столько за себя, сколько за маму». Сообщала, что потерпевший несколько раз «приставал» к ней с сексуальными домогательствами, «было очень неприятно», однако матери не говорила, чтобы не расстраивать, полагала, что все еще «утрается».

О правонарушении рассказывала в основном в соответствии с ранее данными показаниями, по ряду эпизодов ссылалась на забывание. Так, заявляла, что не помнит, как взяла нож, как нанесла удар, фрагментарно воспроизводила свой путь к подруге («все это как во сне было»). Собственные действия объясняла страхом за свою жизнь: «я поняла, что он точно меня убьет», «было жутко», «глаза его были дикими». Описывала нарушения восприятия в момент правонарушения: «в глазах было темно», «свет был слишком ярким», «звуки были как бы приглушенными», «было как-то нереально». Сожалела о содеянном, в создавшейся ситуации была склонна к самообвинению. Относительно возможного экспертного решения заявляла: «Мне все равно, лишь бы поскорее кончилось».

Экспериментальные задания выполняла в неравномерном темпе, инструкции усваивала в основном с первого предъявления, однако не всегда их придерживалась в процессе работы.

При проведении отдельных методик (Ассоциативный тест, ТАТ) начинала плакать, давала протестные реакции, заявляла, что ей «крайне неприятны» некоторые задания, в отдельных случаях ссылалась на усталость, вместе с тем существенных признаков утомляемости и истощаемости у нее не обнаруживалось. Она легко переключалась на субъективно привлекательные задания, при этом работала быстро, сосредоточенно и заинтересованно.

При исследовании ассоциативной сферы (вербальный ассоциативный тест) отмечалось увеличение темпа реагирования на эмоционально нагруженные стимулы, вплоть до ассоциативных блокад, при этом испытываемая продуцировала стереотипные ответы («отец» – «родня», «мама» – «родня»), а также ассоциации, связанные с психотравмирующими ситуациями («нож» – «кровь», «жестокость» – «собака – отец ее часто бил»).

При исследовании личностной сферы с помощью ТАТ обнаруживалась тенденция К. к фиксации на негативных переживаниях в сочетании с защитным избеганием их интеллектуальной переработки и интерпретации, трудностями вербализации. По результатам ЦТО на фоне тенденции испытываемой отрицать имеющиеся семейные проблемы выявлялись эмоциональная идентификация с матерью, а также конфликтное и амбивалентное отношение к отчиму. В психосексуальной сфере отмечались негативное восприятие мужского пола, отвержение сексуальных отношений.

При исследовании стратегий поведения в конфликтных ситуациях с помощью теста Томаса обнаруживалась склонность испытываемой к избеганию конфликтов и трудностей путем отрицания их значимости, вытеснения неприятных переживаний, пассивного подчинения, конформности со стремлением к разрешению проблем путем собственных усилий, без достаточного прогноза их последствий.

При использовании ИТО выявлялись высокое психическое напряжение, тревога и обеспокоенность собственным будущим, повышенная чувствительность к внешним воздействиям, негибкость стратегий разрешения проблемных ситуаций в сочетании с легкостью дезорганизации поведения в эмоционально насыщенных ситуациях.

Таким образом, по результатам двух экспериментально-психологических исследований, проведенных в динамике, на фоне особенностей актуального состояния испытываемого в виде регрессивных тенденций, неустойчивости эмоций и поведения, сниженного настроения, идей самообвинения,

психического напряжения и тревоги, обеспокоенности собственным будущим выявлялись признаки незрелости, а также черты некоторой личностной дисгармонии. Обнаруживались просоциальная ориентация испытуемой, стремление придерживаться социально одобряемых форм поведения, контролировать собственные поступки, отсутствие склонности к внешнеобвиняющим и агрессивным реакциям. Вместе с тем отмечалась тенденция к избеганию конфликтов и трудностей путем отрицания их значимости, вытеснению неприятных переживаний, уходу от их интеллектуальной переработки и интерпретации, пассивного подчинения и конформности в сочетании с трудностями нахождения конструктивных путей разрешения конфликтов, легкостью дезорганизации поведения в эмоционально насыщенных ситуациях. Испытуемой был характерен высокий уровень притязаний, демонстративность, потребность в понимании и принятии со стороны ближайшего окружения в сочетании с повышенной чувствительностью к внешним воздействиям, критическим замечаниям, сензитивностью и ранимостью в межличностном взаимодействии. На фоне тенденций подэкспертной отрицать имеющиеся семейные проблемы выявлялись эмоциональная идентификация с матерью, а также конфликтное и амбивалентное отношение к отчиму. В психосексуальной сфере отмечалось негативное восприятие мужского пола, отвержение сексуальных отношений.

При исследовании интеллектуальной сферы выявлялась способность испытуемой к проведению мыслительных операций на категориальном уровне с опорой на практически значимые признаки объектов, к пониманию условного смысла, опосредованию. В то же время в отдельных случаях отмечалась актуализация поверхностных, наглядных, субъективно окрашенных признаков предметов.

В ассоциативной сфере наблюдались эмоционально ярко окрашенная проекция собственных ситуационных переживаний с признаками идей самообвинения, ассоциативные блокады на психотравмирующие субъективно значимые стимулы, что свидетельствовало о возможных депрессивных тенденциях. Отмечались колебание внимания и умственной работоспособности, нерезко выраженные признаки утомляемости к концу работы. Мнестические процессы были без нарушений.

При анализе данного случая следует отметить, что диагностические возможности второй амбулаторной КСППЭ были более полными, так как в распоряжение экспертов были предоставлены дополнительные материалы по личности потерпевшего и К., а также получены сведения от ее матери, более полно отражающие межличностные взаимоотношения, обстановку в семье. Кроме того, психологами-экспертами были применены диагностические психологические методики, позволяющие более прицельно исследовать особенности смысловой, мотивационной, эмоционально-волевой сфер подэкспертной, а также стратегий ее поведения в проблемных ситуациях.

Отвечая на поставленные следственными органами вопросы, экспертная комиссия указала, что К. каким-либо психическим расстройством, которое лишало бы ее возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период инкриминируемого ей деяния, не страдала. На момент освидетельствования у нее было констатировано наличие невротической депрессии (обусловленной привлечением ее к уголовной ответственности, осознанием содеянного), представленной сниженным фоном настроения, эмоциональной лабильностью, астенической симптоматикой (общая слабость, апатия, головные боли, головокружения, нарушения концентрации внимания, повышенная истощае-

мость психических процессов), навязчивыми представлениями, отрывочными идеями виновности и уничтожения, пессимистическим видением будущего, регрессивными феноменами (элементы пуэрилизма), соматизацией психических расстройств (конверсионные расстройства чувствительности, зрения, психогенное переедание, нарушения сна) с постепенной нивелировкой указанных расстройств, наличие которых не препятствовало способности К. принимать участие в судебно-следственных мероприятиях.

