
Правовой разбор: способы опровержения психиатрического диагноза 1996 года (F20.8083), существующего только в медицинской документации

1. Постановка вопроса

Заявителю в 1996 году был установлен диагноз «шизофрения, детский тип, диссоциированный дефект, психопатоподобный синдром (F20.8083)». С 1996 года лицо не обращалось за психиатрической помощью, не имело рецидивов, госпитализаций и лечения, сохраняло социальное функционирование; при этом запись в медицинской документации сохраняется и может быть использована при выдаче справок, заключений, при прохождении медосмотров, при решении вопросов о допуске к отдельным видам деятельности. Задача — установить правовой механизм доказывания отсутствия «диссоциированного дефекта» и «эндогенного процесса» в прошлом, а также определить, какие процессуальные формы для этого существуют и какие правовые последствия сохраняются.

Разбор построен по принципу раскрытия **всех существенных версий** (внесудебная клинико-экспертная, специальный механизм ст. 40.1 Закона № 3185-I, административное судопроизводство, особое производство, исковое производство, уголовно-процессуальный контекст), поскольку в зависимости от фактических обстоятельств (был ли заявитель в 1996 году несовершеннолетним; применялась ли недобровольная госпитализация; сохранилась ли первичная документация; существует ли конкретное правоотношение, в котором запись используется) применимой окажется та или иная комбинация.

2. Исходная правовая квалификация записи 1996 года

2.1. Диагноз — медицинское заключение, а не правовой акт

Запись о диагнозе в медицинской карте сама по себе не является ненормативным правовым актом и не порождает прав и обязанностей напрямую. Правовые последствия возникают не из записи, а из **решений**,

принимаемых на её основе: заключения врачебной комиссии, медицинского заключения о наличии противопоказаний, решения комиссии врачей-психиатров об установлении диспансерного наблюдения и т. п.

Это означает, что предметом доказывания в любом процессе будет не «запись» как таковая, а: - **соответствие диагноза клиническим критериям** классификации, действовавшей (или применяемой) на момент его установления; - **наличие или отсутствие у лица психического расстройства** в юридическом смысле — том, который используется в ст. 1, 4, 27, 29 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» и в ст. 29 ГК РФ; - **законность применённых мер** (в частности, недобровольной госпитализации).

Ключевой вывод: доказывать «отсутствие эндогенного процесса» в медицинском смысле юридически бессмысленно, поскольку «эндогенный процесс» — патогенетическая гипотеза, а не диагноз и не рубрика МКБ. Юридически доказывается **несоответствие формулировки диагноза клиническим критериям рубрики F20 МКБ-10 и отсутствие оснований для применения мер психиатрического вмешательства.**

2.2. «Диссоциированный дефект» и «эндогенный процесс» — категории вне МКБ-10

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (ВОЗ; рус. изд. — «Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике») **не содержит** ни рубрики «шизофрения, детский тип», ни рубрики «диссоциированный дефект». «Диссоциированный дефект» и «психопатоподобный синдром» — описательные категории отечественной клинической традиции, а не диагностические единицы.

Юридическое значение этого обстоятельства двойное:

1. Если в записи 1996 года диагностическая позиция исчерпывается описательными конструкциями (дефект, синдром) без верифицированной совокупности симптомов, предусмотренных критериями рубрики F20 МКБ-10, то запись **не образует диагностической позиции**, способной порождать правовые последствия, и подлежит уточнению (переформулированию).
2. Если «дефект» действительно имел диагностическое значение, он должен был быть закодирован как **F20.5 «остаточная (резидуальная) шизофрения»**, критерии которой требуют: указания на перенесённый ранее эпизод, отвечающий критериям F20; наличия негативных симптомов;

отсутствия продуктивных симптомов; длительности не менее одного года. Отсутствие такой рубрики в записи — самостоятельный аргумент о её дефектности.

2.3. Проблема кода F20.8083 и применимой классификации — сильный, но требующий проверки аргумент

Код **F20.8083** не является кодом МКБ-10 ВОЗ в стандартном виде: рубрика F20.8 — «Другая шизофрения» (атипичная). Расширения до пятого-шестого знака применяются в адаптированном для РФ варианте МКБ-10 и в клинической практике; структура конкретного кода подлежит верификации по действующей редакции адаптированного варианта.

Принципиально важнее другое. Переход органов и учреждений здравоохранения РФ на МКБ-10 был оформлен **приказом Минздрава России от 27.05.1997 № 170** (с переходным периодом 1997–1999 гг.). Если запись датирована 1996 годом, а содержит код МКБ-10, возможны только два объяснения:

- код внесён **позднее** (ретроспективно) — тогда надлежит установить, когда, кем и на каком основании, является ли это надлежащим уточнением медицинской документации или её несанкционированным изменением;
- датировка или содержание записи **недостоверны**.

Отсюда практическое требование: запрашивать не только копию записи, но и сведения о дате её создания и внесения изменений (журналы регистрации, статистические талоны, форма № 066/у, книга записей вызовов, архивные описи). При наличии признаков позднейшего внесения — ставить перед экспертом отдельный вопрос (см. раздел 11).

2.4. Оговорка о верификации реквизитов

Реквизиты отдельных актов приведены по существу и подлежат сверке с официальным текстом перед публикацией: точный номер и дата федерального закона 2023 года, которым введена ст. 40.1 Закона № 3185-I и изменена ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (принят ГД 19.07.2023, одобрен СФ 28.07.2023); нумерация статей 45–48 Закона № 3185-I (контроль, защита прав, обжалование, прокурорский надзор); действующие приказы Минздрава России о порядках ведения унифицированных форм медицинской документации.

