

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КУРГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Кафедра общей и социальной психологии**

ПРОГРАММА  
И ТЕМЫ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ  
**ПО СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ЮРИДИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА



Работа утверждена на заседании кафедры ОСП

Учебная программа и темы семинарских занятий по курсу “Судебная психиатрия” составлена с учетом изменений, которые произошли в последние годы в психиатрии и судебной психиатрии.

*Составитель:* Старший преподаватель кафедры ОСП КГУ

**А.Б. Хромов**

(С) Курганский государственный университет, 2006



## СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ПО СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

№ п/п	название тем	всего часов	лекции	сем.зан.
1	Предмет и задачи судебной психиатрии. Методы исследования больных с психическими нарушениями. Причины психических заболеваний. Течение психических заболеваний. Патология восприятия, памяти, интеллекта, мышления.		2	2
2	Тема 2. Нарушение эмоций, воли, влечений, сознания. Психопатологические синдромы — невротические, психопатические, психоорганические, психотические.		2	2
3	Тема 3. Эпилепсия Психические нарушения при черепно-мозговой травме. Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга. Патологический климакс. Старческое слабоумие и старческие психозы.		2	1
4	Тема 4. Маниакально-депрессивный психоз. Шизофрения.		2	1
5	Тема 5. Алкоголизм. Наркомании. Токсикомании.		2	1
6	Тема 6. Неврозы. Реактивные психозы. Психопатии. Симуляции.		2	1
7-8	Тема 7-8. Организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессе.		4	2
	<b>ИТОГО</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>10</b>

Тема 1. Предмет и задачи судебной психиатрии. Методы исследования больных с психическими нарушениями. Причины психических заболеваний. Течение психических заболеваний.

Симптомы психических расстройств.

*Патология восприятия.* Иллюзии, галлюцинации. Виды галлюцинаций. Гипнагогические. При открытых глазах — зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные. Истинные галлюцинации. Псевдогаллюцинации. Императивные галлюцинации. Судебно-психиатрическое значение галлюцинаций.

*Нарушения памяти.*

— гипермнезия, гипомнезия, амнезия — ретроградная, антероградная, антеро-ретроградная, фиксационная, прогрессирующая,  
— парамнезии — псевдореминисценции, конфабуляции.

Судебно-психиатрическое значение.

*Нарушения интеллекта.* Олигофрения — идиотия, имбецильность, дебильность (тяжелая, средней степени, легкая). Торжественный дурак. Примитивность интеллекта.

Деменция — парциальная, тотальная, концентрическая.

Судебно-психиатрическая оценка.

*Расстройства мышления.* Нарушения мышления по темпу и форме (ускоренное, заторможенное, обстоятельное, наплывы мыслей, задержка мыслей, разорванность, резонерство, паралогическое мышление).

Нарушения мышления по содержанию — навязчивые идеи, их варианты, сверхценные идеи, их варианты, бредовые идеи. Варианты бредовых идей — на фоне повышенного настроения — бред величия, на фоне страха (бред преследования — особого значения, отношения, воздействия физического и психического, отравления), на фоне пониженного настроения (самообвинения, самоуничтожения, греховности).

Судебно-психиатрическое значение нарушений мышления.

Тема 2. *Нарушения эмоций.* Настроение. Самочувствие. Аффект. Гипертимия. Эйфория. Мория. Гипотимия. Дисфория. Слабодушие. Лабильность эмоций. Недержание эмоций. Судебно-психиатрическое значение эмоциональных расстройств.

*Расстройство воли.* Гипобулия, гипербулия. Кататонический ступор. Кататоническое возбуждение. Восковая гибкость. Активный и пассивный негативизм. Мутизм. Эхोलалия, эхопраксия.

Судебно-психиатрическое значение.

*Расстройства влечений.* Повышение влечений — булемия, гиперсексуальность. Повышение влечений — пищевого, полового. Извращение влечений — пищевого, самосохранения, полового (аутоэротизм, садизм, мазохизм, гомосексуализм, педофилия, геронтофилия, некрофилия). Навязчивые влечения. Импульсивные влечения — пиромания, kleптомания, дромомания.

Судебно-психиатрическое значение нарушений влечений.

*Нарушения сознания.* Выключение сознания — кома, сопор, оглушенность — тяжелая, средней степени, легкая.

Расстройства сознания. Делирий. Сумеречное расстройство сознания — непродуктивные (абсанс, фуга, лунатизм, транс). Продуктивные — параноидное, делириозное.

Судебно-психиатрическое значение.

Психопатологические синдромы

*Невротические синдромы* — неврастенический, астено-вегетативный, астено-депрессивный, астено-ипохондрический, синдром навязчивых состояний, истерический синдром (слепота, немота, глухота, параличи, припадки).

*Психопатические синдромы* — истерический, возбудимый, неустойчивый, гипертимный, гипотимный, циклоидный, шизоидный, эпилептоидный, психастенический, паранояльный.

*Психоорганические синдромы* — энцефалопатический, эпилептический, слабоумие, острые психоорганические синдромы (кома, сопор, оглушенность). Локальные психоорганические синдромы.

*Психотические синдромы.* Синдромы нарушенного сознания (делирий, сумеречное расстройство сознания).

Галлюцинаторно-параноидные синдромы (галлюцинаторный, параноидный, галлюцинаторно-параноидный).

Эмоционально-волевые синдромы — маниакальный, депрессивный, гебефренический, кататонический.

Тема 3. *Эпилепсия.* Предвестники припадка. Варианты ауры. Большой эпилептический припадок, его стадии. Малый припадок. Эпилептические эквиваленты — дисфория, сумеречное расстройство сознания — непродуктивные и продуктивные формы. Изменения личности при эпилепсии.

Судебно-психиатрическая оценка.

*Психические нарушения вследствие черепно-мозговых травм.* Психические нарушения в начальной стадии — состояние выключения сознания (кома, сопор, оглушенность). Амнезии. Вторая стадия — посттравматическая, астения. Третья стадия — обратного развития. Четвертая стадия — посттравматическая энцефалопатия, психопатизация личности по возбудимому, апатическому, истерическому типу. Посттравматическое слабоумие. Посттравматическая эпилепсия. Травматические психозы. Алкоголизм. Судебно-психиатрическая оценка.

*Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга.* Атеросклероз. Начальная стадия — заострение характерологических черт. Неврастенический синдром. Вторая стадия — атеросклеротическая энцефалопатия. Третья стадия — инсульты. Атеросклеротическая деменция.

Атеросклеротические психозы — тревожная депрессия, ипохондрическая депрессия, галлюциноз, параноид.