Психологический анализ позволил сделать вывод о том, что в момент совершения правонарушения К. *находилась в состоянии аффекта*, возникшего на фоне длительной нарастающей психотравмирующей семейной обстановки вследствие жестокого обращения со стороны отчима, который в течение трех лет систематически избивал подэкспертную и ее мать, издевался морально и физически. Ситуация усугублялась еще и тем, что К. не могла рассказать матери о некоторых эпизодах ее взаимоотношений с отчимом, так как «не хотела портить брак», одновременно боялась расправы со стороны отчима. Обращает внимание, что у подэкспертной преобладали неадаптивные стратегии разрешения проблемных ситуаций в виде преимущественного ухода («просто пыталась молчать», эпизодически убегала из дома) от конструктивного разрешения сложившейся ситуации и аутоагрессивного поведения (с целью прекратить издевательства со стороны потерпевшего порезала себе предплечье). Нарастание конфликтной ситуации вынудило К. переехать к родственникам, где психическое напряжение несколько снизилось, однако оставалась тревога за мать: боялась, что «папа может что-то с ней сделать», по ночам «мучили кошмары», в школе «не могла сосредоточиться». За две недели до правонарушения мать подэкспертной уговорила дочь вернуться домой, при этом сообщила, что «папа больше не пьет, все хорошо». Однако после возвращения в семью агрессивные действия со стороны потерпевшего возобновились и, по субъективному восприятию К., отношения в семье стали еще более негативными, при этом, как и прежде, подэкспертная избегала открытых ссор и конфликтов. Кроме того, накоплению эмоционального напряжения способствовали индивидуально-психологические особенности К. в виде стремления придерживаться социально одобряемых форм поведения, контролировать собственные поступки, отсутствия склонности к внешнеобвиняющим и агрессивным реакциям, тенденции к избеганию конфликтов путем отрицания их значимости, вытеснения неприятных переживаний, ухода от их интеллектуальной переработки, пассивного подчинения и конформности. Отмеченные особенности сочетались с повышенной чувствительностью к внешним воздействиям, критическим замечаниям, сензитивностью и ранимостью в межличностном взаимодействии, трудностями нахождения конструктивных путей разрешения проблем, легкостью дезорганизации поведения в эмоционально насыщенных ситуациях.

Анализ событий, непосредственно предшествующих правонарушению, показывает, что поводом для возникновения конфликтной ситуации в день правонарушения послужили нейтральные замечания со стороны подэкспертной и ее матери, на которые потерпевший отреагировал неожиданно агрессивно: оскорблял К., обещал «открутить голову», при этом подэкспертная попыталась разрешить конфликт с помощью привычных для нее способов поведения в проблемных ситуациях – путем избегания конфликта: хотела уйти из квартиры, «пока все не утихнет». Однако отчим воспрепятствовал ее уходу, оскорбляя, начал избивать К. После того как потерпевший в очередной раз ударил К. головой о стену, у нее «потемнело в глазах и тошнило». Полученная в этот момент черепно-мозговая травма расценивалась в рамках невыраженной неврологической симптоматики (по данным параклинических исследований), в связи с чем не выносилась в диагноз психического расстройства. Указанные действия потерпевшего, отсутствие возможности покинуть квартиру, полученная черепно-мозговая травма способствовали дальнейшему нарастанию у К. эмоционального напряжения, возникновению у нее ощущения субъективной безвыходности ситуации («хотела спрятаться, убежать, но было некуда»). Последняя реплика потерпевшего «Сейчас я тебя убью!» была воспринята К. как

непосредственная угроза для жизни («Я поняла, что он точно меня убьет, что живой не останусь», «было жутко», «глаза его были бешеными», «его всего передергивало»).

Перечисленные обстоятельства, а также дефицит времени для принятия какого-либо решения («не было времени подумать, все произошло так быстро») обусловили развитие выраженного эмоционального состояния в форме аффекта. Об аффективном характере эмоциональных реакций свидетельствует субъективно внезапный, взрывной характер действий К. с нанесением глубокого проникающего ранения потерпевшему. В момент правонарушения у К. отмечались аффективное изменение восприятия («в глазах было темно», «свет был слишком ярким», «звуки были как бы приглушенными», «было как-то нереально»), суженность сознания с последующим частичным запамятованием поступков («не помню, как била, сколько ударов было»), кратковременное состояние растерянности с последующей аффективной дезорганизацией психики и поведения, сопровождавшейся недостаточным осмыслением, частичным запамятованием происшедшего, длительным остаточным возбуждением. Если первые две фазы – «доаффективная» и «аффективный взрыв» – достаточно четко укладываются в клиническую картину аффекта (*Печерникова, Гульдан, Остришко, 1983; Сафуанов, 1998; Кудрявцев, 1999*), то третья – протекает с особенностями, свойственными подросткам. У подэкспертной наблюдались не признаки физической и психической астении, как это обычно бывает у взрослых, а пролонгированная постаффективная дезорганизация, проявляющаяся в вегетативных, моторных, когнитивных, речевых нарушениях, фрагментарности восприятия окружающего, изменении болевой чувствительности.

В показаниях свидетелей отмечается что, придя к ним, К. «была перевозбуждена», «ее всю трясло», «взгляд был потерян», контакт с ней носил малопродуктивный характер – говорила невнятно, заикалась, «не переставая плакала», долгое время не могла «сформулировать, что она хочет выразить», затруднялась описать происшедшее. Сама К. сообщила, что события после правонарушения помнит «смутно», в сознании доминировало чувство страха, «хотелось скрыться». Отрывочно вспоминает, что бесцельно «бродила по дворам», «сидела на каком-то бордюре», потом куда-то бежала, не могла объяснить, как добралась до дома подруги. Также не могла вспомнить, была ли на ней обувь, только через два дня обнаружила, что ноги «сбиты в кровь почти до мяса», при этом «боли не чувствовала». Остаточное возбуждение долгое время не купировалось даже приемом психофармакологических средств. Таким образом, действия К. после правонарушения носили в целом характер поведенческих клише.

Описанный случай свидетельствует об особенностях протекания аффекта у подростков, которые необходимо учитывать при проведении экспертизы эмоциональных состояний несовершеннолетних.

Катамнез приведенного случая показал, что суд согласился с мнением экспертов и вынес обвинительный приговор в соответствии со статьей 107 УК РФ.

Литература

Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М., 1999. – С. 174–290.

Печерникова Т.П., Гульден В.В., Остришко В.В. Особенности экспертной оценки аффективных реакций в момент совершения правонарушения у психически здоровых и психопатических личностей. – М., 1983. – С. 4–14.

Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе. – М., 1998. – С. 115–129.

Судебно-психологические критерии диагностики аффекта у обвиняемого: пособие для врачей / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Е.В. Макушкина. – М., 2004. – С. 30–32.

**Д. С. Ошевский, М.В. Булатова,
Д.Ю. Кузьмин, ЕМ. Курбанова**
**Экспертная квалификация эмоционального состояния
несовершеннолетнего, обвиняемого в убийстве матери²⁵**

Вопросы, касающиеся квалификации уголовно релевантных эмоциональных состояний, достаточно полно представлены в экспертной литературе. Несмотря на некоторые различия во взглядах на трактовку аффекта, разработана типология аффективных реакций, описаны их механизмы, выработаны критерии психологической оценки различных видов аффекта (Коченов, 1980; Сафуанов, 1997, 2005; Кудрявцев, 1999; Шипшин, 2000; Ситковская, 2001), выделены его особенности у несовершеннолетних (Дозорцева, Сулимовская, 2004, Андреева, Голуб, Дозорцева, Макушкин, Ошевский, 2005; Яблокова, 2005). В судебно-психиатрических исследованиях представлены модели и последовательность экспертной диагностики эмоциональных состояний, значимых для квалификации «ограниченной вменяемости» (Вандьши-Бубко, 1996, 2005; Кондратьев, 1996; Андреева, 2000), раскрыта феноменология острых кратковременных психотических реакций (Калашини, 1941; Печерникова, Гульдан, Остришко, 1983; Дмитриева, Ткаченко, Харитоновна, Шишков, 2008). Тем не менее экспертная оценка эмоциональных состояний у несовершеннолетних с пограничной психической патологией нередко вызывает существенные трудности. Следует отметить, что в подростковом возрасте в силу естественных физиологических и психологических процессов, даже при нормативном развитии, личностная сфера остается не до конца сформированной. Характерны эмоциональная реактивность, частые резкие смены настроения, недостаточная гибкость поведения, его зависимость от непосредственных внутренних побуждений и внешних обстоятельств, сензитивность и повышенная ранимость в сфере социальных отношений. Стремление к сепарации, потребность в самостоятельности, следование внешним атрибутам взрослости нередко приводят к конфликтам с родителями. Достаточно часто в подростковом периоде предрасположенностью к развитию уголовно релевантных эмоциональных состояний выступают затяжные семейные проблемы, которые не находят адекватного разрешения. Отмеченные возрастные аспекты могут выступать в качестве факторов, ограничивающих способность к произвольной регуляции социально значимого поведения. Оценка эмоционального состояния несовершеннолетнего становится еще более сложной при наличии пограничной психической патологии, когда за схожими между собой психологически обусловленными аффективными реакциями маскируются психопатологические механизмы совершения криминальных агрессивных действий.