3. Версия 1. Внесудебный (клинико-экспертный) порядок пересмотра диагноза

3.1. Правовая основа

- ст. 48 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» — врачебная комиссия медицинской организации, консилиум врачей;
- Порядок создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н;
- ст. 23 Закона № 3185-I — психиатрическое освидетельствование (в добровольном порядке, при наличии информированного добровольного согласия, ст. 4 и ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ);
- ст. 27 Закона № 3185-I — диспансерное наблюдение, устанавливаемое решением комиссии врачей-психиатров и прекращаемое при выздоровлении или улучшении состояния;
- ст. 22 Федерального закона № 323-ФЗ (части 4 и 5, в редакции Федерального закона от 29.07.2017 № 242-ФЗ) — право непосредственно знакомиться с медицинской документацией и получать по запросу, в том числе в электронной форме, медицинские документы, их копии и выписки.

3.2. Содержание процедуры

Первичный и наиболее реалистичный шаг — обращение в медицинскую организацию, в которой хранится документация (либо в психоневрологический диспансер по месту жительства), с заявлением:

1. о предоставлении копий всех медицинских документов за 1996 год и последующие периоды (ст. 22 ч. 4, 5 Федерального закона № 323-ФЗ);
2. о рассмотрении вопроса о **верификации (пересмотре) диагноза** на врачебной комиссии с привлечением врача-психиатра, с вынесением мотивированного заключения;
3. о прекращении диспансерного наблюдения (если оно формально не прекращено) со ссылкой на ст. 27 Закона № 3185-I;
4. о внесении в медицинскую документацию уточняющей записи по результатам рассмотрения.

Обязанность медицинской организации — обеспечить доступ к документации и рассмотреть обращение; сроки и порядок выдачи документов и заключений определяются приказом Минздрава России, утвердившим Порядок выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений (приказ

Минздрава России от 14.09.2020 № 972н — реквизиты подлежат сверке на актуальность).

3.3. Ограничение этой версии

Внесудебная комиссия — это комиссия той же медицинской организации (или системы), в которой диагноз был поставлен. Она не связана обязанностью признать ошибку 29-летней давности и, как правило, не расположена к пересмотру. Вместе с тем даже **мотивированный отказ** является юридически ценным: он создаёт предмет для последующего оспаривания (раздел 5) и устанавливает хронологию обращения.

3.4. Практический вывод по версии 1

Версия необходима как **первый, обязательный по логике доказывания шаг**, но недостаточна для конечного результата. Её правильная цель — не «победа», а получение: (а) копий первичной документации; (б) письменного ответа с мотивировкой; (в) документально зафиксированной даты, с которой исчисляются процессуальные сроки.

4. Версия 2. Специальный механизм ст. 40.1 Закона № 3185-I: обособление и запрет использования документации

4.1. Содержание нормы

Федеральным законом, принятым ГД 19.07.2023 и одобренным СФ 28.07.2023, Закон № 3185-I дополнен **ст. 40.1** «Особенности ведения, использования и хранения медицинской документации, оформленной при оказании лицу психиатрической помощи в недобровольном порядке». Согласно частям 3 и 4 этой статьи:

- при принятии указанных в части первой статьи **судебных актов, решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) или решения комиссии врачей-психиатров** медицинская документация должна содержать **указание на недопустимость её использования для оценки состояния психического здоровья этого лица и выдачи в отношении его заключений, справок;**
- медицинская организация, оказывающая психиатрическую помощь в стационарных условиях, обязана обеспечить **обособленное хранение** такой документации, исключающее возможность её использования при

оказании помощи этому лицу, и **ограничить доступ** в информационных системах здравоохранения к электронным документам и (или) сведениям о таком оказании помощи.

Параллельно соответствующая обязанность установлена в ст. 79 Федерального закона № 323-ФЗ (в редакции того же закона).

4.2. Почему это ключевой механизм для данной ситуации

Это единственная норма, которая **прямо и адресно** решает задачу «нейтрализации» записи: документация не аннулируется, но получает правовой режим, при котором её использование для оценки психического здоровья и выдачи заключений и справок **недопустимо**. Практически это означает блокировку всех тех правовых последствий, ради предотвращения которых обычно и предпринимается спор (справки для медосмотров, для допуска к деятельности, для органов опеки и т. п.).

Существенно, что норма связывает последствия **не с датой оказания помощи**, а с датой принятия акта. Следовательно, судебный акт, вынесенный в 2025–2026 годах по поводу событий 1996 года, формально подпадает под её действие.

4.3. Три «спусковых крючка» — и почему административный путь здесь ценнее судебного

Норма называет три альтернативных основания:

Основание	Доступность в 2026 г.	Комментарий
Судебный акт	ограничена сроками (ст. 219 КАС РФ)	по актам 1996 г. срок давно истёк; восстановление маловероятно
Решение вышестоящего органа (должностного лица)	не ограничена	Росздравнадзор, орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения, Минздрав России
Решение комиссии врачей-психиатров	не ограничена	клинико-экспертная комиссия, врачебная комиссия

Это принципиальный практический вывод: **там, где судебное оспаривание событий 1996 года блокировано давностью, механизм ст. 40.1 достигим через решение вышестоящего органа или комиссии врачей-**

психиатров, для которых сроков давности не установлено. Жалоба в Росздравнадзор подаётся в порядке, предусмотренном Положением о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения (утв. постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 № 323), и Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ»; надзорные полномочия прокуратуры — ст. 10, 21, 26, 27 Федерального закона от 17.01.1992 № 2202-1 «О прокуратуре РФ».

