КАГИРОВА А.Х.

Курс лекций по дисциплине:

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБОУ ВО «ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
ФИЛИАЛ В г. ИЗБЕРБАШЕ

КАГИРОВА А.Х.

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Избербаш - 2023

УДК 340.6
ББК 56.148
К12

Кагирова А.Х. Курс лекций по дисциплине «Судебная психиатрия». Избербаш: ДГУ, 2023 г. 110 с.

Автор учебно-методического комплекса - Кагирова Асият Хасбулаевна, кандидат педагогических наук, старший преподаватель кафедры экономических и общеобразовательных дисциплин филиала ДГУ в г.Избербаше

Курс лекций по дисциплине «Судебная психиатрия» предназначен для студентов, обучающихся по специальности «Юриспруденция».

Включает в себя курс лекций, контрольные вопросы, методические указания по изучению теоретического материала, перечень нормативно-методических материалов, а также основных и дополнительных информационных источников.

Лекции полностью соответствуют программе по судебной психиатрии Дагестанского государственного университета. Лекционный материал предназначен для студентов филиала ДГУ в городе Избербаше, а также для студентов юридических факультетов иных вузов и психологов. Данный курс лекций содержит общие знания для студентов юридических вузов. Кроме того, лекции будут полезны и работающим юристам, особенно работающим в российской «глубинке», где часто не у кого проконсультироваться у специалистов данной сферы. Специфические знания по судебной психиатрии, для юристов студентов и юристов-практиков изложены так, чтобы они были доступны и предельно понятны уже при первом прочтении данного материала. Судебная психиатрия это наука изучающая психику человека для практики правоприменения.

ISBN
DOI

© Кагирова А.Х., 2023.
© Оформление. ИП Тагиев Р.Х., 2023.

СОДЕРЖАНИЕ

Лекция 1. Понятие, предмет, цели, задачи и методы судебной психиатрии 4

Лекция 2. Правовые и процессуальные основы судебно-психиатрической экспертизы 23

Лекция 3. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном и гражданском процессах 44

Лекция 4. Общие понятия и причины психических расстройств 62

Лекция 5. Шизофрения и эпилепсия 71

Лекция 6. Эпилепсия. Эмоциональные, диссоциативные, обсессивно-компульсивные и другие расстройства психики 77

Лекция 7. Алкоголизм и наркомания 91

Лекция 8. Умственная отсталость диссимуляция аггравация 101

Литература 110

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

ЛЕКЦИЯ 1. ПРЕДМЕТ И СИСТЕМА СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

1.1. Понятие, предмет, цели, задачи и методы судебной психиатрии

Психиатрия является клинической медицинской дисциплиной, так как между соматическими (физическими) заболеваниями и психическими нарушениями имеются тесные связи. Любая соматическая болезнь оказывает влияние на личность больного и его психическую деятельность.

Распространенность психических рас - стройств среди населения высока. Так, в России в 2001 г. число лиц с выявленными психическими расстройствами составило 2799,6 человека на 100 000 населения. Эти статистические данные охватывают как больных с психозами, так и с невротическими расстройствами, обращающихся в психиатрические учреждения за лечением. В последнее время наблюдается рост числа лиц, нуждающихся в помощи врачей-психиатров. Это объясняется тем, что во многих случаях наличие психических расстройств отражается на социальном положении больного. При этом сами по себе психические нарушения нередко связаны, в первую очередь с социально-экономическими условиями жизни, с влиянием политических, экологических и этно-культуральных факторов (Дмитриева Т.Б., 2004). В связи с этим, психиатрия является одной из наиболее общественно значимых областей здравоохранения.

Специальные отрасли психиатрии касаются экспертизы пациентов с психическими расстройствами: военная - для определения годности к военной службе; трудовая - для выяснения работоспособности и инвалидности; судебная - для решения ряда правовых проблем, возникающих у лиц с пси - хической патологией в связи с производством по уголовному или гражданскому делу.

Психиатрия и судебная психиатрия - понятия не равнозначные

Предметом судебной психиатрии выступают патологические явления человеческой психики. Судебная психиатрия разрабатывает основы судебнопсихиатрической экспертизы и проблемы предупреж-

дения общественно опасных действии психически больных.