Примером такого случая является следующее клиническое наблюдение.

Подэкспертный С, 17 лет, обвиняется в убийстве матери. Объективных данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Подэкспертный – единственный ребенок в полной семье. Мать подэкспертного работала уборщицей, отец – каменщиком. Беременность у матери протекала с анемией, осложненной тазовым предлежанием плода, его внутриутробным инфицированием и маловодием. С. родился в срочных родах путем кесарева сечения. <...> На 6-е сутки подэкспертный в состоянии средней тяжести был осмотрен неврологом, который дал заключение: «Перинатальное поражение ЦНС в форме гипертензионно-гидроцефального синдрома». Через два месяца С. был выписан в удовлетворительном состоянии

²⁵ Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. № 49. – М., 2011.

с диагнозом «Внутриутробное инфицирование. Задержка внутриутробного развития по типу гипотрофии II степени. Гидроцефальный синдром». В дальнейшем мать подэкспертного обращалась к неврологу, специалистом отмечалась легкая пирамидная недостаточность. В раннем психофизическом развитии от сверстников не отставал. В последующем у профильных специалистов С. не наблюдался. Детские дошкольные учреждения начал посещать с 3 лет, трудностей адаптации не отмечалось. В дошкольный период часто болел простудными заболеваниями, перенес вирусный гепатит типа А. До 8 лет сохранялся энурез. В общеобразовательную школу с углубленным изучением иностранного языка С. был определен в 7 лет. В 1-м классе занимался с логопедом. До 7-го класса учился хорошо, но затем успеваемость снизилась. Девятый класс окончил удовлетворительно. Из школьной характеристики известно, что С. «много времени уделял подготовке к будущей профессии, посещал подготовительные курсы в Российской академии правосудия, был дисциплинирован, активно участвовал в жизни класса и школы, пропусков не имел, по характеру – открытый, дружелюбный, имел много друзей, пользовался у них авторитетом», «с одноклассниками он вел себя ровно, спокойно, с чувством юмора, не проявлял никакой агрессии, с преподавателями был всегда вежлив». <...> За три дня до правонарушения подэкспертный пришел на прием к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры до 39 °С, боль в горле, головную боль, общую слабость, ему был постановлен диагноз: «ОРВИ».

Из показаний отца подэкспертного известно, что между С. и его матерью (потерпевшей) возникали конфликты, ссоры были не частые, в основном из-за неуспеваемости в школе; после ссоры подэкспертный «обычно делал вид, что все хорошо, обещал исправиться, но в дальнейшем все оставалось так же плохо»; в последнее время из квартиры стали пропадать деньги, но С. свою вину не признавал, говорил, что ничего не брал; после одного из подобных инцидентов он ушел из дома на один день. На учете в НД, ПНД, ОДН подэкспертный не состоял, приводов в милицию не имел, жалоб и замечаний на него не поступало, ранее к уголовной ответственности не привлекался. Как следует из материалов уголовного дела, С. обвиняется в том, что во время ссоры со своей матерью нанес ей множественные удары топором в область головы, после чего с места происшествия скрылся. При СМЭ трупа были обнаружены следующие повреждения: 15 рубленых ран головы с повреждением костей свода черепа и головного мозга; рубленая рана на правом плечевом суставе; рубленая рана и ссадина на тыльной поверхности левой кисти. Через 2 дня С. был задержан сотрудниками милиции, допрошен в качестве подозреваемого. Сообщил, что с матерью у них часто возникали конфликты, ссоры из-за учебы, из-за личных отношений с девушкой; иногда мать его избивала, в результате чего у него появлялись синяки, ссадины.

15.03.2008 г. он находился дома, так как были проблемы со здоровьем; примерно в полдень мать пришла с работы. Через некоторое время она позвала его и указала на пыль, которая была на шкафу, упрекнув, что он «плохо убрался». Он сказал ей, что у друга день рождения, попросил 100 рублей, на что она ответила отказом и заявила, что он никуда не пойдет, и «начала кричать». Когда он сел делать домашнее задание, она кричала и говорила, что он плохо учится, после чего подошла и дала «подзатыльник»; он попросил, чтобы она успокоилась; она взяла его за волосы и несильно ударила лицом

об стол; начала плакать и сказала: «Зачем я тебя рожала?» Затем она села на диван и включила телевизор, громко продолжая оскорблять его; после подошла, оттолкнула к стене и сказала: «Надо было тебя убить, когда ты был маленьким». Отметил, что затем он прошел в прихожую, открыл шкаф и взял топор, положил его обратно в шкаф, пошел на кухню, попил воды, вернулся обратно, взял со шкафа топор, прошел в комнату и сел на кровать, сидел примерно 10 минут, после чего встал, подошел к матери, размахнулся и ударил ее по голове. Мать вскочила и попятилась к выходу из комнаты, пытаясь прикрыться подушкой; он сорвал подушку с ее головы и нанес примерно 10 ударов топором в область головы, после оставил топор возле тела матери. Сообщил, что затем пошел на кухню, взял полиэтиленовый пакет черного цвета и надел на голову матери. После присел на диван, «началась истерика». Затем оделся, вышел на балкон, взял мешок и положил туда топор; после этого зашел в комнату, взял сумку матери, вытащил кошелек и забрал оттуда деньги и мобильный телефон. После надел куртку, засунул под куртку мешок, в котором находился топор, и вышел из квартиры. Было примерно 3 часа дня. После поехал на автобусе к девушке, по дороге выбросил топор в мусорный контейнер. 01.04.2008 г. в качестве свидетеля была допрошена девушка подэкспертного, которая показала, что когда между С. и родителями возникали конфликты, он обычно приезжал к ней домой и все рассказывал, при этом он находился «в состоянии нервозности»; 15.03.2008 г., примерно в 18 часов, С. пришел к ней, «он молчал, был весь потерянный»; подошел, обнял ее и заплакал. Затем сказал: «Я это сделал. Ты догадываешься, о чем я говорю?» Рассказал, что поругался с матерью из-за того, что он дома «плохо убрался», через некоторое время мать легла на кровать, он подошел к ней и ударил ее топором и «долго с ней мучился». Перед тем как уйти, он сказал, что если в течение двух дней он не сдастся, то «пускай ищут его труп».