4.4. Ограничение этой версии

Ст. 40.1 **не отменяет диагноз**. Она ограничивает использование документации, но не преобразует запись в «несуществующую» и не заменяет решение о пересмотре диагноза. Если перед лицом стоит задача не просто нейтрализовать последствия, а добиться юридической констатации ошибочности диагноза, ст. 40.1 должна сочетаться с версиями 1, 3-5.

4.5. Практический вывод по версии 2

Это **наиболее эффективный и наименее рискованный** путь в условиях 2026 года: он не требует преодоления исковой давности, не требует установления «отсутствия эндогенного процесса» и даёт немедленный юридически значимый результат — запрет использования документации для оценки психического здоровья и выдачи справок. Приоритетная последовательность: комиссия врачей-психиатров → вышестоящий орган (Росздравнадзор / орган управления здравоохранением субъекта РФ) → при необходимости судебное подтверждение.

5. Версия 3. Административное судопроизводство (КАС РФ): оспаривание отказов и решений

5.1. Предмет оспаривания

Оспаривать акты 1996 года напрямую по гл. 22 КАС РФ практически бесперспективно: трёхмесячный срок (ст. 219 КАС РФ) истёк, а во многих случаях самого акта (например, судебного решения о недобровольной госпитализации) не существует. Однако **оспаривание отказов 2025-2026 годов** — полноценный и своевременный маршрут:

- отказ врачебной комиссии в пересмотре диагноза;
- отказ в прекращении диспансерного наблюдения;
- отказ в выдаче медицинского заключения об отсутствии противопоказаний;

- решение комиссии врачей-психиатров (в порядке гл. 22 КАС РФ, с учётом публично-властного характера функций, реализуемых медицинскими организациями при оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке).

Срок — три месяца со дня, когда лицу стало известно о нарушении права (ст. 219 КАС РФ); пропущенный срок может быть восстановлен судом.

5.2. Бремя доказывания — главное преимущество

Согласно ч. 11 ст. 226 КАС РФ, обязанность доказывания законности оспариваемых решений, действий (бездействия) возлагается **на орган (организацию, должностное лицо)**, принявший оспариваемый акт. Аналогичный подход закреплён в постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 27.09.2016 № 36 «О некоторых вопросах применения судами Кодекса административного судопроизводства РФ».

Это переворачивает задачу: не заявитель доказывает отсутствие эндогенного процесса, а медицинская организация обязана доказать **обоснованность** своей позиции, то есть представить документацию, из которой следуют клинические основания диагноза и оснований для отказа. Если документация дефектна или утрачена — риск лежит на организации, а не на гражданине.

5.3. Специальная глава 30 КАС РФ

Если в настоящее время (а не в 1996 году) возникает вопрос о психиатрическом освидетельствовании в недобровольном порядке или о госпитализации в недобровольном порядке, применяется гл. 30 КАС РФ (ст. 274–280), а не гл. 22. Это отдельный процессуальный режим с обязательным участием прокурора и самого гражданина. В контексте 1996 года эта глава неприменима, но она важна для оценки законности тех мер, которые применялись тогда: Закон № 3185-I (ст. 29, 32–35) с момента вступления в силу с 01.01.1993 предусматривал судебный порядок недобровольной госпитализации.

5.4. Практический вывод по версии 3

Оптимальный маршрут — **оспаривание свежего отказа**, а не исторического акта. При этом суд будет вынужден исследовать обоснованность диагноза 1996 года и, при необходимости, назначить экспертизу (ст. 77 КАС РФ). Это косвенно решает и задачу «доказывания отсутствия дефекта»: доказывать будет противоположная сторона.

6. Версия 4. Особое производство (гл. 28 ГПК РФ): установление факта отсутствия расстройства

6.1. Конструкция

Ст. 264 ГПК РФ допускает установление фактов, имеющих юридическое значение, в том числе «других фактов» (п. 10 ч. 2). Ст. 265 ГПК РФ требует, чтобы факт не мог быть установлен иным способом и заявитель не имел иной возможности получить надлежащие документы. Заявление подаётся по правилам ст. 266–267 ГПК РФ, рассматривается по ст. 268 ГПК РФ.

6.2. Позиция А (ограничительная, преобладающая в практике): такой факт в особом производстве не устанавливается

Аргументация судов: - наличие или отсутствие заболевания — вопрос, разрешаемый **специальными познаниями**, а не судом; в особом производстве экспертное исследование не является обязательным элементом; - «факт отсутствия психического расстройства» сам по себе **не порождает правовых последствий**, а является лишь условием для реализации прав; юридический факт должен быть непосредственно связан с возникновением, изменением или прекращением правоотношения; - если имеется спор с медицинской организацией относительно содержания документации, налицо **спор о праве**, что исключает особое производство (ст. 263 ГПК РФ — оставление заявления без рассмотрения); - фактически заявитель добивается опровержения содержания официального документа, что возможно в порядке оспаривания документа либо в исковом порядке, но не в особом производстве.

6.3. Позиция Б (допустимость): факт устанавливается при наличии правовой цели

Аргументация: - перечень ст. 264 ГПК РФ открыт (п. 10 ч. 2), а «факт отсутствия заболевания» имеет юридическое значение, если от него зависит конкретное право (право на допуск к деятельности, на оружие, на управление транспортом, на опеку, на трудоустройство); - при утрате первичной документации или отказе в её предоставлении заявитель объективно лишён иной возможности (ст. 265 ГПК РФ); - отсутствие спора о праве подтверждается тем, что требование не сопряжено с притязанием на имущество или на изменение правоотношения с конкретным ответчиком.