Судебная психиатрия – наука междисциплинарная, медико-юридическая. Не являясь чисто медицинской, она не может считаться и чисто юридической. Судебная психиатрия взаимосвязана с юридической и общей психологией, общей психиатрией, наркологией. Однако цели и задачи этих наук не совпадают. Из юридических дисциплин судебная психиатрия тесно связана с уголовным и гражданским правом, уголовным и гражданским процессом. В последнее время из судебной психиатрии выделилось направление – судебная сексология.

Основные направления судебной психиатрии

Судебная психиатрия включает несколько направлений:

Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном и гражданском процессах. В ее компетенцию входят вопросы освидетельствования подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, потерпевших и свидетелей при сомнениях в возможности давать правильные показания в силу психических расстройств (в уголовном процессе), выяснения степени дееспособности и необходимости учреждения опеки (в гражданском процессе). Проведение экспертизы для решения вопроса об ответственности лица включает в себя рекомендации по мерам медицинского характера.

Осуществление принудительных мер медицинского характера. Этот раздел судебной психиатрии тесно связан с общей психиатрией в плане выбора лечебных мероприятий, тактики реабилитационных методов. Вопросы помещения на принудительное лечение, его прекращения и выписки больного регламентированы соответствующими статьями Уголовного и Уголовно-процессуального кодексов, а также ФЗ

РФ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Пенитенциарная психиатрия. Развитие психиатрической службы в местах лишения свободы имеет важное значение для выявления и лечения лиц с психическими расстройствами среди осужденных.

Судебно-психиатрическая экспертиза — научно-

практическое действие с применением специальных, судебно-психиатрических знаний для разрешения вопросов предварительного либо судебного следствия Судебно-психиатрическая экспертиза и проведение принудительных мер медицинского характера осуществляется органами Министерства здравоохранения, а психиатрическая служба мест лишения свободы подчинена медицинским органам МВД РФ.

Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) представляет собой научно-практическое исследование, производимое комиссией врачей - судебных психиатров по письменному постановлению органов следствия или определения суда. Это необходимо для дачи заключения по вопросам, возникающим в процессе предварительного расследования или судебного разбирательства конкретного уголовного или гражданского дела. Судебно -психиатрическая экспертиза, всегда проводится экспертной комиссией. При этом в состав комиссии должно входить не менее трех судебных психиатров, имеющих сертификат на данный вид деятельности. Дополнительные и повторные СПЭ также проводятся несколькими специалистами в данной сфере.

Цель судебной психиатрии - проведение судебно-психиатрических экспертиз для оценки психического состояния конкретного лица с точки зрения его способности отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить события, давать о них объективные показания.

В первой части определения речь идет о вменяемости виновника общественно-опасных деяний. Во второй части определения речь идет о всех участниках уголовного или гражданского дела. При этом судебная психиатрия занимается этими вопросами только по поручению правоохранительных органов.

Различают следующие **основные задачи**, ставящиеся правоохранительной системой перед судебно-психиатрической экспертизой:

-определение психического состояния и вменяемости подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следст - вия или суда возникло сомнение в их психическом состоянии до, в момент и после совершения преступления;

-определение психического состояния свидетелей и потерпевших, их способности правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела. Это осуществ-

ляется не во всех случаях, а только в тех, когда у органов дознания, следствия и суда возникает сомнение в психическом здоровье указанных лиц;

-определение психического состояния истцов, ответчиков по гражданскому судопроизводству;

-определение психического состояния лиц, в отношении которых решается вопрос о дееспособности и правоспособности;

-определение показаний для принудительных мер медицинского характера;

-прогнозирование течения психического заболевания;

-определение психического состояния осужденных, выявление у них психических заболеваний и противопоказаний для отбывания ими наказания в учреждениях исполнения наказаний.

Пребывание в местах лишения свободы является для некоторых людей мощным стрессирующим фактором, в результате действия которого возрастает риск проявления уже имеющихся, но скрытых заболеваний психики, а также появления новых психических расстройств, как временных, так и хронических, или слабоумия. При этом слабоумие может развиться, как в результате черепно-мозговых травм, так и в результате старения человека.