При допросе в качестве обвиняемого С. полностью подтвердил данные ранее показания. 07.05.2008 г. при освидетельствовании амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссией контакту подэкспертный был доступен, говорил монотонным, приглушенным голосом, фон настроения был ситуационно снижен; не отрицал суицидальные мысли (ранее пытался нанести себе самопорезы). Сообщил, что после убийства матери его каждый день «мучают кошмары», «видит, как его съедают собаки, возникают приступы истерики» («то плачу, то смеюсь без всякой причины», «как будто кто-то заставляет»); в период пребывания в СИЗО появилось ощущение, что «кто-то стоит рядом», перед засыпанием слышал «голос» матери, зовущей его по имени, при этом возникали тревога и страх. Экспертами указывалось, что мышление С. было чуть замедлено по темпу, он был последователен в изложении сведений о себе; эмоционально – снижен; холодно отзывался о матери; с безразличным видом излагал обстоятельства совершенного им деяния, считал, что мать сама его спровоцировала, в ответ на обидные слова матери возникли «злоба, гнев, гул в голове, всего затрясло, не понимал ничего». Экспертные вопросы в связи с неясностью клинической картины решены не были, рекомендовано проведение стационарной комплексной психолого-психиатрической экспертизы. Находясь на стационарном освидетельствовании, подэкспертный проявлял спокойствие, уравновешенность, при этом признавался, что старается не думать о содеянном, к тому же приходящие к нему друзья и родственники не

напоминают ему об убийстве матери, все прощают и стараются помочь. Легко поддерживал разговоры на любые предложенные темы, в том числе и по создавшейся судебной ситуации. Отмечал, что с матерью были натянутые отношения, она высказывала недовольство по малейшему поводу (общение с товарищами по школе, с девушкой и т. д.), была очень строгой; он старался не реагировать на ее замечания, уходил, «но так получилось, что не сдержался». Заявлял: «Представления о своем будущем уже оформились, готов отсидеть срок в 10 лет, начну искупать свой грех, заслужу прощение». Себя характеризовал уравновешенным, с некоторой легкостью, оптимистичностью говорил о будущем, мышление было не нарушено; умственная работоспособность, внимание, память сохранены, создавшуюся судебную ситуацию и содеянное оценивал критично. При психологическом исследовании умственной работоспособности признаков истощаемости не отмечалось, мышление в обычном темпе, внимание и сосредоточение в плане заданного, мнестические возможности в пределах нормы. Данные личного дела из СИЗО не содержат сведений об осмотре его психиатром, режимных нарушениях.

При настоящем стационарном обследовании было выявлено следующее. *Заключение терапевта:* «Вегетососудистая дистония». *Заключение эндокринолога:* «Гинекомастия правосторонняя. Соматоэндокринное развитие соответствует возрасту». На глазном дне выраженное расширение вен. На *эхоэнцефалограмме* определялось значительное количество дополнительных эхо-сигналов в области срединных структур и боковых желудочков. На *реоэнцефалограмме* сонных и позвоночных артерий выявлялись признаки асимметрии кровенаполнения, сосудистой дистонии, затруднения венозного оттока. На *электроэнцефалограмме* определялись умеренно выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга резидуально-органического характера, усиливающиеся на фоне гипервентиляции, стандартные пробы выявляли признаки снижения функциональной активности коры головного мозга. *Заключение невролога:* «Органические изменения ЦНС смешанного генеза – последствия патологии раннего периода развития, повторных травм головы и перенесенных заболеваний».

Психическое состояние. Подэкспертный выглядит соответственно своему возрасту. Во время беседы несколько напряжен, волнуется, перебирает пальцы рук. Мимические проявления несколько однообразны. Отмечается снижение настроения, плаксивость при обсуждении субъективно значимых тем (о правонарушении, об отношениях с родителями). Речь дизартричная, тихая, с пуэрильными интонациями. Часто использует жаргонные выражения, принятые в тюремной субкультуре. На вопросы отвечает в плане заданного, после некоторой паузы, иногда с трудом подбирая слова, поясняет, что после пребывания в СИЗО «трудно разговаривать на нормальном языке». Анамнестические сведения сообщает в целом последовательно, изредка ссылается на забывание тех или иных событий. Предъявляет жалобы на периодические головные боли, головокружения при резкой перемене положения тела; единичные обморочные состояния; непереносимость душных, замкнутых помещений, езды в транспорте; повышенную утомляемость, нарушения сна («снятся кошмары», затруднено засыпание, поверхностный сон). Сообщает про явления «уже виденного» (как будто ранее уже был в этом месте) и то, что в детстве были страхи темноты,

одиночества. Утверждает, что «однажды попал под машину», «ударился головой, потерял сознание», но за медицинской помощью не обращался. Себя характеризует «добрым», «честным». Говорит, что в начальных классах учился хорошо, но в 7-м классе «начал лениться» и 9-й класс «окончил с тройками». В 11-м классе стал посещать подготовительные курсы при Российской академии правосудия, уставал, домой приходил поздно, сразу ложился спать. Отмечает, что усталость «как бы накапливалась», беспокоили головные боли, в связи с чем снижалась успеваемость в школе. Сообщает, что примерно с 16 лет периодически пил «пиво и коктейли». С этого же возраста с периодичностью 1–2 раза в неделю употреблял гашиш, зависимость категорически отрицает. О родителях рассказывает неохотно, говорит, что, начиная с 11-го класса, с матерью «возникали постоянные конфликты», часто по незначительному поводу, «она все время раздувала из мухи слона». Вспоминает, что в 10-м классе она «вдруг почему-то» сообщила, что отец ему «не родной». Стал переживать по этому поводу, 2–3 раза уходил из дома, «так как уже было невыносимо». Говорит, что не хотелось идти домой («противно было»), так как знал, что мать опять его будет ругать. Сравнивая отношения к нему родителей в своей семье с другими семьями, «видел, что родители с теплотой относились к своим детям, а я этого не чувствовал». Утверждает, что «в последнее время научился пропускать ругань матери мимо ушей» и тогда «стало чуть-чуть легче».

При расспросе об инкриминируемом ему деянии вначале замыкается, заявляет, что не хочет вспоминать, что произошло, пытается забыть это. По мере установления доверительного контакта с врачом рассказывает об обстоятельствах содеянного подробно. Эмоционально переживает, иногда плачет. Рассказывает, что в течение 5 дней до содеянного болел простудой, из дома выходил только в поликлинику. 15.03.2008 г. утром мать ушла на работу, попросила его убрать квартиру. В середине дня она пришла, прошла на кухню, позвала его и, показав на пыль, оставленную на шкафу, «начала ругать». Он стал оправдываться, но «это не помогало». Вспоминает, что мать «обзывала, кричала все больше и больше; ругала за то, что я плохо учусь, встречаюсь с девушкой, которая ей не нравилась, общаюсь с плохими друзьями, которые вымогают у меня деньги». Сообщает, что «пытался ее успокоить, а сам ходил и злился, накручивался». Так продолжалось около двух с половиной часов. Уточняет, что «никогда мать так долго не кричала; в конце она начала оскорблять мою девушку разными нехорошими словами, я просил ее прекратить, но она никак не успокаивалась». Отмечает, что стал «очень зол» на мать. Хотел, «чтобы она успокоилась», поэтому «отошел, сел читать учебник по истории и перестал обращать на нее внимание». Через некоторое время она подошла и дала ему «подзатыльник», затем «взяла за волосы и ударила головой об стол», при этом сказала: «Лучше бы я тебя не рожала». Вспоминает, как встал, хотел уйти, но мать прижала его к стене, при этом «глаза у нее были красными, какими-то бешеными», «никогда ее такой не видел». Она прокричала: «Надо было убить тебя, когда ты был маленьким! Ты мне всю жизнь испортил!». После этих слов он оттолкнул ее, мать начала плакать, лежа на диване, его «всего затрясло», «на автомате пошел на кухню, попил воды, вернулся в коридор». Помнит, как «взял топор из коробки под шкафом». В дальнейшем предьявляет ссылки на запомывание, уточняет: «все происходило как будто кадрами из фильма, как в тумане, затем картинка