6.4. Практический вывод по версии 4

Версия **рискованна и не должна быть основной**. Если она используется, формулировка предмета должна быть предельно конкретной: не «установить факт отсутствия шизофрении», а «установить факт отсутствия у заявителя психического расстройства, препятствующего [конкретное право]», с приложением доказательств отказа в реализации этого права. Абстрактная формулировка почти гарантированно приведёт к отказу или оставлению заявления без рассмотрения. Более надёжно использовать установление факта как **вспомогательный элемент** в рамках искового или административного производства.

7. Версия 5. Исковое производство: защита личных неимущественных прав и компенсация морального вреда

7.1. Защита чести, достоинства, личной и семейной тайны

Ст. 150, 152, 152.2 ГК РФ; ст. 23, 24 Конституции РФ; ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (сведения о состоянии здоровья — специальная категория персональных данных); ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ и ст. 9 Закона № 3185-I (врачебная тайна).

Позиция А. Диагноз, не соответствующий действительности, представляет собой сведение, порочащее честь и достоинство; при его распространении (выдача характеристик, справок, сообщений третьим лицам, работодателю, в органы) возникает право на опровержение и на компенсацию морального вреда.

Позиция Б. Медицинский диагноз — не «сведение» в смысле ст. 152 ГК РФ, а профессиональное суждение, оценка состояния здоровья; он не подлежит опровержению по правилам ст. 152 ГК РФ, а оспаривается в специальном (клинико-экспертном или административно-судебном) порядке. Кроме того, сам факт наличия записи в медицинской документации, доступной ограниченному кругу лиц, не образует «распространения».

Практический вывод. Версия работает только при доказанном **распространении** (кому, когда, в каком документе) и при готовности суда оценивать диагноз. Наиболее реалистична как «дополнительная» — при наличии конкретного эпизода разглашения или выдачи справки третьему лицу.

7.2. Компенсация морального вреда и перераспределение бремени доказывания — наиболее сильный инструмент

Ст. 151, 1064, 1068, 1098 ГК РФ; ст. 4, 13, 15, 29 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Здесь действует принципиально иная конструкция бремени доказывания: - п. 2 ст. 1064 ГК РФ — презумпция вины причинителя вреда; отсутствие вины доказывает причинитель; - ст. 1098 ГК РФ и п. 4 ст. 13, ст. 29 Закона о защите прав потребителей — **исполнитель** обязан доказать отсутствие недостатков услуги (в данном случае — обоснованность диагноза и законность применённых мер).

То есть при правильной квалификации (медицинская услуга оказана с недостатками — необоснованный диагноз, необоснованное вмешательство) **заявителю не нужно доказывать отсутствие эндогенного процесса**: он доказывает факт оказания услуги, неблагоприятные последствия и причинную связь, а медицинская организация доказывает соответствие диагноза клиническим критериям.

Разъяснения: постановление Пленума ВС РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда»; постановление Пленума ВС РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей»; постановление Пленума ВС РФ от 19.12.2003 № 23 «О судебном решении» (оценка доказательств).

О сроках. По требованиям о защите личных неимущественных прав и других нематериальных благ исковая давность не распространяется (ст. 208 ГК РФ), в том числе по требованию о компенсации морального вреда, причинённого посягательством на нематериальные блага. По требованиям имущественного характера (возмещение расходов) применяется трёхлетний срок (ст. 196 ГК РФ). Это делает «исторический» характер нарушения 1996 года юридически преодолимым — в отличие от КАС РФ.

Практический вывод по версии 5. Наиболее перспективная **исковая** конструкция — не спор о «правильности диагноза», а иск о компенсации морального вреда вследствие недостатков медицинской помощи (необоснованный диагноз, возможно — необоснованная госпитализация), где бремя доказывания обоснованности диагноза лежит на медицинской организации, а исковая давность не применяется к неимущественному требованию.

8. Версия 6. Уголовно-процессуальный контекст

Если вопрос возникает в рамках уголовного дела (например, при решении вопроса о вменяемости, о применении принудительных мер медицинского характера, при проверке сообщения о преступлении), применяются:

- ст. 74 УПК РФ — доказательства, включая заключение эксперта (п. 3 ч. 2) и заключение специалиста (п. 3.1 ч. 2);
- ст. 195–207 УПК РФ — порядок назначения и производства судебной экспертизы; ст. 198 УПК РФ — права подозреваемого, обвиняемого при назначении экспертизы (заявлять отвод эксперту, ходатайствовать о производстве экспертизы в конкретном учреждении, ставить дополнительные вопросы, присутствовать с разрешения следователя);
- **ст. 201 УПК РФ — комплексная судебная экспертиза:** в заключении указывается, какие исследования и в каком объёме провёл каждый эксперт, какие факты установил и к каким выводам пришёл; каждый эксперт подписывает свою часть и несёт за неё ответственность;
- ст. 207 УПК РФ — дополнительная и повторная экспертиза;
- постановление Пленума ВС РФ от 21.12.2010 № 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам».

Практический вывод. В уголовном процессе возможности заявителя шире (право ходатайствовать, представлять заключение специалиста как доказательство), но и пределы уже: вопросы права (законность госпитализации) перед экспертом не ставятся — это исключительная компетенция суда. Комплексная экспертиза (ст. 201 УПК РФ) здесь — не «единственное допустимое», а одно из доказательств, оцениваемых по ст. 17, 88 УПК РФ.

9. Является ли комплексная психиатрическая (психиатрическая и психологическая) экспертиза единственным допустимым доказательством?