В компетенцию судебно-психиатрической экспертизы входит:

*проведение судебно-психиатрической экспертизы подозреваемых (обвиняемых), подсудимых, осужденных, потерпевших, свидетелей, иных участников уголовного процесса;

*консультирование следователя относительно особенностей психики подозреваемых (обвиняемых), потерпевших, свидетелей;

*определение психического состояния истцов и ответчиков по гражданскому судопроизводству;

*проведение судебно-психиатрической экспертизы лиц, в отношении которых решается вопрос о дееспособности, правоспособности;

*судебно-психиатрическая экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел;

*проведение судебно-психиатрической экспертизы по делам об административных правонарушениях, если субъектом рассмотрения административного дела выступает суд.

При проведении судебно-психиатрических

экспертиз судебные психиатры применяют методы общей психиатрии, претворяя в жизнь принципы гуманности существующих законов. Так, согласно действующему в РФ законодательству, уголовной ответственности не подлежит 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 или временного психического расстройства, слабоумия, иного болезненного состояния психики. Такие граждане по решению суда *подвергаются принудительным мерам медицинского характера, т.е. показанному им лечению.*

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ СПЭ

В своей деятельности судебные психиатры руководствуются не только ведомственными приказами и инструкциями, но, в первую очередь, существующими законами. Из них на первом месте стоят следующие законы РФ:

1) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (02.07.1992 г. № 3185-1).[1]

2) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (31.05.2001 г. № 73-ФЗ)[2]

Естественно, что судебные психиатры, как и эксперты иных специальностей, ориентируются на положения и других нормативных актов - УК РФ, УПК РФ, ГК РФ, ГПК РФ. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 26.07.02 г. № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности» лицензирование работ и услуг по судебно-психиатрической экспертизе отнесено к исключительному ведению Министерства здравоохранения РФ. Порядок лицензирования установлен «Положением о лицензировании медицинской деятельности», которое утверждено постановлением Правительства РФ от 14.07.02 г. № 499.

Этапы СПЭ

Различают два этапа оценки психического состояния подэкспертного лица:

---

[1] Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02.07.1992 N 3185-1 (последняя редакция) КонсультантПлюсhttps://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/

[2] Федеральный закон от 31.05.2001 N 73-ФЗ "О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) | ГАРАНТhttps://base.garant.ru/12123142/

Первый этап заключается в установлении отсутствия или наличия конкретного психического расстройства.

Второй этап состоит в сопоставлении выявленных у обследуемого лица расстройств с юридическими критериями правовой нормы. На этом этапе выясняться наличие вменяемости или невменяемости обвиняемых и подсудимых, возможность давать показания свидетелями и потерпевшими в уголовном процессе, дееспособность или недееспособность в гражданском процессе, назначение и отмена принудительного лечения, а также характер психических расстройств, которые препятствуют отбыванию наказания осужденным. Наиболее сложным вопросом при вынесении заключения судебно - психиатрической экспертизы является вопрос о вменяемости, так как далеко не все лица, имеющие психиатрическое отклонение, являются невменяемыми.

ПОВОДЫ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ СПЭ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

Поводами для назначения судебно-психиатрической экспертизы в отношении подозреваемых (обвиняемых) по уголовным делам должны служить следующие обстоятельства:

-пребывание лица на учете у психиатра или нарколога (в психо - неврологическом или наркологическом диспансерах);

-лечение в прошлом в психиатрических больницах или у нарколога;

-наличие сведений о заболеваниях или травмах головного мозга, если они сопровождались психическими нарушениями или развитием слабоумия, снижением трудоспособности;

-проявление отдельных симптомов психического расстройства подозреваемого (обвиняемого), подсудимого, потерпевшего, свидетеля, осужденного (так называемые «странности» в поведении и высказываниях);

-ссылки подозреваемого (обвиняемого) на имеющееся у него психическое заболевание, слабоумие;

-внешняя немотивированность совершения преступления;

-внешне немотивированная особая жестокость, вычурность соде - янного;

-совершение серийных сексуальных преступлений или серийных убийств, как сексуального, так и несексуального характера;

-совершение сексуальных преступлений пожилыми и стариками;

-убийство матерью новорожденного либо убийство родителями своего ребёнка любого возраста.