пропала, слышал лишь крик матери; очнулся над ней с топором в руках», вспоминает, что «почему-то закричал» и «не мог поверить, что это я сделал». Отмечает, что «резко заболела голова, был сильный звон в ушах», «затрясло еще сильнее», сел на диван, через какое-то время «вдруг возникла мысль – бежать». Затрудняется объяснить, зачем надел матери пакет на голову. Не может сказать, сколько времени все это длилось, помнит, что взял из дома деньги и мобильный телефон матери. Поясняет, что «полностью осознал, что произошло, только на улице», «голова перестала болеть», «думал, что же дальше делать». Поехал к своей девушке, все ей рассказал, но «она не поверила». Сообщает, что скрывался от сотрудников милиции, так как был «напуган», не хотел возвращаться домой.

В целом ориентируется в создавшейся судебно-следственной ситуации. Рассказывает, что в СИЗО сразу после заключения под стражу у него было «ощущение», что мать находится рядом с ним, боялся находиться в камере, «слышал голос матери», зовущей его по имени. Это состояние продолжалось в течение месяца, снились кошмары, в которых мать бегала за ним с топором, «очень плохо» спал. К происходящему в отделении особого интереса не проявлял, с другими подэкспертными общался изредка и избирательно, режимных нарушений не отмечалось. Случались периодические перепады настроения, при этом плохое настроение старался скрыть от окружающих, вел себя нарочито весело, шутил, смеялся. Мышление с тенденцией к конкретности, некоторые суждения носят поверхностный характер. О своих планах на будущее заявлял, что после того, как «отсидит», выйдет и окончит «какой-нибудь институт», «но в этом не уверен». Эмоциональные проявления неустойчивые, дифференцированные. Истощаем при длительных беседах. Острой психотической симптоматики (брета, галлюцинаций) не выявлялось. Критические и прогностические способности не нарушены.

При психологическом исследовании на фоне некоторой незрелости, проявляющейся в легковесности и поверхностности суждений, их категоричности, склонности к переоценке собственных возможностей, слабой дифференцированности самооценки, обнаруживаются признаки формирующейся личностной дисгармонии и асоциальные тенденции подэкспертного. Для подэкспертного свойственны сочетание эмоциональной неустойчивости, невысокого волевого контроля собственного поведения, конфликтности, склонности к агрессивным реакциям с неуверенностью в себе, повышенной чувствительностью к внешним воздействиям, негибкостью и инертностью стратегий разрешения проблемных ситуаций, а также легкость дезорганизации поведения в эмоционально насыщенных ситуациях. В настоящее время характерны ситуационно обусловленные депрессивные тенденции, повышенное психическое напряжение, тревога, обеспокоенность собственным будущим, стремление к вытеснению неприятных переживаний путем ухода от их интеллектуальной переработки и интерпретации в сочетании с тенденцией к непосредственной реализации не до конца продуманных действий. При исследовании интеллектуальной сферы выявляется тенденция к конкретности мышления в виде актуализации поверхностных, наглядных, второстепенных признаков предметов, а также трудностей вербализации. Отмечаются элементы эмоциональной логики. Вместе с тем подэкспертный способен проводить мыслительные операции на функциональном и понятийном уровне, устанавливать логические зависимости, передавать

условный смысл. Отмечаются существенные колебания внимания и умственной работоспособности, признаки утомляемости к концу работы. Мнестические процессы без нарушений.

Психологический анализ результатов экспериментально-психологического исследования, материалов уголовного дела, направленной беседы относительно динамики ситуации, предшествующей правонарушению, во время и после его совершения позволил сделать вывод *об отсутствии у подэкспертного в период инкриминируемого ему деяния состояния аффекта*. Однако было констатировано *существенное влияние его индивидуально-психологических особенностей на способность к произвольной регуляции своего поведения*.

Примерно за полгода до совершенного правонарушения у подэкспертного участились конфликты с матерью, которая, по его мнению, была очень строгой, «придирчивой», «цеплялась по поводу и без повода», «пилила», раздражалась, ругала, допускала физические наказания. Она была не удовлетворена успеваемостью сына, не одобряла его отношений с девушкой, которые были значимы для подэкспертного. Отец в конфликтах «всегда» принимал сторону матери. По словам С, он «несильно переживал» конфликты, «обиду не копил», что свидетельствует о склонности к вытеснению, отрицанию негативных переживаний, уходу от интеллектуальной переработки имеющихся проблем. В то же время, по объективным данным, возникающие ссоры все же способствовали накоплению психического напряжения, которое С. снимал с помощью слабоалкогольных напитков (2–3 литра пива), посредством общения с девушкой. Свидетель А. указывала, что после семейных конфликтов подэкспертный приезжал к ней в «состоянии нервозности», «все рассказывал» и ему становилось немного легче. После того как мать «зачем-то» сообщила, что отец ему неродной, переживал, собирался уйти из дома. Несмотря на достаточно узкий репертуар стратегий совладания с проблемами, подэкспертный в целом адаптировался к сложившейся ситуации – «научился пропускать слова мамы мимо ушей». Незадолго до правонарушения подэкспертный простудился, у него повысилась температура, и в течение пяти дней он почти не выходил из дома.

В день правонарушения по незначительному поводу возникла очередная ссора с матерью, которая переросла в длительный конфликт. Потерпевшая стала «во всем» обвинять С, при этом обращалась к наиболее значимым темам: общение с «плохими друзьями», в уничижительных выражениях отзывалась о девушке и т. п. Подэкспертный пытался разрешить ситуацию с помощью привычных способов – стал оправдываться, однако это не привело к желаемым результатам. В течение двух с половиной часов, пока развивался конфликт и подэкспертный успокаивал мать, он самовзвинчивался: «заходил», «было все больше раздражения», «злость». В сознании доминировала мысль: «Когда же она заткнется?» Оскорбительные высказывания матери, которая говорила, что ей на него «наплевать», «лучше бы меня не рожала», «лучше бы меня убила, когда я родился», и удар по лицу вызвали у подэкспертного обиду: «ощутил душевную боль», сочетающуюся с «бешенством», «злостью», затем «пропали» мысли, «ничего не чувствовал», «зачем-то пошел за топором», пришел в себя с топором в руке около матери, которая лежала в крови, «проснулся как от кошмара». Следует отметить, что сразу после совершения криминальных действий подэкспертный находился в состоянии остаточного возбуждения («трясло всего», «звенело»), которое сменилось растерянностью и страхом. Несмотря на то что при проведении последней экспертизы С. описывал состояние выраженной физической астении («очень хотелось прилечь, к земле тянуло»), в это время он совершал достаточно упорядоченную целенаправленную деятельность, что не характерно для аффекта. Так, он взял из квартиры деньги и мобильный телефон матери, поехал на транспорте к девушке, проделав достаточно длительный путь, избавился около ее дома от орудия убийства, в дальнейшем скрывался от сотрудников милиции. Присущие С. индивидуально-психологические особенности в виде эмоциональной неустойчивости, невысокого волевого контроля собственного поведения, конфликтности, склонности к агрессивным реакциям

в сочетании с резко выраженной тенденцией к накоплению напряжения, неуверенностью в себе, повышенной чувствительностью к внешним воздействиям, негибкостью и инертностью стратегий разрешения проблемных ситуаций, легкостью дезорганизации поведения в эмоционально насыщенных ситуациях способствовали возникновению эмоционального возбуждения. Выявленное состояние подэкспертного в совокупности с индивидуально-психологическими особенностями, способствовавшими его возникновению, в ситуации правонарушения оказали существенное влияние на его поведение, ограничив возможность сознательно руководить своими действиями. Это проявилось в слабой целенаправленности его поступков, нанесении множественных ударов матери, частичном запятовании их количества.