9.1. Правовая позиция 1 (доминирующая): нет, не является

- ч. 2 ст. 67 ГПК РФ: никакие доказательства не имеют для суда заранее установленной силы;
- ч. 2 ст. 17 УПК РФ: то же правило в уголовном процессе;
- гл. 6 КАС РФ (ст. 84 КАС РФ — оценка доказательств): суд оценивает доказательства по внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном, объективном и непосредственном исследовании;

- заключение эксперта — лишь одно из доказательств наряду с медицинской документацией, заключением врачебной комиссии, заключением специалиста, объяснениями, иными письменными доказательствами.

Следовательно, отсутствие эндогенного процесса и дефекта может доказываться **совокупностью** доказательств: содержанием первичной документации, катamnестическими данными, отсутствием записей о наблюдении и лечении, заключением врачебной комиссии, свидетельскими показаниями (по фактам социального функционирования, а не по медицинским вопросам).

9.2. Правовая позиция 2 (ограничительная): фактически без экспертизы вопрос неразрешим

- суд не вправе разрешать вопрос, требующий специальных знаний, самостоятельно;
- в ряде категорий дел экспертиза прямо обязательна (например, ч. 4 ст. 283 ГПК РФ — по делу о признании гражданина недееспособным назначается судебно-психиатрическая экспертиза; при уклонении от экспертизы суд вправе признать факт установленным — ч. 3 ст. 79 ГПК РФ);
- без экспертного исследования первичной документации суд не сможет оценить соответствие диагноза критериям МКБ-10, а значит, откажет в иске за недоказанностью.

9.3. Соотношение позиций и практический вывод

Различие — не в формальном правиле, а в **фактической необходимости**. Формально экспертиза не единственное и не имеющее заранее установленной силы доказательство. Фактически — без судебно-психиатрического (в идеале комплексного) экспертного исследования, построенного на первичной документации, спор о соответствии диагноза критериям МКБ-10 неразрешим.

Важное уточнение о комплексности. Психологическая часть комплексной экспертизы **не может** устанавливать наличие или отсутствие психического расстройства — это предмет психиатрии. Психолог исследует познавательную, эмоционально-волевую сферу, личностные особенности. Поэтому: - **Позиция А:** комплексная экспертиза необходима, поскольку «дефект» включает и психологические характеристики (диссоциация, личностные изменения), и их оценка требует двух специальностей (ст. 82 ГПК РФ — комплексная экспертиза; ст. 201 УПК РФ). - **Позиция Б:** достаточна судебно-психиатрическая экспертиза; привлечение психолога — вспомогательное, не влияющее на диагностическую квалификацию по МКБ-10.

Практический вывод: ходатайствовать следует о **комплексной** экспертизе (это расширяет доказательственную базу и затрудняет отказ), но не строить стратегию на утверждении, что без неё иные доказательства недопустимы — суд это утверждение отвергнет.

10. Вправе ли гражданин самостоятельно инициировать комплексную экспертизу?

10.1. Судебная экспертиза — нет

Судебная экспертиза назначается **только судом** (ст. 79 ГПК РФ; ст. 77 КАС РФ) либо следователем/дознавателем/судом в уголовном процессе (ст. 195 УПК РФ). Гражданин вправе:

- заявить ходатайство о назначении экспертизы (ст. 35, 79 ГПК РФ; ст. 45, 77 КАС РФ; ст. 119, 198 УПК РФ);
- предложить вопросы для постановки перед экспертом (ч. 2 ст. 79 ГПК РФ);
- предложить экспертное учреждение или конкретного эксперта;
- заявить отвод эксперту;
- ходатайствовать о дополнительной или повторной экспертизе (ст. 87 ГПК РФ, ст. 207 УПК РФ);
- присутствовать при производстве экспертизы, если это предусмотрено процессуальным законом.

Отказ суда в назначении экспертизы оформляется определением, которое может быть обжаловано (с оговоркой о невозможности самостоятельного обжалования в некоторых случаях — по ГПК РФ такие определения не обжалуются отдельно, возражения включаются в апелляционную жалобу).

10.2. Внесудебное экспертное исследование — да, но с ограниченным статусом

Гражданин вправе обратиться в экспертное учреждение или к врачу-психиатру (специалисту) и получить заключение во внесудебном порядке. Процессуальный статус такого заключения различается:

Процесс	Статус внесудебного заключения
ГПК РФ	самостоятельное «заключение специалиста» как доказательство не предусмотрено; возможно приобщение как письменного доказательства и получение консультации специалиста (ст. 188 ГПК РФ)

Процесс	Статус внесудебного заключения
КАС РФ	приобщается как письменное доказательство; служит основанием для назначения судебной экспертизы
АПК РФ	прямо предусмотрена консультация специалиста (ст. 87.1 АПК РФ), а также иные формы
УПК РФ	заключение специалиста — самостоятельный вид доказательства (п. 3.1 ч. 2 ст. 74 УПК РФ), специалист — ст. 58 УПК РФ

Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» распространяется на судебную экспертизу; внесудебное исследование под его действие не подпадает, но требования к квалификации эксперта и к обоснованности выводов целесообразно соблюдать.

10.3. Практический вывод

Самостоятельно инициировать **судебную** комплексную экспертизу нельзя — только ходатайством. Внесудебное заключение получить можно, и оно полезно: (а) как основание для возбуждения процедуры пересмотра диагноза; (б) как основание для назначения судебной экспертизы (наличие «противоречия» в доказательствах — ч. 1 ст. 87 ГПК РФ); (в) как доказательство добросовестности заявителя. Но заменой судебной экспертизы оно не является.

11. Катамнез 1996-2025 годов: доказательственное значение и его пределы

11.1. Позиция А: катамнез — самостоятельное и достаточное опровержение

Аргументация: диагноз «эндогенный процессуальный психоз с исходом в дефект» предполагает прогрессивность, нарастание изменений личности, снижение социального функционирования, обычно — потребность в поддерживающем лечении и наблюдении. Отсутствие за 29 лет обращений, госпитализаций, лечения, рецидивов при сохранении социального функционирования и трудоспособности **несовместимо** с таким диагнозом. Следовательно, диагноз был ошибочным с самого начала, а не «компенсировался».