Относительно внешней немо- тивированности социально опас - ного деяния или особой жестоко- сти, следует сказать, что мотивы всегда есть, но они могут быть внешними и внутренними, т.е. видимыми, внешне понятными или скрытыми в подсознании

Следователь или суд должны принимать во внимание свидетельские показания о «странностях» в поведении подозреваемого (обвиняемого), подсудимого, потерпевшего, свидетеля, а также данные о трудовой или военно-психиатрической экспертизы об инвалидности или негодности к военной службепо состоянию психического здоровья.

Сбор фактов, объективное изучение лица и обобщение всех вышеуказанных сведений имеют большое значение, способствуют своевременному назначению судебно-психиатрической экспертизы, вынесению верного заключения экспертов, а также могут 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 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 жестокость 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 характерные жалобы.

ВИДЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО МЕСТУ ИХ ПРОВЕДЕНИЯ

По сложившейся практике, можно выделить несколько видов судебно-психиатрической экспертизы по месту их проведения:

Так называемая экспертиза в кабинете следователя.

С процессуальной точки зрения, это действие не является экспертизой.

Следователь имеет право пригласить для участия в следственных действиях (например, допрос, следственный эксперимент) любого, необходимого ему специалиста. Если у кого-либо из участников уголовного дела в процессе допросов на этапе предварительного расследования стали проявляться симптомы расстройства психики, то у следователя закономерно возникают вопросы о наличии психической патологии у допрашиваемого лица или о возможности ее симуляции. Поэтому в качестве специалиста для участия в первоначальных следственных действиях может быть приглашен врач-психиатр общего профиля, работающий в поликлинике ЦРБ, не имеющий сертификат судебного психиатра.

В таких случаях действия специалиста не могут быть приравнены к проведению экспертизы, они носят консультативный характер. Такой специалист может оказать помощь в правильной интерпретации вопросов и ответов при проведении допроса. По сути дела, на основании однократного осмотра гражданина в кабинете следователя, иногда с учетом имеющихся у психиатра сведений о наличии у данного гражданина психической патологии, специалист дает следователю пояснения, те или иные рекомендации.

Например, о наличии или возможности наличия конкретной патологии психики, о целесообразности назначения в отношении гражданина судебно-психиатрической экспертизы, возможности проведения с данным гражданином следственных действий. Он может помочь следователю и в формулировке вопросов, которые необходимо поставить перед экспертами.

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза.

Данная экспертиза проводится путем кратковременного (однократного или неоднократного) освидетельствования гражданина комиссией врачей- психиатров в амбулаторных условиях. Она может быть проведена на базе психоневрологического диспансера или специализированного стационара.

Практически в каждом субъекте федерации (области, республике,

крае) или крупном городе при психиатрических больницах или психоневрологических диспансерах существуют амбулаторные судебно-психиатрические экспертные подразделения. В некоторых регионах таких подразделений несколько, так как учитывается количество жителей и протяженность территории.

Назначение амбулаторной СПЭ можно рекомендовать в случаях, когда участник процесса явно психически болен, а картина заболевания отражена в историях болезни психиатрических больниц и медицинских картах психо-

Амбулаторную СПЭ проводят также в отношении лиц, которые по их процессуальному положению не могут без добровольного согласия быть помещены на стационарное обследование. Это свидетели и потерпевшие по уголовным делам, истцы и ответчики по гражданским делам.

Нецелесообразно назначать и проводить в амбулаторных условиях повторные судебно-психиатрические экспертизы, если первичные проводились в стационаре, а также если повторное заключение не полностью подтверждает первое или находится в противоречии с ним. В этих случаях требуется стационарная СПЭ.

Амбулаторная экспертиза обычно назначается в следующих случаях:

А) при необходимости установления дееспособности и правоспособности граждан;

неврологических диспансеров.

Б) при решении вопросов относительно потерпевших и свидетелей по

уголовному делу;

В) при решении вопросов относительно подозреваемых (обвиняемых),

ранее состоявших на учете в психоневрологических диспансерах по поводу наличия у них хронического психического заболевания;

Г) при решении вопросов относительно лиц, совершивших преступление в состоянии алкогольного опьянения;

Д) при решении вопросов относительно лиц, имеющих кратковременное расстройство психической деятельности;

Е) при необходимости решения вопросов относительно виновников административного правонарушения, если субъектом рассмотрения такого дела является суд.