Анализ материалов уголовного дела в сопоставлении с результатами клинико-психопатологического исследования, данными соматоневрологического состояния, параклинических методов позволил психиатрам-экспертам прийти к заключению, что в период совершения инкриминируемого деяния у С. на фоне органически неполноценной почвы, после субъективно значимых для него оскорблений и конфликтного, в том числе агрессивного, поведения со стороны потерпевшей (матери), развилась *дисфорическая реакция непсихотического уровня*, сопровождавшаяся раздражением, злобностью, застойностью аффекта, самовзвинчиванием с переживанием субъективно значимых оскорблений, частичным (аффективным) сужением сознания и агрессивным поведением. Данная дисфорическая реакция рассматривалась в рамках *органического расстройства личности в связи со смешанными заболеваниями*, о чем свидетельствовали данные анамнеза, указывающие на то, что у подэкспертного, перенесшего ряд экзогенно- органических вредностей (внутриутробная инфекция, перинатальная патология, соматическая ослабленность, гипотрофия, травма головы), в последующем наряду с относительно гармоничным психофизическим развитием отмечались появление неврозоподобных (страх темноты, одиночества, энурез) и церебральных (головные боли, ортостатические головокружения, непереносимость душных помещений, метеочувствительность, повышенная утомляемость) нарушений, а в пубертатном периоде – формирование оппозиционных поведенческих реакций (употребление алкоголя, производных марихуаны, уходы из дома), пароксизмальных нарушений. О наличии органического поражения головного мозга, кроме того, свидетельствовали данные параклинических исследований, выявивших у С. наряду с органической неврологической симптоматикой диффузные изменения биоэлектрической активности мозга резидуально-органического характера с признаками снижения функциональной активности коры головного мозга, «органические» изменения на эхо- и реоэнцефалограммах. Данная дисфорическая реакция не сопровождалась бредом, галлюцинациями, выраженной дезорганизацией психической деятельности, глубоким помрачением сознания и не достигала характера временного психического расстройства, однако ограничивала способность С. в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (ч. 1 ст. 22 УК РФ).

Литература

Андреева Е.С. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства в соответствии со ст. 22 УК РФ: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 2000.

Вандыш-Бубко В.В. Ограниченная вменяемость: принципы судебно-психиатрической оценки // Медицинская и судебная психология. Курс лекций / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М.: Генезис, 2005. – С. 141–161.

Дозорцева Е.Г., Сулимовская Е.И. Особенности судебно-психологической экспертной диагностики аффекта у несовершеннолетних обвиняемых (16–18 лет) // Судебно-психологические критерии диагностики аффекта у обвиняемых. Пособие для врачей / Под ред. Дмитриевой Т.Б., Макушкина Е.В. – М., 2004.

Калашиник Я.М. Патологический эффект// Проблемы судебной психиатрии. – М., 1941. – Вып. 3. – С. 241–280.

Кондратьев Ф.В. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости // Ограниченная вменяемость. – М., 1996. – С. 18–28.

Коченов М.М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. – М., 1980.

Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М.: Издательство Московского государственного университета, 1999. – 495 с.

Печерникова Т.П., Гильдан В.В., Остришко В.В. Особенности экспертной оценки у психически здоровых и психопатических личностей: Методические рекомендации – М., 1983.

Сафуанов Ф.С. Аффект: судебно-психологический экспертологический анализ // Психологический журнал. – 2001. – № 3. – С. 11–17.

Ситковская О.Д. Аффект: криминально-психологическое исследование. – М., 2001.

Шипшин С.С. Ретроспективная диагностика психического состояния в судебно-психологической практике: Методическое пособие. – Ростов-на-Дону, 2000.

Яблокова Л.Н. Особенность оценки эмоциональных состояний несовершеннолетних обвиняемых при проведении комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз: Дис... канд. психол. наук. – СПб., 2005.

Е.В. Макушкин, В. Д. Бадмаева, Е.Г. Дозорцева **Кратковременные расстройства психической** **деятельности у несовершеннолетних:** **психолого-психиатрическая оценка²⁶**

С конца XIX в. и до настоящего времени по-прежнему «остаются спорными синдромологическая, нозологическая и экспертная квалификации» кратковременных расстройств психической деятельности патологического и непатологического уровня (Доброгаева, 1989).

Еще большую сложность составляет квалификация этих состояний в подростковом возрасте. Так, анализ 1478 стационарных однородных и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ), проведенных несовершеннолетним обвиняемым в ГНЦССП им. В.П. Сербского за 10 лет (1997–2007 гг.) показывает их достаточную редкость, при их примерном соотношении 10:1 между немногочисленными решениями в пользу невменяемости при транзиторных (кратковременных) аффективных патологических расстройствах психической деятельности и собственно аффекта.

Традиционно изучение кратковременных расстройств психической деятельности проводилось на материале судебно-психиатрических, а к концу XX и началу XXI столетия – комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (СПЭ и КСППЭ). В работах R. Krafft-Ebing (1869, 1909), СС. Корсакова (1901), В.П. Сербского (1906, 1912), Е. Kretschmer (1925), Я.М. Калашника (1941), Г.В. Морозова (1965), А.К. Качаева (1963, 1988), Т.П. Печерниковой (1962, 1987), М.С. Доброгаевой (1982, 1989), Б.В. Шостаковича (1992), И.А. Кудрявцева (1988, 1999, 2002), Т.Б. Дмитриевой, Е.В. Макушкина, Ф.С. Сафуанова (2004, 2007) и др. рассматривались «патологический» и «физиологический» аффекты, определялись и обосновывались дифференциально-диагностические критерии, клинические особенности и динамика их протекания, зависимость между типом ситуации, особенностями личности и структурой собственно аффективных реакций патологического и неболезненного характера.

При судебно-психиатрической оценке патологических и непатологических реакций в подростковом возрасте в момент совершения общественно опасного деяния (ООД) требуется обязательный учет возрастных и личностных особенностей несовершеннолетнего, влияния психотравмирующей ситуации, выраженности дизонтогенетической, органической и иной «патологической почвы», степени и глубины изменения сознания, дезорганизации психической деятельности, мотивации и критичности, поведенческой дисрегуляции.

Влияние выраженных эмоциональных состояний на регуляцию поведения при совершении агрессивно-насильственных правонарушений учитывается в российском законодательстве. Так, в Уголовном кодексе Российской Федерации 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. 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 СПЭ или КСППЭ.

В рамках последней задача эксперта-психиатра состоит в исключении патологических состояний психики подэкспертного во время совершения им противоправных действий, а экс-

²⁶ Российский психиатрический журнал, 2012, № 2.

перта-психолога – в квалификации эмоционального состояния, в котором находился подэкспертный, как аффекта или иной формы эмоционального реагирования.