11.2. Позиция Б: катамнез не опровергает диагноз ретроспективно

Аргументация: психиатрия допускает спонтанные и медикаментозно не поддержанные ремиссии, компенсаторные механизмы и «мягкие» варианты течения; отсутствие обращений может объясняться стигматизацией, избеганием контакта с психиатрической службой, переездом, сменой места жительства, а не отсутствием расстройства. Диагноз — суждение о состоянии на конкретную дату; последующее благополучие не делает его недействительным. Катамнез — лишь один из критериев, вспомогательный.

11.3. Доминирующая позиция в судебной психиатрии и её правовое следствие

Ретроспективная диагностика требует **анализа первичной медицинской документации** с оценкой состояния на момент освидетельствования по критериям классификации; катамнез — дополнительный, но не заменяющий критерий. Отсюда ответ на поставленный вопрос:

*Отсутствие наблюдения и рецидивов с 1996 года **само по себе** не опровергает диагноз; оно является сильным, но вспомогательным доказательством. **Пересмотр (верификация) первичного освидетельствования обязателен** — иначе спор сведётся к оценке настоящего состояния, а не к оценке записи 1996 года.*

Однако это правило действует при **сохранившейся** документации. Если первичная документация утрачена (см. раздел 12.3), а бремя доказывания законности вмешательства лежит на медицинской организации (ч. 11 ст. 226 КАС РФ; ст. 1064, 1098 ГК РФ), неустранимые сомнения должны толковаться в пользу гражданина.

11.4. Практический вывод

Стратегия должна быть двухслойной: (1) **клинический слой** — экспертное исследование первичной документации на соответствие критериям МКБ-10 на 1996 год; (2) **катамнестический слой** — документально подтверждённые данные о социальном функционировании (трудовая книжка, справки с мест работы, отсутствие записей в диспансере, отсутствие рецептов, отсутствие госпитализаций). Только совокупность даёт результат.

12. Соответствие диагноза 1996 года критериям МКБ-10: как это доказывается

12.1. Клинические критерии, подлежащие проверке

Для рубрики F20 МКБ-10 (ВОЗ) необходимы: - **G1** — не менее одного симптома: эхо мыслей, вкладывание/отнятие/открытость мыслей; бред воздействия, контроля, пассивности, бредовое восприятие; галлюцинаторные голоса комментирующего или обсуждающего характера; стойкий бред иного содержания, культурно неадекватный и невозможный; - **G2** — не менее двух симптомов: стойкие галлюцинации любой модальности; разрывы и вставки в потоке мыслей; кататоническое поведение; негативные симптомы; особые нарушения речи/мышления; - **G3** — длительность не менее одного месяца; - **G4** — исключение органической (F0) и интоксикационной (F1x.5) этиологии.

Соответственно, доказательственная задача — показать, что в записи 1996 года **отсутствует описание** симптомов G1 и двух симптомов G2, не указана длительность и не зафиксировано исключение органической патологии. Наличие только «дефекта» и «психопатоподобного синдрома» этим критериям не отвечает.

12.2. Вопросы для постановки перед экспертом (рекомендуемый перечень)

1. Соответствует ли содержание первичной медицинской документации 1996 года клиническим критериям рубрики F20 МКБ-10 (G1–G4)?
2. Зафиксированы ли в документации симптомы, относящиеся к группе G1, и не менее двух симптомов группы G2, их длительность и исключение органической и интоксикационной этиологии?
3. Является ли «диссоциированный дефект» диагностической категорией МКБ-10? Если нет — какое клиническое содержание вкладывалось в эту формулировку и отражено ли оно в документации?
4. Соответствует ли состояние, зафиксированное в 1996 году, критериям иной рубрики МКБ-10 (например, F21, F60–F69, F07, F84) и каковы диагностические последствия такого несоответствия?
5. Каким классификатором (МКБ-9, МКБ-10 ВОЗ, адаптированный вариант МКБ-10) мог быть присвоен код F20.8083 в 1996 году и соответствует ли структура кода году внесения записи?
6. Имеются ли признаки позднейшего (ретроспективного) внесения кода, уточнения или изменения формулировки диагноза?
7. Совместима ли совокупность катamnестических данных 1996–2025 годов с диагнозом, установленным в 1996 году?

8. Имелись ли в 1996 году основания, предусмотренные ст. 29 Закона № 3185-I, для недобровольной госпитализации? *(формулировать осторожно — вопрос о наличии клинических оснований, а не о законности как таковой)*

Вопросы о законности госпитализации перед экспертом **не ставятся** — это вопрос права, разрешаемый судом.

12.3. Критический практический риск: сохранность документации

Медицинская документация подлежит хранению в течение сроков, установленных номенклатурой дел и перечнями архивных документов (для историй болезни и амбулаторных карт традиционно применяется срок 25 лет; конкретный срок подлежит уточнению по действующей номенклатуре медицинской организации). Для записи 1996 года 25-летний срок истёк в 2021 году. Если документация уничтожена, возможности доказывания резко сужаются, и это обстоятельство должно быть использовано в пользу гражданина: утрата документации не может толковаться против него, а бремя доказывания обоснованности диагноза и законности вмешательства лежит на медицинской организации.