Помещение в психиатрическое учреждение обвиняемого или подозреваемого, не содержащегося под стражей, производится лишь по решению суда (ст. 203 УПК РФ).

Порядок помещения в медицинский стационар определяется процессуальным законодательством РФ

При проведением экспертизы члены комиссии судебных психиатров изучают материалы дела, медицинские документы, беседуют с под экспертным. Далее составляется Заключение, в котором даются ответы на поставленные вопросы. Если требуется стационарная судебно-психиатрическая экспертиза, то эта же экспертная комиссия высказывается о целесообразности ее назначения.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

Согласно Федеральному закону о государственной судебно-экспертной деятельности от 5.06.01 г. (ст. 32), стационарная СПЭ производится как в отношении лиц, содержащихся под стражей, так и не содержащихся под стражей. Помещение в бесстражные стационары лиц, содержащихся под стражей, не допускается.

Помещение в «бесстражные» отделения обвиняемых, освобождаемых из-под стражи только на время экспертизы, крайне опасно и нежелательно, так как это неизбежно приводит к совершению опасных действий, которые медицинский персонал не в со - стоянии предотвратить (побеги, захват заложников, иные насильственные действия, угрожающие жизни и здоровью медицинского персонала и других лиц).

Лица, не содержащиеся под стражей, в период производства стационарной СПЭ имеют возможность свиданий, свободу переписки, прогулок и пр. В случае совершения лицом, не содержащимся под стражей и не страдающим тяжелым психическим расстройством, действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих или дезорганизующих работу психиатрического стационара, администрация данного стационара сообщает об этом в орган внутренних дел, который должен принять к нарушителю меры, направленные на пресечение указанных действий. В случае если подобные действия совершены лицом, в отношении которого стационарная СПЭ проводится в добровольном порядке, оно может быть выписано из психиатрического стационара, с официальным извещением лица, назначившего экспертизу.

На лиц, содержащихся под стражей, помещенных в судебно-психиатрические экспертные стационары, распространяются нормы

УПК РФ и Федерального закона «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений».

Орган или лицо, назначившие СПЭ и поместившие обследуемого в медицинский стационар в принудительном порядке, обязаны в течение 24 ч известить об этом кого-либо из членов его семьи, родственников или иных лиц по его указанию, а при отсутствии таковых - сообщить в орган внутренних дел по месту жительства подэкспертного.

Во время проведения экспертизы какие-либо следственные действия участие подэкспертного нецелесообразны и противопоказаны.

Этот вид экспертизы обусловлен необходимостью наблюдения за состоянием подэкспертного лица в течение достаточно длительного времени, но обычно не более 30 дней. Вся процедура СПЭ регламентирована вышеупомянутыми законами.

При необходимости увеличения срока проведения экспертизы, экспертная комиссия должна предоставить в суд соответствующее обоснование. В таких случаях срок может быть продлен судом еще на 30 дней.

Судебно-психиатрическая экспертиза в судебном заседании.

Она проводится в случаях, когда во время проведения судебного следствия у суда возникло сомнение в психическом здоровье подсудимого или иного участника уголовного дела. Это может быть связано с внезапно развившейся неадекватностью поведения подсудимого, свидетеля, потерпевшего, с неожиданным проявлением у кого-либо из участников уголовного дела симптомов психической патологии. В таких случаях может иметь место как острое расстройство психики или обострение хронического психического заболевания, так и их симуляция.

Приглашенный в суд в качестве эксперта врач -психиатр (или комиссия психиатров) должен быть ознакомлен с материалами уголовного дела, необходимыми для дачи заключения.

В ходе судебного заседания эксперт внимательно наблюдает за подсудимым (иными участниками процесса), анализируя происходящее. С разрешения судьи эксперт имеет право задавать вопросы участникам процесса, ходатайствовать о предоставлении ему возможности побеседовать с подэкспертным вне зала судебного заседания.

Свое Заключение по поставленным вопросам эксперт (комиссия экспертов) представляет суду в письменном виде. Если эксперты рас-

ходятся во мнении, то они составляют свои заключения отдельно от других участников экспертной комиссии.