*Гипертоническая болезнь.* Неврастеническая стадия. Склеротическая стадия. Инсульты. Постинсультная деменция. Сосудистые психозы (депрессия, галлюциноз, параноид).



Судебно-психиатрическое значение сосудистых психозов и слабоумия.  
*Патологический климакс.* Астено-вегетативный синдром.  
Климактерическая депрессия. Пресенильный параноид. Судебно-психиатрическое значение.

Старческое слабоумие и старческие психозы. Судебно-психиатрическая оценка.

Тема 4. *Маниакально-депрессивный психоз.* Маниакальное состояние, депрессивное состояние, светлый промежуток. Циклотимия. Судебно-психиатрическая оценка маниакально-депрессивного психоза.

*Шизофрения.* Распространенность. Основные симптомы. Формы шизофрении. Простая форма. Гебефреническая форма. Кататоническая форма. Параноидная форма. Судебно-психиатрическое значение.

Тема 5. *Алкоголизм.* Роль социальных и биологических факторов в формировании алкоголизма. Варианты и степени простого опьянения. Алкоголизм — стадии и признаки. Алкогольные психозы — делирий, галлюциноз. Параноид. Патологическое опьянение.

Судебно-психиатрическая оценка алкоголизма и алкогольных психозов.

*Наркомания.* Факторы, способствующие формированию наркоманий. Распространенность наркомании, особенно в Тюменской области. Опийная наркомания, гашишизм, кокаиномания, другие наркомании.

*Токсикомании* (барбитураты, бензин, ацетон, клей “момент”). Судебно-психиатрическая оценка наркоманий.

Тема 6. Психогенные психические расстройства

*Неврозы* — определение, клинические варианты — неврастения, невроз навязчивых состояний, истерический невроз. Клинические проявления. Судебно-психиатрическое значение.

Психогенные психозы — острые реактивные психозы — психогенный ступор, реакция панического бегства. Псевдодеменция. Пуэрилизм. Эндоформные психогенные расстройства — психогенная депрессия, психогенный галлюциноз, психогенный параноид. Судебно-психиатрическое значение.

*Расстройство личности — психопатии.* Происхождение психопатий. Классификация психопатий. Клинические особенности основных форм психопатий — истероидная психопатия, возбудимая, неустойчивая, гипертимная, гипотимная, циклоидная, эпилептоидная, шизоидная, психастеническая, параноидная. Социопатия. Психопатизация личности. Судебно-психиатрическое значение психопатий.

*Симуляция.* Предварительная симуляция. Симуляция анамнеза. Симуляция имитационная и вербальная. Метасимуляция. Сверхсимуляция. Распознавание симуляции.

Тема 7-8. Организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессе.

*Права и обязанности психиатра-эксперта.* Правовые принципы назначения судебно-психиатрической экспертизы.

Основные вопросы, которые ставятся судебно-психиатрической экспертизой. Виды судебно-психиатрических экспертиз. Судебно-психиатрическое заключение и его оценка следствием и судом.

*Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе.* Понятие вменяемости и невменяемости. Медицинский и юридический критерии. Способность обвиняемого с психическими расстройствами участвовать в судебно-следственных действиях. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе. Психиатрическое освидетельствование осужденных. Меры медицинского характера в отношении лиц, признанных невменяемыми. Меры медицинского характера в отношении лиц, заболевших после совершения преступления.

Лечебно-реабилитационная тактика в отношении лиц, направленных на принудительное лечение.

*Меры по предупреждению опасных действий лиц с психическими нарушениями.* Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. Понятие о недееспособности. Понятие о гражданской процессуальной дееспособности. Виды судебно-психиатрической экспертизы и вопросы,

подлежащие разрешению при производстве экспертизы в гражданском процессе. Посмертные экспертизы в гражданском процессе. Комплексные судебно-психиатрические экспертизы в уголовном процессе. Комплексные судебно-психиатрические экспертизы в гражданском процессе. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.

## **ТЕМЫ СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЙ**

1-е семинарское занятие. Предмет и задачи судебной психиатрии. Методы исследования больных с психическими нарушениями. Причины психических заболеваний. Течение психических заболеваний.

2-е семинарское занятие. Нарушение эмоций, воли, влечений, сознания.

3-е семинарское занятие. Эпилепсия. Маниакально-депрессивный психоз. Шизофрения.

4-е семинарское занятие. Алкоголизм. Наркомании. Токсикомании. Неврозы. Реактивные психозы.

5-е семинарское занятие. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном и гражданском процессе.

## **ВОПРОСЫ ДЛЯ ЗАЧЕТА ПО СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

1. Предмет и задачи судебной психиатрии
2. Организация и проведение судебно-психиатрических экспертиз
3. Невменяемость
4. Общественно опасные деяния, совершаемые психически больными лицами, и применение к ним принудительных мер медицинского характера
5. Судебно-психиатрическая экспертиза, назначаемая свидетелям и потерпевшим
6. Психиатрическое освидетельствование осужденных
7. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе
8. Общие понятия психических заболеваний
9. Симптоматика психических заболеваний
10. Методы обследования и принципы лечения психических расстройств
11. Классификация психических расстройств
12. Принципы организации и правовые основы оказания психиатрической помощи
13. Возрастные психические расстройства
14. Психические расстройства при заболеваниях головного мозга
15. Психические расстройства при травмах головного мозга
16. Эпилепсия

17. Психические расстройства при соматических заболеваниях и эндокринопатиях
18. Исключительные состояния
19. Психические расстройства при инфекционных заболеваниях
20. Психические расстройства при сифилисе мозга и прогрессивном параличе
21. Алкоголизм
22. Алкогольные психозы
23. Токсикомания
24. Наркомания
25. Шизофрения. Шизотепические и бредовые расстройства
26. Аффективные состояния
27. Неврозы, реакция на стрессовые состояния. Соматоформные расстройства
28. Расстройства личности (психопатии)
29. Олигофрения
30. Симуляция психических расстройств

#### **Вопрос 1. Понятие, предмет и задачи судебной психиатрии**

**Судебная психиатрия** — это наука, изучающая психику человека с точки зрения анализа ее внутренних процессов. Судебная психиатрия имеет много общего с юридической психологией и общей психологией, однако предметы этих наук, хотя и взаимосвязаны, не совпадают. Предметом судебной психиатрии является изучение патологических явлений человеческой психики, отклоняющихся от нормы, тогда как психология, как общая, так и юридическая, занимаются изучением психики человека в пределах нормы.