В отечественной психологической литературе, посвященной проблемам кратковременных расстройств психической деятельности в экспертной практике, понятие аффекта как эмоционального состояния, оказывающего влияние на регуляцию поведения в уголовно-правовой ситуации, впервые подробно рассмотрено М.М. Коченовым (1974, 1980). Физиологический аффект – эквивалент юридической категории «внезапно возникшее сильное душевное волнение» – он определял как вариант нормальной эмоциональной реакции, характеризующийся рядом специфических особенностей: внезапностью возникновения, большой взрывной силой и кратковременностью. Основой для диагностики аффекта служит трехфазная структура его развития: предварительная стадия, стадия собственно аффективного взрыва и стадия истощения. В каждой из указанных стадий выделяются характерные признаки, как внутренние субъективные, так и внешние феноменологические (Ситковская, 2001).

Группой ученых – судебных психологов и психиатров ГНЦССП им. В.П. Сербского предложены критерии диагностики аффекта для всех категорий подэкспертных, в том числе и несовершеннолетних²⁷. Наличие основных (облигатных) критериев обязательно для установления аффекта, при этом диагностирование дополнительных (факультативных) признаков делает экспертный вывод более доказательным.

Квалификация эмоционального состояния обвиняемого подростка в момент совершения им агрессивного-насильственного правонарушения как аффекта в практике проведения КСППЭ несовершеннолетних встречается значительно реже по сравнению со взрослыми обвиняемыми. Так, в отделении судебно-психиатрических экспертиз детей и подростков ФГБУ ГНЦССП им. В.П. Сербского за последние 10 лет такое экспертное решение было вынесено всего 4 раза, что составило 0,67 % всего числа экспертиз, назначенных несовершеннолетним, совершившим агрессивные-насильственные правонарушения. Редкость аффекта и его квалификация у подростков связаны с тем обстоятельством, что в этом возрасте формирование психологических структур, отвечающих за сдерживание агрессивных и внешнеобвиняющих реакций, еще не завершено. 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 практически не встречаются. Во всех проанализированных нами случаях квалификации эмоционального состояния несовершеннолетнего как аффекта он имел *кумулятивный* характер. Характерная для аффекта 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. Следует подчеркнуть, что подробный психологический анализ возникновения и развития психотравмирующей ситуации, а также детальное изучение процесса переживания ее подростком являются обязательными составляющими работы эксперта-психолога при оценке аффективных состояний (Кудрявцев, 1999).

Содержанием психотравмирующей ситуации, как правило, являются сложные конфликтные взаимоотношения обвиняемого с одним из членов семьи или другим значимым лицом,

²⁷ См. часть III настоящего издания.

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 ориентации, 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. Как правило, 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 оказываются неуспешными по причине использования неконструктивных «копинг-стратегий» (реакции избегания, ухода от решения проблемной ситуации, нанесение демонстративных самоповреждений как призыв о помощи), а также узости репертуара имеющихся в его распоряжении способов и стратегий совладающего поведения, а в отдельных случаях – некоторой пассивности и несамостоятельности в принятии решений. В то же время следует отметить, что в случае длительного семейного конфликта подросток в силу своего зависимого от взрослых положения объективно не может самостоятельно реализовать меры по прекращению сложившейся ситуации.

Существенный вклад в возникновение и поддержание эмоционального напряжения при длительных психотравмирующих воздействиях вносят *индивидуально-психологические* особенности несовершеннолетнего. Их роль может быть охарактеризована двояким образом. С одной стороны, они предрасполагают к оценке любой субъективно сложной ситуации как психотравмирующей, а в условиях реальной стрессовой ситуации приводят к формированию выраженных по глубине эмоциональных состояний. С другой стороны, сохраняющееся в течение длительного времени эмоциональное состояние в рамках длительной психотравмирующей ситуации приводит к заострению уже имеющихся у подростка индивидуально-психологических особенностей («психогенное развитие личности», по Н.Б. Морозовой, 1986).

Психологический анализ показывает, что для несовершеннолетних обвиняемых, состояние которых впоследствии квалифицировалось как аффект, характерна определенная личностная структура. Возникновению эмоционального напряжения в ситуации длительного психотравмирующего воздействия способствуют такие личностные особенности несовершеннолетних, как сенситивность, повышенная чувствительность к фрустрирующим внешним воздействиям, недостаточная сформированность механизмов личностной защиты, склонность к фиксации на негативных переживаниях, а также пассивность, несамостоятельность, зависимость от мнений и оценок окружающих. Подэкспертные, совершившие агрессивные правонарушения в состоянии аффекта, как правило, отличаются позитивной личностной направленностью, стремлением проявить себя социально положительным образом, 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. Обычно им является один из родителей или близких родственников, причем часто находящийся в состоянии алкогольного опьянения. 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 подэкспертным как реальная угроза жизни и способствуют нарастанию состояния эмоционального напряжения, которое сопровождается переживаниями чувства обиды, несправедливости, страха. Попытки несовершеннолетнего разрешить вновь возникшую конфликтную ситуацию не выходят за рамки его

привычного реагирования в субъективно сложных ситуациях. Среди таких способов преобладают избегание конфронтации с принятием уступчивой позиции, стремление нивелировать конфликт, успокоить потерпевшего, а также избежать продолжения взаимодействия с ним, физически устранившись из ситуации. Предпринятые подростком попытки совладания с ситуацией оказываются неуспешными в связи с противодействием со стороны потерпевшего, а также дальнейшей эскалацией конфликта. Последующие агрессивные действия и избивание потерпевшим несовершеннолетнего приводят к возникновению у него ощущения субъективной безвыходности ситуации и страха за собственную жизнь. Неспособность подростка справиться с ситуацией привносит новый оттенок в его переживания: к чувству 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, имеющая взрывной характер, с резким повышением уровня энергетика, сопровождающаяся 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.

Другим вариантом постаффективной стадии является преобладание дезорганизации психической деятельности, проявляющейся в нецеленаправленной двигательной активности, сохранении повышенного уровня возбуждения с недостаточным осмыслением происходящего, а также частичной амнезией текущих событий. Признаки дезорганизации могут проявляться и при попытках несовершеннолетнего скрыть следы содеянного: при внешней упорядоченности отдельных действий другие поступки носят нецеленаправленный и несоответствующий мотиву характер, поведение в целом непоследовательно и противоречиво.

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 состояний является сумеречное помрачение сознания. При этом обобщающее понятие «исключительные состояния», к сожалению, в судебной практике и подростковой клинике используется все реже в силу развития 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, предложенные 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 психотравмы (стресс-фактор), как правило, общими признаками могут считаться: выраженное, вплоть до сумеречного, помрачение сознания, дисрегуляция поведения, дезорганизация психической деятельности с нарушением критичности, брутально-

стью агрессивных поступков, нередко с двигательными автоматизмами и стереотипными действиями.

Острые аффективные патологические реакции («реакции короткого замыкания») занимают особое место среди острых психогенных психозов. Это самые кратковременные психотические состояния, которые длятся от нескольких минут до нескольких часов и заканчиваются внезапно состоянием тяжелого соматопсихического 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 прослеживается наличие выраженных соматогенных астенизирующих факторов: физическое истощение, недосыпание, инфекционные и соматические заболевания – либо протрагированной психотравмирующей ситуации, связанной с перенесенными потрясениями («жестокое обращение», «физическая жестокость и сексуальное насилие» и проч.).