Здесь есть следующая особенность: судебно-психиатрическая экспертиза в судебном заседании не может быть достаточно объективной и достоверной, особенно, если ранее гражданин на учете у психиатра не состоял и судебно-психиатрической экспертизе не подвергался. В таких случаях приглашенный в суд психиатр может порекомендовать проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

Если у гражданина ранее было выявлено хроническое психическое заболевание, экспертом-психиатром решаются вопросы о его способности правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела, о возможности дальнейшего участия в судебном заседании в конкретный период времени.

Если у суда возникло сомнение в правильности заключения, данного комиссией психиатров, либо отдельных положений Заключения экспертов, которые, по мнению суда, нуждаются в разъяснении, то суд вправе обратиться за такими разъяснениями к соответствующему специалисту или экспертам, проводившим данную СПЭ. Процессуально это будет являться допросом специалиста или экспертов Саму процедуру проведения стационарной СПЭ в общих чертах можно представить следующим образом.

Заочная судебно-психиатрическая экспертиза Такая экспертиза назначается в случаях, когда, по каким-либо причинам (например, смерть, исчезновение участника дела) очная экспертиза становится невозможной. Заочная СПЭ проводится, как по уголовным, так и по гражданским делам, например, об убийстве в пределах необходимой обороны, о признании сделки недействительной и т.п.

При этом виде экспертизы следователь или суд обязаны предоставить комиссии экспертов- психиатров все, имеющиеся медицинские документы (истории болезни, амбулаторные карты), когда- либо оформленные на данного гражданина. Кроме того, важны свидетельские показания, отображающие состояние психики, склонность к алкоголизации или наркотизации, сексуальные наклонности, поведение гражданина в быту, отношение его к исполнению служебных обязанностей, его письма, дневники, в том числе и обнаруженные в интернете,

Опрос и сбор анамнеза.

Далее следует раздел, называемый «анамнезом болезни», после него располагается раздел, называемый «анамнезом жизни». Данные словосочетания можно перевести, как история болезни и история жизни. В них отражаются наиболее существенные моменты, которые можно установить со слов подэкспертного. Например, в анамнезе болезни отображается ход развития патологии, а в анамнезе жизни - социальная среда, в которой вырос и живет в настоящее время человек, его вредные привычки и различные потребности, социальный статус в различные периоды жизни, а также перенесенные заболевания, в том числе, и заболевания близких родственников.

При поступлении в стационар, на подэкспертного заводится медицинская карта стационарного больного (так называемая «история болезни»).

В ней имеется раздел, посвященный жалобам, которые предъявляет или не предъявляет подэкспертный относительно состояния своего здоровья.

В задачу опроса входит выяснение, насколько подэкспертный понимает происходящее вокруг, ориентирован в месте и времени, сохранена ли память на важнейшие события в его жизни и на события, предшествовавшие деликту и последовавшие за ним. Выясняется отношение подэкспертного к происходящим событиям, взаимоотношения с окружающими.

Подэкспертного просят дать объяснение его «странным» поступкам или высказываниям.

Часто при этом выявляются болезненные трактовки событий и явлений. Многие симптомы психических расстройств можно выявить со слов больного.

Во время беседы обращается внимание на особенности интонации голоса подэкспертного (монотонность, скорбность, сарказм и т.п.); на живость мимики, особенность жестов, речи (быстрая, медленная, громкая, тихая, с выкриками и т.д.). Кроме того, на поведение больного человека влияют галлюцинации (например, больной к чему-то пристально приглядывается, прислушивается, принюхивается), бред (например, видимое напряжение мимики, настороженность, внезапная агрессия по отношению к кому-либо и т.п.).

Жалобы и анамнез болезни и жизни субъективны, потому что они выясняются со слов самого подэкспертного. Они имеют лишь ориентирующее значение, ориентируя мысли и действия врача в том или

ином направлении. Здесь можно столкнуться, как с отрицанием явной болезни подэкспертным и его родственниками, так и с симуляцией заболевания.

Кроме субъективного анамнеза, психиатры различают объективный анамнез, т.е. сведения, полученные из материалов уголовного или гражданского дела (показания свидетелей, письма, дневники, записи в Интернете, содержимое жесткого диска компьютера и пр.).

Клиническое обследование.