**Судебная психиатрия** — пограничная наука, в которой находят свое отражение как вопросы правового характера, так и вопросы медицины, общей психиатрии. При проведении судебно-психиатрических экспертиз судебные психиатры применяют методы общей психиатрии, претворяя в жизнь принципы гуманности существующих законов, согласно которым не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т. е. не могло

осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), либо вследствие хронического психиатрического расстройства, временного психиатрического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики. Перед судебная психиатрией, как и перед любой другой наукой, стоит ряд целей, в соответствии с которыми строится система ее задач.

**Цели судебной психиатрии** – это то, для чего предназначена эта отрасль. Целью судебной психиатрии является оценка психического состояния конкретного лица с точки зрения его способности отдавать себе отчет в своих действиях и (или) руководить ими. При этом судебная психиатрия занимается этими вопросами не сама по себе, а по поручению компетентных органов в связи с установлением каких-либо юридических фактов. В соответствии с указанными целями перед судебной психиатрией стоит ряд задач, среди которых:

- проведение судебно-психиатрической экспертизы обвиняемых и подозреваемых;
- проведение судебно-психиатрической экспертизы потерпевших;
- консультирование следователя относительно особенностей психики подсудимых.

Целью судебно-психиатрической экспертизы потерпевших и свидетелей является установление способности указанных лиц правильно воспринимать события и давать о них объективные показания. В гражданском процессе судебно-психиатрическая экспертиза устанавливает дееспособность лица, т. е. возможность понимать значение совершаемых им действий и руководить ими. Возможность отбывания осужденным наказания устанавливается путем проведения освидетельствования.

Для выполнения поставленных перед нами задач нужно ориентироваться в вопросах права, иметь большой клинический опыт, помогающий диагностировать психиатрическое расстройство и определить его тяжесть. Наиболее сложным вопросом при вынесении заключения судебно-психиатрической экспертизы является вопрос вменяемости, так как далеко не все лица, имеющие психиатрическое отклонение, являются невменяемыми. Критерии вменяемости при различных психиатрических расстройствах постоянно разрабатываются и уточняются.

Основными методами обследования психиатрически больных лиц являются: 1) клиническое обследование; 2) лабораторные методы, включающие: электрофизические, биохимические исследования, способствующие правильной диагностике заболевания, уточняющие природу психиатрического расстройства.

Во время проведения экспертизы судебные психиатры проводят лечебные мероприятия средствами, применяемыми в общей психиатрии. Имеющиеся в прошлом утверждения о том, что проведение лечебных мероприятий в ходе проведения судебно-психиатрической экспертизы может исказить клиническую картину заболевания, в настоящее время

опровергнуты, установлены их целесообразность. Во-первых, лечение должно быть начато как можно раньше, что повышает его эффективность, а во-вторых, в ходе лечебных мероприятий по изменению симптоматики может быть поставлен более точный диагноз и дана наиболее полная судебно-психиатрическая оценка заболевания.

Принудительному лечению психически больных лиц в теории судебной психиатрии уделяется большое внимание, так как данный вопрос играет решающую роль в профилактике совершения психически больными лицами преступлений, общественно опасных деяний. В ходе принудительного лечения применяются все современные клинические методы, проводятся реабилитационные мероприятия. Критерии отмены принудительного лечения постоянно уточняются и разрабатываются. После окончания принудительного лечения лицо должно находиться под постоянным наблюдением врачей-психиатров в психоневрологических диспансерах по месту жительства. При обострении болезни или рецидиве должна быть произведена немедленная госпитализация больного. Психопрофилактические мероприятия проводятся и с осужденными, проявляющими различные психические отклонения во время отбытия наказания.

Научно-методическим центром судебной психиатрии в СССР, а затем — России является Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского в г. Москве. . Данный центр, который был создан в 1921 г. на базе Пречистенской психиатрической больницы, первоначально создавался как Институт и играет ведущую роль в развитии судебной психиатрии в нашей стране.

## **Вопрос 2. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы**

**Эксперт** — это лицо, обладающее специальными знаниями, не заинтересованное в деле и назначенное для производства экспертизы. Эксперт не зависит от сторон в судебном процессе. Это обеспечивается тем, что экспертные судебно-психиатрические учреждения в нашей стране находятся в ведении органов здравоохранения. Методическое и научное руководство судебно-психиатрической экспертизой осуществляются Министерством здравоохранения Российской Федерации через Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени Сербского.

Судебно-психиатрическим экспертом может быть только врач-психиатр, обладающий не только высокой профессиональной квалификацией, но и знающий права и обязанности эксперта, предусмотренные уголовно-процессуальными законодательством. С целью согласованности действий по организации и проведению судебно-психиатрических экспертиз разработаны и применяются специальные межведомственные инспекции Министерства здравоохранения, Министерства юстиции, Министерства внутренних дел, прокуратуры и верховного суда.

Основными задачами судебно-психиатрической экспертизы являются:

- определение психиатрического состояния и заключение о временности подозреваемых, обвиняемых и подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло сомнение в их психиатрической болезни после совершения преступления;
- определение психиатрического состояния свидетелей и потерпевших и заключение об их способности правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела, в случаях, когда у органов дознания, следствия и суда возникает сомнение в психиатрическом здоровье указанных лиц;
- определение психиатрического состояния истцов, ответчиков по гражданскому судопроизводству, а также лиц, в отношении которых решается вопрос о дееспособности.

В соответствии с п. 4 Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы, а также в соответствии с уголовно-процессуальным и гражданско-процессуальным законодательством судебно-психиатрическая экспертиза проводится по постановлению органа дознания, следователя, прокурора, по определению суда и определению (постановлению) по делу частного обвинения или в порядке подготовки гражданского дела. О назначении судебной психиатрической, как и другой, экспертизы в ходе уголовного судопроизводства могут ходатайствовать обвиняемый, защитник, представитель обвиняемого, потерпевший, его представитель, обвинитель в судебном заседании. По делам гражданского судопроизводства о проведении экспертизы могут заявлять ходатайства истец, ответчик, их представители, прокурор.

При рассмотрении дела о признании гражданина недееспособным проведение судебно-психиатрической экспертизы является обязательным.

Чаще всего основаниями для назначения судебно-психиатрической экспертизы обвиняемому, подозреваемому по уголовным делам являются сведения о его состоянии на учете в психоневрологическом диспансере, о лечении в прошлом в психиатрических больницах, о перенесенных заболеваниях и травмах головного мозга, если они сопровождались психиатрическими нарушениями, вызвали ухудшение успеваемости или снижение трудоспособности. Принимаются во внимание данные о психиатрических заболеваниях родственников, данные трудовой или военно-психиатрической экспертизы об инвалидности или негодности к военной службе по состоянию психиатрического здоровья, сведения о проявляющихся странностях поведения лица, о попытках самоубийства и т. д. Учитываются заявления соответствующих общественных организаций, характеристики и отзывы учреждений с указанием на психическую неполноценность лица, показания свидетелей по делу, высказывающих сомнение в психическом здоровье лица.