13. Правовые последствия, сохраняющиеся в настоящем, и способы их устранения

Последствие	Правовое основание	Способ устранения
Диспансерное наблюдение (если не прекращено)	ст. 27 Закона № 3185-I	прекращение решением комиссии врачей-психиатров; при отказе — КАС РФ
Отказ в медицинском заключении об отсутствии противопоказаний	ст. 22, 78, 79 Федерального закона № 323-ФЗ; приказ Минздрава России от 14.09.2020 № 972н	пересмотр диагноза; оспаривание отказа; ст. 40.1
Ограничения по линии перечня медицинских психиатрических противопоказаний	постановление Правительства РФ от 28.04.1993 № 377	медицинское заключение об отсутствии противопоказаний
Ограничения к управлению	ст. 23, 25 Федерального закона от 10.12.1995 №	

Последствие	Правовое основание	Способ устранения
транспортным средством	196-ФЗ; постановление Правительства РФ от 29.12.2014 № 1604	медицинское освидетельствование; оспаривание отказа
Ограничения в сфере оборота оружия	ст. 13 Федерального закона от 13.12.1996 № 150-ФЗ	медицинское заключение; оспаривание
Ограничения при трудоустройстве, обязательные медосмотры	приказ Минздрава России от 28.01.2021 № 29н	пересмотр диагноза; ст. 40.1
Риск использования записи при опеке, сделках, иных правоотношениях	ст. 29, 30 ГК РФ (требуют судебного решения)	запись сама по себе не влечёт — правовых последствий нет, но требуется нейтрализация (ст. 40.1)
Репутационные и социальные последствия	ст. 150, 151, 152, 152.2 ГК РФ; ст. 23, 24 Конституции РФ	иск о защите нематериальных благ, компенсация морального вреда

Отдельно следует учитывать, что права лиц с психическими расстройствами защищаются целым кругом субъектов (ст. 46 Закона № 3185-І в редакции, приведённой в анализируемых материалах): органы государственной власти РФ и субъектов РФ, Уполномоченный по правам человека в РФ, уполномоченные по правам ребёнка, Общественная палата и субъекты общественного контроля, общественные наблюдательные комиссии, государственные юридические бюро и адвокаты (в том числе в рамках государственной системы бесплатной юридической помощи — Федеральный закон от 21.11.2011 № 324-ФЗ), общественные объединения и негосударственные организации. Обращение к этим субъектам не заменяет процессуальных действий, но создаёт дополнительное давление и фиксирует позицию заявителя.

14. Сводный практический алгоритм

Шаг 1. Запрос копий всей медицинской документации за 1996 год и последующие периоды (ст. 22 ч. 4, 5 Федерального закона № 323-ФЗ; ст. 9

Закона № 3185-І). Фиксация даты подачи и получения. При отказе — жалоба в Росздравнадзор и прокуратуру.

Шаг 2. Проверка: сохранена ли документация; кем и когда внесён код МКБ-10; имеется ли судебный акт о недобровольной госпитализации 1996 года (запрос в архив суда, в медицинскую организацию, в орган управления здравоохранением).

Шаг 3. Обращение в врачебную комиссию / комиссию врачей-психиатров с заявлением о верификации диагноза, прекращении диспансерного наблюдения и внесении уточняющей записи (ст. 48 Федерального закона № 323-ФЗ; приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н; ст. 27 Закона № 3185-І).

Шаг 4. Параллельно — получение внесудебного заключения специалиста (врача-психиатра) по первичной документации с ответами на вопросы раздела 12.2.

Шаг 5. Жалоба в вышестоящий орган (орган управления здравоохранением субъекта РФ, Минздрав России, Росздравнадзор) с требованием о проверке обоснованности диагноза. **Цель — «решение вышестоящего органа» как самостоятельный триггер ст. 40.1 Закона № 3185-І.**

Шаг 6. При получении положительного решения комиссии врачей-психиатров или вышестоящего органа — требование об исполнении ст. 40.1 (обособленное хранение, указание о недопустимости использования, ограничение доступа в информационных системах) и ст. 79 Федерального закона № 323-ФЗ.

Шаг 7. При отказе — административный иск по гл. 22 КАС РФ (оспаривание отказа; бремя доказывания на организации — ч. 11 ст. 226 КАС РФ; ходатайство о комплексной экспертизе — ст. 77 КАС РФ).

Шаг 8. Параллельно или альтернативно — иск о компенсации морального вреда (ст. 151, 1064, 1098 ГК РФ; Закон о защите прав потребителей; постановление Пленума ВС РФ от 15.11.2022 № 33) с ходатайством о комплексной судебно-психиатрической экспертизе (ст. 79, 82 ГПК РФ).

Шаг 9. При наличии конкретного правоотношения, в котором запись используется (отказ в справке, отказ в допуске, отказ в трудоустройстве), — использовать это как «точку входа» для судебного спора; при её отсутствии — искусственно создавать её не следует, но и абстрактные требования заявлять нецелесообразно.

15. Практические выводы по каждой версии (сводка)