Аффективные патологические реакции типа реакций короткого замыкания начинаются быстро, 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, от преобладания тормозимости, эмоциональной лабильности, возбудимости или эпилептоидности. Аффект всегда предметен, т. е. относится только к определенному субъекту, являющемуся источником психотравматизирования. Такие острые патологические аффективно-шоковые реакции развиваются на фоне уже накопленного длительного психогенного аффективного напряжения, связанного с той же ситуацией или с тем же лицом, что и сама реакция. Непосредственным толчком к возникновению «взрывного» характера аффективного разряда является очередной конфликт со «стрессором» или какой-либо добавочный психогенный повод, который сам по себе может быть и незначительным, но, падая на подготовленную (сенситивизированную) почву, оказывается той «последней каплей, которая переполняет чашу» (*Aschaffenburg, 1906*).

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. Возникающее при этом некорректируемое стремление избавиться от тягостного аффекта завершается совершением импульсивных действий, не сопровождающихся 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». Повреждения получает обычно не только субъективно значимый «стрессор» – потерпевший субъект, но и предметы, расположенные вокруг, даже случайные лица. Заканчиваются такие реакции обычно состоянием протрации, 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 у взрослых лиц. 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 подростковом возрасте наблюдается большое количество разнообразных аффективных реакций непсихотического уровня.

При сопоставлении острых аффективных психотических и непсихотических реакций было установлено, что психотравмирующая ситуация, как причина личностных аффективных реакций, лишена той массивности, тяжести и драматичности, которые характерны для реакций психотического уровня {Морозова, 1986}. Она субъективно значима. Соотношение силы психогенных травм и выраженность особенностей личности подростков резко смещены в сторону последней (утрированные самолюбие, эгоцентризм, обидчивость, ранимость, заниженная самооценка, максимализм в оценках, требованиях, претенциозность и пр.). Большое значение в особенностях реагирования у таких подростков имеют последствия неправильного воспитания и запоздалая социализация личности в виде педагогической запущенности. Если у подростков с острыми аффективными психотическими реакциями отмечаются сенситивно-шизоидные преморбидные особенности личности, то в группе аффективных реакций непсихотического уровня преобладают истеровозбудимые черты.

Исследование Н.Б. Морозовой (1986) выявило, что сложность и 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 длительного повседневного психогенного травмирования, приводящего 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, «пролонгированной 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, имеющему разнородную синдромальную структуру.

С учетом необходимости анализа стрессорных факторов, оценки состояния психотравмы, изменения личности и квалификации патологической, болезненной реакции в момент ООД экспертам при формулировании ответов на заданные прокуратурой, судом и следственными органами вопросы рекомендуется также учитывать рубрики МКБ-10 (T74 «Синдром жестокого обращения»; T74.1 «Физическая жестокость»; T74.2 «Сексуальная жестокость»; T74.3 «Психологическая жестокость»; T74.8 «Другие синдромы жестокого обращения», а также Z61.5 «Проблемы, связанные с возможным изнасилованием ребенка посторонним лицом»; Z61.7 «Личные потрясения, перенесенные в детстве», Z61.6 «Проблемы, связанные с возможным физическим 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 fuga), вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Классификация также не исключает присутствия частичной или полной диссоциативной амнезии (F44.0) эпизода.

Сумеречное помрачение сознания является как обобщающим квалифицирующим признаком, характерным для всех острых патологических аффективных (исключительных) состо-

яний, 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. Сумеркам нередко предшествуют изменения личности на фоне субъективно значимых стрессовых, астенизирующих факторов и переживаний. В большинстве наблюдений такого рода состояний в подростковом возрасте выявляются факторы органического фона (иногда в виде «мягких» неврологических знаков), связанные с перенесенной ранее внутриутробной и перинатальной патологией. Например, изменения личностной структуры (расстройства идентификации) и нарушения адаптации у девушки 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 у наблюдаемой нами пациентки синдром сумеречного расстройства сознания развился на сложном личностно-органически-аффективном фоне («постоянная почва») после присоединившихся еще 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. Тем самым подтверждаются дезориентировка, изменение восприятия, глубина помрачения сознания.

Патологическое просоночное состояние по клиническому оформлению близко к собственно сумеречному расстройству сознания. Преципитирующее (подталкивающее) значение в его формировании 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 в период 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 определяющихся формирующейся личностной патологией, либо, напротив, кумуляция психогенно травмирующих переживаний) подростки по проявлению кратковременных психотических аффектогенных состояний и их клинико-психопатологическому оформлению отличаются от взрослых. Следует отметить, что более чем за 20-летнюю практику стационарных СПЭ несовершеннолетних экспертами ГНЦССП им В.П. Сербского не квалифицировано ни одного случая патологического аффекта и патологического опьянения у подростков. Тем не менее авторы не исключают наличие такого рода состояний и в подростковой клинике с обязательным наличием триггерного (пускового) механизма, какими 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, относящихся к временным видам патологии, в том 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» объединяет те виды расстройств, которые имеют свое название, но редко встречаются в психиатрической практике.

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

Вопросы диагностической квалификации и формулирования экспертных выводов в случаях кратковременных расстройств психической деятельности у несовершеннолетних до настоящего времени оказываются чрезвычайно сложными. Нами разработан следующий методологический алгоритм комплексной оценки этих состояний:

1. Эксперты-психиатры и психолог осуществляют предварительную оценку состояния в момент совершения общественно опасного деяния.
2. Психиатры проводят дифференциальную диагностику, исключая транзиторные и аффективные психозы иной этиопатогенетической структуры.
3. Психолог в пределах экспертных заданий проводит необходимые экспериментально-психологические исследования и, так же как психиатры, знакомится с материалами уголовного дела.
4. 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.
5. 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.

6. Выполняется совместная работа над оформлением экспертного заключения с комплексацией и интеграцией специальных знаний, а при необходимости – формулированием самостоятельных ответов экспертов (как психиатров, так и психологов) на поставленные вопросы, отражающие специфические характеристики эмоционального реагирования несовершенно-

летнего лица. Чаще всего сложный непатологический характер состояния подростка во время совершения ООД служит основанием для решения специалистов о необходимости увеличения срока производства стационарной экспертизы (практически всегда он составляет не менее 60 суток).

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

8. 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 КСППЭ, так как после исключения психиатрами психотической аффективной реакции встает вопрос о необходимости оценки степени выраженности непсихотической аффективной реакции (в том числе аффекта), что входит в компетенцию эксперта-психолога. С учетом специфики неблагоприятного органического фона, личностных и поведенческих девиаций в пубертатном периоде лечение лиц, признанных невменяемыми, следует проводить в психиатрических стационарах общего типа.

Несовершеннолетним, перенесшим острые аффективные патологические реакции, генез которых был вызван повторным психотравмированием, психогенным дистрессом, жестоким обращением, может быть рекомендовано амбулаторное принудительное наблюдение и лечение.

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 степень благополучия микросоциальной ситуации, разрешенность психотравмы, невозможность ее рецидива.

Литература

Доброгаева М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической клинике: Дис... д-ра мед. наук. – М: ВНИИ-СиСП им. В.П. Сербского, 1989.

Коченов М.М. Судебно-психологическая экспертиза физиологического аффекта // Труды / Высшая школа МВД СССР. – М., 1974.

Коченов М.М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. – М., 1980.

Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М.: Изд-во МГУ, 1999.

Морозова Н.Б. Острые аффективные реакции у несовершеннолетних с психогенным развитием личности: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М., 1986.

Ситковская О.Д. Аффект: криминально-психологическое исследование. – М., 2001.

Судебно-психологические критерии диагностики аффекта у обвиняемых: Пособие для врачей/ Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Е.В. Макушкина. – М., 2004.

Aschaffenburg G. Das Verbrechen und seine Bekämpfung. – Heidelberg: Carl Winter, 1906.