Сбор, объективное изучение лица и обобщение всех вышеуказанных сведений имеет большое значение, способствует своевременному назначению судебно-психиатрической



экспертизы, вынесению верного заключения экспертов, а также может предотвратить необоснованное назначение и проведение судебно-психиатрической экспертизы. Особой критической оценке должны подвергаться показания свидетелей, родственников и иных лиц, прямо или косвенно заинтересованных в деле, так как ими могут быть даны предвзятые, необъективные сведения. Наиболее часто такие факты могут иметь место при рассмотрении дел о признании лица дееспособным либо недееспособным в гражданском судопроизводстве. При подготовке материалов дела к проведению судебно-психиатрической экспертизы дознаватель, следователь, судья принимают все меры для всестороннего изучения личности обвиняемого, его социального поведения, окружения, круга его интересов, поведения в быту, на рабочем месте и т. д. Данные о странности поведения, немотивированности совершенного опасного деяния, особая жесткость преступления являются показаниями для назначения судебно-психиатрической экспертизы, но далеко не всегда свидетельствуют о психическом расстройстве лица. При проведении экспертизы они оцениваются наряду с другими данными о личности преступника.

После осуждения лица во время нахождения его в местах лишения свободы при необходимости администрация учреждения может поставить вопрос о судебно-психиатрической экспертизе осужденного. Основанием для этого может служить неадекватное поведение лица, его жалобы определенного характера.

Проведение судебно-психиатрических экспертиз, как правило, поручается постоянным судебно-психиатрическим комиссиям, созданным на базе психоневрологических диспансеров или психиатрических больниц. Кроме того, дознаватель, следователь и суд могут поручить проведение судебно-психиатрической экспертизы любым врачам, имеющим звание врача и прошедшим специализацию по психиатрии. Наиболее сложные, повторные экспертизы проводятся в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

Судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, проводится комиссией в составе не менее 3-х врачей-психиатров: докладчика, члена и председателя комиссии. При проведении сложных и повторных экспертиз комиссия создается из большого количества врачей. В соответствии с уголовно-процессуальным законодательством эксперт имеет право на ознакомление с материалами уголовного дела, имеющими значение для дачи экспертного заключения. Дознаватель, следователь обязаны наряду с постановлением о назначении экспертизы подготовить все необходимые материалы. Это:

- медицинские документы;
- истории болезни;
- данные, характеризующие лицо;
- характеристики с места работы, учебы;

— по месту жительства свидетельские показания родственников и иных лиц.

Однако достаточно часты случаи, когда данные и материалы уголовного дела не дают объективной оценки состояния больного. При медленно текущих формах психических расстройств в периоды рассмотрения больные не проявляют признаков психического расстройства, находятся в обычной для них социальной среде, продолжают работу, учебу, сохраняют социальную адаптацию. Проявляющиеся странности поведения окружающие воспринимают как особенности характера.

При необходимости эксперт может ходатайствовать о предоставлении ему дополнительных материалов, допросов свидетелей по определенным вопросам, например о поведении лица до совершения общественно опасного деяния.

При назначении судебно-психиатрической экспертизы обвиняемому, подозреваемому перед экспертом, как правило, ставятся следующие вопросы:

- имеется ли у лица какое-либо психическое заболевание или психическое расстройство, и если да, то какое именно;
- могло лицо при совершении преступления осознавать общественно-опасный характер своих действий и руководить ими? Вменяем ли он;
- имеется ли у лица какое либо психическое расстройство на момент производства экспертизы;
- нуждается ли он в принудительном лечении?

На основе сложившейся многолетней практики судебно-медицинских экспертиз существует несколько видов судебно-психиатрической экспертизы.

1. Экспертиза в кабинете следователя, как правило, носит консультативный характер, проводится одним врачом-психиатром путем однократного осмотра. По результатам данного вида экспертизы выводится заключение о проведении вида экспертиз (амбулаторной, стационарной), о возможности проведения с лицом следственных действий, о психическом состоянии лица на данный, определенный момент. Кроме того, врач-эксперт дает рекомендации следователю о необходимости сбора дополнительного материала по уголовному делу, уточнению определенных обстоятельств. Заключение, вынесенное в результате данного вида экспертизы, носит предположительный характер.

2. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза проводится путем однократного о свидетельствования лица комиссией врачей-психиатров. Преимуществом данного вида экспертизы является ее краткосрочность, а недостатком — ограниченные возможности наблюдения. Как правило, амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза дает объективную оценку состояния лица и отвечает на все поставленные вопросы, однако при затруднении диагностики необходимо стационарное обследование.

Перед проведением экспертизы члены комиссии изучают материалы дела, затем в ходе проведения экспертизы докладчик докладывает историю болезни, комиссия проводит беседы с подэкспертным. По результатам экспертизы составляется заключение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, в котором отражаются все ответы на поставленные вопросы. Если экспертная комиссия не имеет возможности дать исчерпывающие ответы, то выносится заключение о проведении стационарной судебно-психиатрической экспертизы. В большинстве случаев амбулаторные судебно-психиатрические экспертизы назначаются лицам, состоящим на учете в психоневрологических диспансерах по месту жительства и имеющим неярко выраженные психические расстройства, лицам, совершившим преступление в состоянии алкогольного опьянения и имеющим кратковременное расстройство психической деятельности. Амбулаторная экспертиза, кроме того, назначается лицам для определения дееспособности, потерпевшим и свидетелям.

Проведение судебно-психиатрической экспертизы предусмотрено уголовно-процессуальным законом. Назначение стационарной судебно-психиатрической экспертизы производится с санкции прокурора. Проведение такого вида экспертизы обусловлено необходимостью наблюдения за состоянием подэкспертного лица в течение достаточно длительного времени, проведения ряда лабораторных исследований. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза также необходима при трудностях дифференциальной диагностики заболевания и определении степени психических изменений.

3. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза проводится в судебно-психиатрических отделениях больниц Министерства здравоохранения РФ. Стационарное обследование не должно продолжаться более 30 дней. При необходимости срока обследования, когда за данный срок невозможно дать окончательное заключение о психическом состоянии и вменяемости подэкспертного лица, экспертная комиссия выносит решение о продлении срока обследования. Данное решение направляется органу, назначившему стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

На каждого подэкспертного больного заводится история болезни. В случае необходимости для обследования могут быть привлечены врачи-консультанты различных специальностей. Проведение стационарной экспертизы не исключает проведения в ходе исследования методов лечения, принятых в психиатрических учреждениях. Проведение лечебных мероприятий улучшает состояние больного и способствует определению динамики психических изменений. Во время проведения экспертизы проведение каких-либо следственных действий с участием подэкспертного является нецелесообразным, так как это

может пагубно воздействовать на состояние лица, нарушить клиническую картину заболевания.