В ходе клинического обследования изучаются соматические (физические, телесные) симптомы, а также проводится неврологическое исследование. Дело в том, что соматическая патология может быть тесно связана с психической. Кроме того, знание изменений со стороны внутренних органов важно и в плане назначения дальнейшего лечения. Неврологические симптомы могут свидетельствовать о поражении центральной нервной системы (головного мозга), черепно-мозговых нервов, нарушениях вегетативной нервной системы (растительной, не зависящей от воли человека).

Кроме того, врачи обязаны описать какие-либо телесные повреждения, следы от инъекций, рубцы, характерные для суицидальных попыток, странгуляционные борозды и т.п., но, к сожалению, не всегда это делают, поэтому следователь предварительно должен побеспокоиться о своевременном проведении судебно-медицинской экспертизы.

Экспериментально-психологическое исследования.

Лабораторные методы исследования.

Лабораторные методы, включающие электрофизические, нейрофизиологические, нейрорентгенологические, фармакологические, биохимические исследования, способствуют диагностике заболевания, уточняют природу психического расстройства. Они сопоставляются с данными анамнеза и клинических исследований, позволяют выявить различные изменения со стороны внутренних органов, центральной нервной системы, крови, в том числе ее белковых фракций, мочи, спинномозговой жидкости. Различные нарушения биохимического обмена могут быть, как причиной, так и следствием какой-либо патологии психики, психо-соматики.

Наблюдение за поведением.

Подэкспертный все время находится под наблюдением среднего медицинского персонала (на прогулках, во время приема пищи, пребывания в палате, общения с другими людьми). Наблюдая за боль-

ным можно обнаружить различные признаки психических нарушений. Например, при слуховых или обонятельных галлюцинациях больной может затыкать уши или нос. Все «странности» в поведении подэкспертного заносятся в специальный журнал наблюдений.

Беседы.

Основная симптоматика психической патологии выявляется при беседах врача с подэкспертным. В процессе бесед учитываются данные других методов обследования и наблюдения за поведением. Одни психические заболевания развиваются быстро и заканчиваются полным выздоровлением, другие характеризуются длительным течением, постепенным нарастанием психических нарушений. Данный вид исследования проводится с применением комплекса различных психологических тестов. Их применение позволяет раскрыть структуру личности подэкспертного, его интеллект, подвижность нервных процессов, особенности межличностных взаимоотношений, скрытых потребностей, склонность к ипохондрии, депрессии, истерические, психастенические и другие особенности личности; обнаружить нарушения психических процессов — восприятия, памяти, внимания, мышления и пр. Специальные приемы предназначены для обнаружения тех болезненных переживаний, которые

Данные, полученные в ходе обследования с применением указанных методов, ложатся в основу экспертного заключения.

История развития судебной психиатрии в России.

Обращение правосудия к помощи науки отмечается в истории судебной экспертизы достаточно давно. По литературным данным, еще во времена византийского императора Юстиниана (5-6 в.в.) в законодательстве находило отражение исследование почерка в судебных целях. В России уже в 15 в. сравнение рукописей использовалось при установлении подлинности документов. Применение медицинских знаний в области правосудия относится к глубокой древности. В трудах Гиппократа, жившего более 400 лет до н.э., рассматривались вопросы исследования механических повреждений на теле, определения жизнеспособности младенцев при исследовании трупов и др.

Петр 1

В России врачебные освидетельствования проводились эпизодически в 16 и 17 в.в. Годом официального становления судебной экспертизы считают 1716 г., когда Воинским уставом Петра I было предписано привлекать лекарей для исследования повреждений на одежде и теле пострадавшего.

Исследование документов, регулирующих, прежде всего, имущественные отношения - завещаний, векселей и т.д. - также требовало привлечения специалистов для выявления как самого факта подделки и его способа, так и фальсификации документа. Подобные исследования в 16-18 в.в. поручали аптекарям и фармацевтам.

В начале 19 в. в России были созданы врачебные управы (в частности, в Москве - Медицинская контора, а в Санкт-Петербурге - Физикат), которым было вменено заниматься производством такого рода исследований, а также выполнять контрольные функции по отношению к аптекарям и фармацевтам. Однако, как показала практика, эффективность этих экспертиз была очень низка (аптекари и фармацевты имели самое поверхностное представление об аналитической химии, а в управах не было ни соответствующих специалистов, ни даже примитивных лабораторий).