1. **Внесудебная комиссия (раздел 3)** — обязательный первый шаг; самостоятельного результата не даёт, но создаёт доказательственную и процессуальную базу.
2. **Ст. 40.1 Закона № 3185-I (раздел 4)** — наиболее эффективный механизм в 2026 году: не требует преодоления давности, даёт немедленный запрет использования документации для оценки психического здоровья и выдачи справок. Не отменяет диагноз, поэтому применяется в связке с иными версиями.
3. **КАС РФ (раздел 5)** — оспаривать нужно свежие отказы, а не акты 1996 года; ключевое преимущество — бремя доказывания на медицинской организации (ч. 11 ст. 226 КАС РФ).
4. **Особое производство (раздел 6)** — рискованно; допустимо только с предельно конкретным предметом и доказанной правовой целью; при абстрактной формулировке — отказ или оставление без рассмотрения.
5. **Исковое производство (раздел 7)** — наиболее перспективно в части компенсации морального вреда: презумпция вины причинителя (п. 2 ст. 1064 ГК РФ), бремя доказывания отсутствия недостатков услуги на исполнителе (ст. 1098 ГК РФ, Закон о защите прав потребителей), исковая давность не применяется к неимущественному требованию (ст. 208 ГК РФ).
6. **УПК РФ (раздел 8)** — применим только в уголовном контексте; там же наибольшие возможности по комплексной экспертизе (ст. 201 УПК РФ) и по представлению заключения специалиста (п. 3.1 ч. 2 ст. 74 УПК РФ).
7. **Экспертиза (разделы 9-10)** — не единственное допустимое доказательство (ч. 2 ст. 67 ГПК РФ, ч. 2 ст. 17 УПК РФ), но фактически необходимое; самостоятельно инициировать судебную экспертизу нельзя, можно — внесудебное исследование и ходатайство о назначении судебной.
8. **Катамнез (раздел 11)** — сильное вспомогательное, но не самодостаточное доказательство; необходим пересмотр первичного освидетельствования по критериям МКБ-10.
9. **Ключевой содержательный вывод по существу вопроса:** доказывать следует не «отсутствие эндогенного процесса» (категория вне МКБ-10 и вне права), а (а) несоответствие записи 1996 года клиническим критериям рубрики F20 МКБ-10 и (б) отсутствие оснований для мер психиатрического вмешательства по ст. 29 Закона № 3185-I, с использованием механизма ст. 40.1 для блокирования текущих правовых последствий.

16. Список использованных нормативных источников

Конституция и международные акты 1. Конституция РФ — ст. 21, 22, 23, 24, 41, 45, 46. 2. Конвенция о правах ребёнка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) — ст. 3, 12, 37.

Кодексы 3. Гражданский кодекс РФ — ст. 12, 150, 151, 152, 152.2, 196, 208, 1064, 1068, 1098, 1099–1101. 4. Гражданский процессуальный кодекс РФ — ст. 35, 56, 67, 79, 80, 82, 83, 87, 188, 254–255, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 281–286. 5. Кодекс административного судопроизводства РФ — ст. 1, 45, 62, 77, 84, 218–227 (гл. 22), 274–280 (гл. 30); ч. 11 ст. 226. 6. Уголовно-процессуальный кодекс РФ — ст. 17, 58, 74, 88, 119, 195–207, 201, 207. 7. Кодекс РФ об административных правонарушениях — ст. 5.39, 13.11. 8. Уголовный кодекс РФ — ст. 137.

Федеральные законы и законы РФ 9. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» — ст. 1, 4, 5, 6, 9, 10, 23, 27, 29, **40.1** (введена Федеральным законом, принятым ГД 19.07.2023, одобренным СФ 28.07.2023), 45–48. 10. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» — ст. 2, 4, 5, 6, 9, 13, 19, 20, 21, **22 (ч. 4, 5, в ред. ФЗ от 29.07.2017 № 242-ФЗ)**, 37, 48, 58, 70, 73, 78, **79**, 98. 11. Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» — ст. 1, 8, 9, 13, 15–17, 23, 25, 41. 12. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» — ст. 10. 13. Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ» — ст. 2, 5, 7, 12. 14. Федеральный закон от 17.01.1992 № 2202-1 «О прокуратуре РФ» — ст. 10, 21, 26, 27. 15. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» — ст. 4, 13, 15, 29. 16. Федеральный закон от 21.11.2011 № 324-ФЗ «О бесплатной юридической помощи в РФ». 17. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в РФ». 18. Федеральный закон от 10.12.1995 № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения» — ст. 23, 25. 19. Федеральный закон от 13.12.1996 № 150-ФЗ «Об оружии» — ст. 13. 20. Федеральный закон от 08.08.2024 № 274-ФЗ (ст. 201 «Комплексная судебная экспертиза» — по представленным материалам).

Подзаконные акты 21. Постановление Правительства РФ от 28.04.1993 № 377 «О реализации Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании"». 22. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения». 23. Постановление Правительства РФ от 29.12.2014 № 1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным

средством». 24. Приказ Минздрава России от 27.05.1997 № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на МКБ-10». 25. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации». 26. Приказ Минздрава России от 14.09.2020 № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений». 27. Приказ Минздрава России от 28.01.2021 № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров». 28. Клинические рекомендации «Шизофрения» (одобрены Научно-практическим советом Минздрава России) — в актуальной редакции. 29. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике (ВОЗ) — рубрики F20, F20.5, F20.8, F21.

Акты высших судов 30. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 27.09.2016 № 36 «О некоторых вопросах применения судами Кодекса административного судопроизводства РФ». 31. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда». 32. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей». 33. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 21.12.2010 № 28 «О судебной экспертизе по уголовным делам». 34. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 19.12.2003 № 23 «О судебном решении». 35. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 24.06.2008 № 11 «О подготовке гражданских дел к судебному разбирательству».

Материалы ИПС «Законодательство России» (pravo.gov.ru), использованные при подготовке 36. Федеральный закон «О внесении изменений в Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании" и статью 79 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"» (принят ГД 19.07.2023, одобрен СФ 28.07.2023) — ст. 40.1 Закона № 3185-І, ч. 3 и 4 (nd=605772027). 37. Федеральный закон «О внесении изменений в Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании"» — новая редакция ст. 46 Закона № 3185-І (nd=605772026). 38. Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ... по вопросам охраны здоровья граждан» — изменения в ст. 1, 3, 4 Закона № 3185-І (nd=102169419).