Проведение судебно-психиатрической экспертизы в судебном заседании (следующий вид психиатрической экспертизы) является необходимым, когда во время проведения судебного заседания у суда возникло сомнение в психическом здоровье подсудимого. Однако, если лицо ранее не подвергалось судебно-психиатрическому освидетельствованию и не давало повода сомневаться в психической полноценности, судебно-психиатрическая экспертиза в судебном заседании не может быть достаточно объективной и эффективной. В этих случаях рекомендуется начать амбулаторную или стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Чаще всего экспертиза в судебном заседании проводится в отношении лиц, которых была проведена экспертиза и у суда возникло сомнение в правильности заключения либо положения вынесенного заключения по мнению суда нуждается в разъяснении. Также проведение судебно-психиатрической экспертизы в судебном заседании может быть связано с изменением психического состояния и поведения подсудимого. В данных случаях приходится дифференцировать реактивный психоз, психогенную декомпенсацию и симуляцию.

Перед началом судебного заседания эксперт-психиатр знакомится с материалами уголовного дела, собранными после проведения обвиняемому, подозреваемому судебно-психиатрической экспертизы, а также с материалами личного дела лица, содержащегося в следственном изоляторе. В ходе судебного заседания эксперт внимательно наблюдает за подсудимым, анализирует его поведение и сопоставляет свои впечатления с изученными материалами. С разрешения представляющего судьи эксперт имеет право задавать подсудимому вопросы, вопросы могут также задаваться потерпевшему и свидетелям. В случае изменения показаний необходимо установить причину расхождения между показаниями, данными ранее, и показаниями, данными в судебном заседании.

С разрешения председательствующего вопросы могут быть заданы и эксперту, при этом эксперт отвечает на вопросы, относящиеся к его компетенции. Заключение по поставленным вопросам эксперт представляет суду в письменном виде. На судебное заседание могут быть приглашены несколько экспертов-психиатров. Если они приходят к общему мнению при ответах на поставленные вопросы, то составляется единое заключение. Если эксперты расходятся во мнении, то они составляют свои заключения. При этом судом выясняется, почему каждый из экспертов не согласен с другими мнениями.

Если непосредственное обследование обвиняемого невозможно либо необходимо установить психическое состояние умершего, проводится заочная судебно-психиатрическая экспертиза. Примером заочной экспертизы является экспертиза по делам о самоубийстве, а также по гражданским делам о признании завещания недействительным. При заочной

судебно-психиатрической экспертизе используются медицинские документы — истории болезни и амбулаторные карты, свидетельские показания, письма, дневники обследуемого. При недостаточности материалов при проведении заочных экспертиз эксперт выносит заключение о невозможности проведения экспертизы.

Заключение судебно-психиатрической экспертизы оформляется актом экспертизы, составленным в соответствии с уголовно-процессуальным законодательством. Заключение эксперта, оформленное актом, является доказательством по делу. Содержание акта экспертизы должно излагаться языком, понятным не только медицинским, но и следственным работникам. Выводы о диагнозе и судебно-психиатрическая оценка должны быть обоснованы и разъяснены.

Акт судебно-психиатрической экспертизы состоит из введения, сведений о жизни обследуемого и психического состояния, заключительной и мотивировочной части. Мотивировочная часть включает в себя выводы и их обоснование. Особое внимание в акте уделяется психическому состоянию лица в период совершения общественно-опасного деяния (до совершения преступления, во время его совершения и после этого). Применение в акте проводится клиническое обоснование диагноза, аргументируется судебно-психиатрическая оценка применительно к юридическому критерию невменяемости.

Выводы эксперта в акте судебно-психиатрической экспертизы должны являться ответами на поставленные перед экспертом вопросы. Иногда по результатам проведения судебно-психиатрической экспертизы выясняются новые обстоятельства, имеющие значение для дела, о которых вопросы при назначении экспертизы поставлены не были. В данных случаях эксперты указывают на данные обстоятельства в акте экспертизы.

При назначении судебно-медицинского освидетельствования осужденным, находящимся в исправительно-трудовых учреждениях и отбывшим наказание в виде лишения свободы, администрация учреждения, как правило, ставит перед экспертами вопрос: “Может ли осужденный по своему психическому состоянию находиться в местах лишения свободы, отбывать наказание”? Если экспертами будет установлено, что на момент совершения общественно-опасного деяния у лица уже имелось психическое заболевание, которое не было выявлено в ходе расследования дела, то суд имеет право возобновить дело по вновь отрывшимся обстоятельствам и назначать лицу судебно-психиатрическую экспертизу.

Наряду с вопросами о вменяемости эксперт в заключении имеет право отметить, как суд должен оценивать показания подэкспертного лица. При даче экспертом-психиатром заключения о вменяемости лица при наличии имеющихся каких-либо психических расстройств в мотивировочной части заключения должно быть обосновано то, что лицо могло осознавать фактический характер своих действий и руководить ими во время совершения общественно-опасного деяния. Акт, составленный при производстве судебно-

психиатрической экспертизы, оценивается следственными органами и судом как источник доказательств по делу. В случае недостаточной ясности и полноты заключения эксперта, составлявшие заключение, должны быть допрошены по вопросам, требующим разъяснения и дополнения. При необходимости может быть назначена дополнительная экспертиза. Сомнения в правильности выводов эксперта в отношении вменяемости-невменяемости лица влекут назначения повторной судебно-психиатрической экспертизы, которая назначается, как правило, лицам, у которых определение их психического состояния предоставляет значительные трудности с точки зрения определения диагноза и судебно-психиатрической оценки. Часто выводы повторной судебно-психиатрической экспертизы не соответствуют выводам первоначально проведенной экспертизы. Это обусловлено тем, что в период между первоначальной и повторной экспертизами увеличивается объем информации, имеющий диагностическую значимость, выявляется непостоянная психопатологическая симптоматика, уточняется динамика психического состояния.

### **Вопрос 3. Невменяемость**

Понятие вменяемости-невменяемости в судебной психиатрии с научной точки зрения связано с волевой сферой, т. е. с возможностью распоряжаться своими действиями, регулировать свое поведение и оценивать совершаемые поступки. С точки зрения уголовного закона понятие невменяемости дано в ст. 21 Уголовного кодекса РФ, где указано: “Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т. е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики. Лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом”.

Структуру невменяемости составляют два критерия:

- медицинский;
- юридический.

Медицинский критерий определяет психическое состояние лица в сравнении с биологической нормой. Лицо может признаваться невменяемым только, если его психическое состояние характеризуется какой-либо патологией. К числу элементов, составляющих медицинский критерий, относятся:

- хронические психические расстройства — непрерывно или приступообразно протекающие психические заболевания, имеющие тенденцию к прогрессированию и

приводящие к глубоким и стойким личностным изменениям (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, прогрессивный паралич и другие);

- временные психические расстройства — психические расстройства, имеющие различную продолжительность и заканчивающиеся выздоровлением (алкогольные психозы, реактивные психозы, исключительные состояния и другие);
- слабоумие — все случаи различных по этиологии состояний стойкого снижения психической деятельности, сопровождающихся поражением интеллекта — мышления, памяти, необратимыми изменениями личности, нарушением или невозможностью социальной адаптации;
- иные болезненные состояния психики — состояния, не являющиеся психическими заболеваниями, но характеризующиеся различными нарушениями психической деятельности (психопатии, некоторые случаи глухонемоты и другие).

Отнесение болезни к тому или иному медицинскому критерию в ряде случаев является условным и при определении вменяемости решающей роли не играет. Применение медицинского критерия вменяемости-невменяемости при проведении судебно-медицинской экспертизы заключается в диагностировании заболевания, определении его клинической формы, психопатологических особенностей. Точная диагностика позволяет правильно оценить состояние лица на различных этапах болезни.

Юридический критерий определен в законе как невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Юридический критерий включает в себя два признака — интеллектуальный и волевой. Юридический критерий позволяет экспертам сделать окончательный вывод о наличии или отсутствии невменяемости. Для установления юридического критерия достаточно одного из его элементов: или интеллектуального, или волевого. Если лицо вследствие какого-либо заболевания (медицинский критерий) не могло отдавать отчет в своих действиях, т. е. понимать фактическую сторону своих действий или осознавать их общественную опасность (юридический критерий), оно является невменяемым. Однако отсутствие одного из признаков юридического критерия, например достаточная сохранность интеллектуально-мнестических функций при изменении способности руководить своими действиями, затрудняет выводы эксперта. Однако если при неболезненных аномалиях психики отсутствует медицинский критерий невменяемости, юридический критерий присутствует, выносится заключение о вменяемости лица. Таким образом, соотнесение медицинского и юридического критериев невменяемости является наиболее сложным вопросом при проведении экспертизы.

Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность

своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего отбывания (ст. 31 ч. 1 Уголовного кодекса РФ). В данном случае медицинский и юридический критерий оценки психических расстройств несколько отличен от формулы невменяемости, рассмотренной выше. Медицинский критерий здесь состоит из одного признака — “психическое расстройство”, который включает в себя хронические психические расстройства и временные психические расстройства. При применении юридического критерия анализируется возможность лица представить перед следствием и судом. Аналогичные формулировки юридического критерия в ст.ст. 21 и 81 УК РФ предполагают различные экспертные решения и юридические последствия.

В законодательстве ряда стран кроме понятий “вменяемость-невменяемость” применяется понятие “уменьшенная вменяемость”. В Российском уголовном праве такое понятие не применяется, но подразумевается. “Вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности” — ст. 22 Уголовного кодекса РФ. В данном случае речь идет о снижении степени понимания и оценки своих действий, в том числе противоправных, снижении уровня руководства своими действиями вследствие ряда причин: некоторой интеллектуальной или эмоционально-волевой недостаточности и др. Такое состояние учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для применения наряду с наказанием принудительной меры медицинского характера.

Критерии вменяемости-невменяемости постоянно претерпевают изменения, так как формы психических заболеваний также изменяются. Достижения современной медицины, применение новейших терапевтических средств помогают добиваться стойких терапевтических ремиссий, больные хорошо адаптированы в социальной среде и сохраняют трудоспособность. Однако, с другой стороны, данные факторы при назначении и проведении судебно-психиатрических экспертиз усложняют оценку психического состояния подэкспертных лиц, диагностическая и экспертная квалификация состояния при совершении данными лицами преступлений особенно трудна.

#### **Вопрос 4. Общественно-опасные действия психических больных и применяемые к ним принудительные меры медицинского характера**

В существующем уголовном законодательстве указано, что субъективной стороной любого общественно опасного деяния является вина. При совершении преступления лицом, находящимся в состоянии невменяемости при сохранении объективной стороны преступления — общественной опасности вследствие нарушения правопорядка,



субъективная сторона отсутствует, так как психическое заболевание лишает невменяемого способности осознавать фактический характер и общественную опасность совершаемых им действий (бездействия) либо руководить ими.

*При отсутствии с объективной стороны (вины) к лицу не могут быть применены соответствующие меры наказания.*

Совершаемые психически больными лицами общественно опасные деяния во многом предопределяются имеющимися у них психопатологическими расстройствами, однако не всегда существуют причинно-следственные связи между симптомами болезни и характером опасных действий. Убийства, совершаемые под влиянием бредовых идей либо повелительных галлюцинаций, несомненно, находятся в причинно-следственной связи, однако часто психически больные лица совершают и корыстные преступления, не связанные напрямую с симптоматикой заболевания.

Причинно-следственные связи между психопатологической симптоматикой и совершаемыми общественно опасными деяниями интересуют в равной степени как юристов, так и врачей-психиатров. Понимание данного вопроса важно для определения степени общественной опасности больного, а также для осуществления профилактики совершения преступлений. Большое значение в генезе опасных деяний имеют такие психопатологические факторы, как бредовые синдромы, императивные галлюцинации и т. д. Данные синдромы обуславливают агрессивное поведение больных, совершение ими общественно опасных действий против жизни и здоровья людей. Наиболее опасными являются бредовые синдромы в период обострения с признаками усложнения клинической картины. Различается прямая бредовая мотивация, выражающаяся в бредовой защите, преследовании мнимых “врагов”, борьбе и мести, а также косвенная бредовая мотивация, когда бредовые идеи опосредованно влияют на поступки больных. При прямой бредовой мотивации совершаются наиболее опасные поступки и действия. Интеллектуальное обеднение, снижение или утрата высших эмоций увеличивают общественную опасность лица, повышают вероятность совершения им жестоких насильственных и агрессивных действий.

В совершении больными общественно опасных деяний большую роль играют преморбидные установки. Больные, совершавшие преступления до заболевания, чаще совершают их и в период заболевания, чем больные, не совершавшие в доболезненном периоде опасных действий.

Для вынесения объективного решения с социальной опасности больного эксперты-психиатры должны располагать сведениями о поведении лица до совершения им правонарушения, знать обстоятельства дела. Важна информация о прошлых навыках и

знаниях лица, о его контактах с окружающими, о способности к целенаправленной деятельности, о характере совершенного преступления, его обстоятельствах и мотивах.

Особым предметом внимательного изучения являются повторные общественно опасные действия психически больных лиц. Изучение таких случаев выявляет в их генезе сочетание психопатологических факторов и различных внешних воздействий. К психопатологическим факторам относятся обострение заболевания с активизацией бредовой и галлюцинаторной симптоматики, возникновение явлений психического автоматизма. К внешним воздействиям относятся социально-бытовое неблагополучие больного, недостаточность надзора за ним, злоупотребление алкоголем и т. д. Своевременная госпитализация лиц в стационары, проведение активных терапевтических мероприятий являются мерами профилактики совершения психически больными лицами повторных общественно опасных деяний. Повторные преступления могут повторять ранее совершенные деяния, могут быть направлены на тот же объект, совершены аналогичным способом. В других случаях психопатологические механизмы и само преступление могут отличаться от ранее совершенного, что происходит в связи с обострением состояния и усложнением клинической картины заболевания. В зависимости от течения заболевания и интенсивности лечения “преступная” направленность поведения больных может затухать либо усиливаться.

Вопрос о том, являются ли определенные виды преступлений последствиями определенных заболеваний, является спорным, но опыт судебно-психиатрической экспертизы показывает, что в отношении большинства общественно опасных деяний какого-либо предпочтения между действиями и нозологическими формами не имеется. Процентное отношение видов преступлений является приблизительно одинаковым при различных видах заболеваний. Значительно более существенная связь наблюдается между психопатологическим состоянием лица к моменту совершения общественно опасных действий и характером преступления. С подобными состояниями связано большинство нарушений общественного порядка, хулиганства и корыстных преступлений; больными с преобладанием бредовых и галлюцинаторных расстройств чаще всего совершаются насильственные действия против жизни и здоровья окружающих людей; для больных с депрессивным аффективным компонентом при острых состояниях характерны суицидальные попытки. Несмотря на вышеуказанную корреляцию, следует учитывать, что больные с однотипными клиническими состояниями могут иметь различную степень общественной опасности в зависимости от влияния различных факторов. Предупреждение совершения психически больными лицами общественно опасных деяний является одной из важнейших задач органов здравоохранения и правоохранительных органов. Профилактика данного рода должна заключаться в своевременном выявлении

психически больных лиц, их систематическом наблюдении и своевременном лечении. Важную роль в решении поставленных задач играют психоневрологические диспансеры и психиатрические стационары, а также учет психически больных лиц, представляющих потенциальную общественную опасность для общества. На специальном учете должны состоять лица, ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности, находившиеся на принудительном лечении в связи с совершением общественно опасных деяний, подвергавшиеся срочной госпитализации в связи с общественной опасностью, а также лица, впервые обнаружившие общественно опасные тенденции в поведении. За указанными лицами должен быть установлен контроль с периодическим, не реже одного раза в месяц, медицинским осмотром. Надзор за состоящими на специальном учете лицами осуществляется совместно с органами милиции по месту жительства лица. Выписка из психиатрических стационаров больных, представляющих общественную опасность, запрещена. Отказы родственникам и опекунам на просьбы о выписке лица на их попечение должны быть оформлены мотивированным заключением врачебной комиссии.

В соответствии с Законом РФ “О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании” принудительность мер медицинского характера выражается в том, что госпитализация и лечение не является добровольным, а проводится без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя. Эти меры не являются уголовным наказанием, но в то же время они сопряжены с серьезными ограничениями правового статуса, и прежде всего личной свободы гражданина. Поэтому решения о назначении, изменении и прекращении применения таких мер являются прерогативой суда. При анализе причин принудительной госпитализации больных прежде всего отмечают состояния, характеризующиеся враждебностью к окружающим, агрессивными формами поведения.

В соответствии со ст. 99 Уголовного кодекса РФ применяются следующие виды принудительных мер медицинского характера:

- амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра;
- лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Первая из этих принудительных мер — амбулаторное наблюдение — может быть назначено судом наряду с наказанием лицам, осужденным на совершение преступления и нуждающимся в лечении от алкоголизма, наркомании либо психических расстройств, не

исключающих вменяемости, разумеется, если по своему психическому состоянию лицо не нуждается в помещении в психиатрический стационар.

Наряду с опасностью содеянного при определении вида принудительных мер учитывается психическое состояние лица, для оценки которого важны выводы врачей-психиатров. Эти выводы должны состоять в том, что:

- лицо страдает конкретным расстройством психики;
- это расстройство чревато возможностью причинения лицом иного (помимо причиненного) существенного вреда или опасностью для себя либо других лиц;
- лицо нуждается в принудительном лечении;
- лечение целесообразно амбулаторное или в психиатрическом стационаре соответствующего типа.

Последний вывод носит рекомендательный характер, поэтому суд может и не согласиться с ним с учетом общественной опасности деяния и опасности, которую лицо представляет для окружающих. Свое несогласие с рекомендацией специалистов суд обязан мотивировать.

В соответствии с ч. 1 ст. 101 Уголовного кодекса РФ принудительное лечение в психиатрическом стационаре может быть назначено, если характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре.

Общий тип психиатрического стационара назначается лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в стационарном лечении и наблюдении, но не требует интенсивного наблюдения.

Специализированный тип психиатрического стационара с интенсивным наблюдением назначается лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения. Лица в данном виде стационара содержатся под усиленным надзором, который исключает повторное общественно опасное деяние. К социальным показаниям к назначению принудительного лечения в психиатрических стационарах специального типа с интенсивным наблюдением относится прежде всего тяжесть совершенного общественно опасного деяния. В основном это преступления против жизни и здоровья граждан, половые посягательства. Следующим критерием служит повторность и многократность преступлений, хотя и не столь тяжких, когда проведенное ранее принудительное лечение не принесло желаемого результата. Однако главным критерием для выбора вида принудительного лечения является картина заболевания. Важно рассмотреть некоторые клинические показатели для выбора вида принудительного лечения и типа психиатрического стационара.

При шизофрении, алкогольных психозах, эпилепсии, органических поражениях головного мозга больные нуждаются в направлении в специализированный психиатрический

стационар с интенсивным наблюдением в тех случаях, когда наблюдается высокая аффективная охваченность, полная подчиненность поведения бредовым переживаниям, направленность бредовых идей против конкретных лиц и явное влияние галлюцинаций на поведение. Если вышеперечисленные симптомы сменяются монотематичностью и расплывчатостью бредовых переживаний, то целесообразно направление таких больных в психиатрические стационары без интенсивного наблюдения.

**Синдромы помрачения (расстройства) сознания** — повторные сумеречные расстройства сознания при эпилепсии и органических поражениях центральной нервной системы. Возможность рецидива с тяжелой агрессией требует помещения больного в психиатрический стационар специального типа с интенсивным наблюдением.

Эпизодические расстройства сознания, особенно по типу исключительных состояний относительно психически здоровых людей, позволяют применять принудительное лечение в психиатрических стационарах общего типа, ограничиться амбулаторным принудительным наблюдением и лечением в психоневрологическом диспансере.

Психопатоподобные синдромы, такие как психопатоподобные расстройства органического или шизофренического генеза с возбудимостью, снижением критики, подчеркнутым пренебрежением к социальным нормам, могут привести к совершению общественно опасных деяний. Обычно это лица, злоупотребляющие алкоголем, наркотическими веществами, участвующие в антисоциальных группах и группировках. Выбор мер принудительного лечения данных лиц представляет определенную сложность, так как с одной стороны они не представляют большой общественной и социальной опасности. При совершении такими лицами повторных преступлений лечение их следует проводить в психиатрических стационарах специализированного типа.

Больные с дефектными состояниями при шизофрении, с различными вариантами врожденного и приобретенного слабоумия, с психоорганическим синдромом должны направляться на принудительное лечение в психиатрические стационары общего типа. Они нуждаются в активной фармакологии, должны быть вовлечены в лечебно-трудовые и иные реабилитационные мероприятия.

Сроки принудительного лечения судом не определяются, но, чтобы такое лечение не превратилось в бессрочное и неконтролируемое, в законе установлено, что лица, которым назначена принудительная мера, подлежат обязательному периодическому освидетельствованию комиссией врачей-психиатров — не реже одного раза в шесть месяцев — на предмет решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры.

Освидетельствование проводится:

— по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения либо прекращения принудительной меры;

— по ходатайству самого лица, его законного представителя или близкого родственника, которое подается через администрацию места принудительного лечения, вне зависимости от времени последнего освидетельствования.

Показанием к отмене принудительного лечения является устранение общественной опасности больного, обусловленной психическими нарушениями. Принудительное лечение прекращают в связи с выздоровлением больного, стойким улучшением его состояния (ремиссией) либо таким изменением психического состояния, при котором лицо не представляет общественной опасности.

Чтобы избежать преждевременного прекращения принудительного лечения и выписки больного, необходимо исключить возможность диссимуляции актуальных для больного бредовых переживаний или убедиться в устойчивости наступившей ремиссии. Для достижения этих целей рекомендуется двухступенчатая выписка больного из специализированного психиатрического типа — перевод в стационар общего типа, а лишь затем выписка. В случае прекращения лечения в стационаре суд вправе направить необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении лица или направлении его в психоневрологическое учреждение социального обеспечения. При отмене принудительного лечения также необходимо учитывать условия, в которые попадает больной после выписки. Эта задача — одна из важнейших задач психиатрической помощи, особенно в отношении больных, состоящих на специальном учете вследствие общественной опасности.

Если лицо заболело психическим расстройством после совершения преступления, но до вынесения приговора, то в соответствии со ст. 81 Уголовного кодекса РФ такое лицо подлежит направлению на принудительное лечение до выздоровления, после чего ему может быть назначено наказание. Клинические показания и процессуальные принципы выбора вида принудительного лечения в этих случаях не отличаются от принудительного лечения невменяемых лиц. Сложность представляют случаи, когда после совершения преступления у лица возникло хроническое психическое расстройство. Квалификация такого расстройства, выяснение его прогноза возможны лишь в процессе принудительного лечения, иногда достаточно длительного. В случаях убедительного вывода о том, что у лица после совершения общественно опасного деяния возникло хроническое психическое расстройство с необратимым дефектом личности, эксперты-психиатры выносят заключение о невозможности данного лица предстать перед судом и следствием, о неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими. В заключении делается вывод о том, что лицо нуждается в применении

принудительных мер медицинского характера. Выбор вида принудительного лечения обуславливается особенностями психического состояния подэкспертного лица.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Волков В.Н. Судебная психиатрия. Структурно-логические схемы: Учеб. пособие для вузов. - М.: ЮНИТИ-ДЛНА, 2001. - 255 с.
2. Датий А. В. Судебная медицина и психиатрия: Словарь-справочник для юристов. - М.: Юрист, 1999. - 478 с.
3. Датий А. В. Судебная медицина и психиатрия. Практикум: Учеб. пособие для вузов. - М.: ЮНИТИ-ДАНА, Закон и право, 2002. - 415с.
4. Дмитриев А.С., Клименко ТВ. Судебная психиатрия: Вопросы и ответы: Учебное пособие. - М.: Юриспруденция, 1999. - 160 с. - (Серия «Подготовка к экзамену»)
5. Жариков Н. М., Морозов Г. В., Хритипин Д. Ф. Судебная психиатрия: Учебник для вузов / Под общ. ред. акад. РАМН Г. В. Морозова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательство НОРМА, 2003. - 528 с.
6. Клиническая педиатрия / под ред. Братанова. М.: София, 1983 г.
7. Криминалистика. Учебник для вузов. / Под ред. И.Ф. Герасимова, Л.Я., Драпкина. М.: Высшая школа, 1994.
8. Криминалистика. Том 2. Техника, тактика, организация и методика расследования преступлений / Под ред. А.Г. Филиппова, А.А. Кузнецова. Омск, 1993 г. с. 557.
9. Справочная книга криминалиста. Изд-во Норма, Инфра-М, 2000 г.
10. Судебная психиатрия. Под ред. Г.В. Шостаковича. - М., 1997.
11. Снежневский А. В. Руководство по общей психиатрии // Медицина. 1983.
12. Сударев Г. Е. Клинические лекции по психиатрии. М.: Медгиз, 1979.
13. Судебная психиатрия: Учебник / Под ред. Г.В. Морозова. - М.: Юрид. лит. 2001. - 480
14. Смирнова Е. М. Судебная психиатрия: Конспект лекций. - СПб.: Изд-во Михайлова В. Л., 2000.
15. Пауков В.С., Живодеров Н.Н. Судебная медицина и судебная психиатрия: Учеб. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. - 240 с.: ил. - (XXI век).

Программа, темы семинарских занятий и вопросы к зачету по судебной психиатрии для студентов юридического факультета

Составитель: Хромов Анатолий Борисович

Печать офсетная

Подписано в печать \_\_\_\_\_ Заказ № \_\_\_\_\_

Объем \_\_\_\_\_ п.л. Тираж \_\_\_\_\_ экз.

Издательство КГУ

6400669, г. Курган, ул.М.Горького, 25