Первым в истории России учреждением, в котором начала формироваться судебная экспертиза, стала Санкт-Петербургская Академия наук. Академиков привлекали к производству исследований в интересах правосудия. Первоначально судебно-экспертная деятельность Академии наук ограничивалась вопросами медицины, но вскоре потребности в анализе документов и веществ привели к необходимости выполнения судебно-химических исследований. Большое их

число провел лично М.В. Ломоносов.

В 19 в. объем судебно-экспертной деятельности Академии наук расширился, появились новые объекты исследования, в том числе взрывчатые вещества и предметы со следами взрыва. Наиболее активно развивалось химическое исследование документов.

На процесс судопроизводства в России и развитие судебных экспертиз существенное влияние оказала Судебная реформа 1864 года. Она регламентировала процесс предварительного расследования, получения и фиксации доказательств, обусловила необходимость более широкого использования научных познаний при рассмотрении уголовных и гражданских дел. Уже тогда были сформулированы основные требования к экспертам - не заинтересованность в исходе дела, объективность мнений и суждений, возможность проявления инициативы при проведении исследования в целях «вскрытия признаков, могущих привести к открытию истины». Заключения экспертов должны были проверяться и оцениваться судом.

П.И. Пирогов

Медицинский Совет под воздействием запросов практики был вынужден расширить сферу проводимых в нем экспертных исследований. В результате был внесен существенный вклад в развитие криминалистического исследования документов, судебно-баллистической экспертизы. Производство последней связано с именем П.И. Пирогова, который впервые стал устанавливать места расположения стрелявшего и жертвы, а также ряд обстоятельств применения огнестрельного оружия. Существенный вклад в разработку

теории судебно-экспертного исследования документов внес А.А. Поповицкий, усовершенствовавший судебно-фотографические методы и средства и впервые предложивший классификацию элементов, составляющих особенности почерка.

В начале 20 в. в России начали использовать в суде и дактилоскопическую экспертизу. В 1906 г. в Российской империи была введена система дактилоскопического учета и уже через несколько лет в судебном разбирательстве стали использовать заключения специалистов по дактилоскопии.

28 июля 1912 г. был принят закон о создании в России первого специализированного судебно-экспертного учреждения - кабинета научно-судебной экспертизы. При этом использовался опыт работы судебно-фотографической лаборатории, учрежденной в 1893 г. при прокуратуре Санкт-Петербургской судебной палаты, и экспертных учреждений Европы. После революции 1917 г. в Петрограде и Москве кабинеты научно-судебной экспертизы были закрыты, существовавшие при сыскных отделениях полиции дактилоскопические бюро и фотографические лаборатории уничтожены.

Тем не менее практика раскрытия и расследования преступлений востребовала научные методы работы с вещественными доказательствами. С 1 марта 1919 г. по решению Коллегии НКВД РСФСР при Центророзыске начал работу Кабинет судебной экспертизы, ставший основой научно-технической службы уголовного розыска. Эту дату принято считать днем зарождения экспертно-криминалистической службы российских органов внутренних дел. Параллельно с развитием криминалистической службы в Центророзыске возникали научно-технические кабинеты и подотделы в крупных городах. Уже в 1923 г. они действовали помимо Москвы в Ленинграде, Харькове, Самаре.

В 1932 г. был образован общесоюзный НТО сначала в составе оперативного отдела Главной инспекции милиции ОГПУ, затем в качестве отделения отдела уголовного розыска Главного управления милиции НКВД СССР. В 1940 г. научно-технические отделения, группы, кабинеты в органах внутренних дел образовали широкую сеть криминалистических подразделений в стране. Успешно функционировало ЗО НТО - НТГ, в каждом из них работало от 2-х до 5-ти экспертов. Они ежегодно выполняли десятки тысяч различных криминалистических экспертиз, производили осмотры мест происшествий, обучали оперативный состав использованию технико-

криминалистических методов и средств при раскрытии преступлений.

Постановлением Совета министров СССР от 31 декабря 1950 г. в составе Министерства юстиции СССР и министерств юстиции союзных республик была создана система экспортно-криминалистических учреждений. В 1952 г. в системе МЮ СССР был образован отдел криминалистических учреждений. В РСФСР этим же Постановлением дополнительно к Ленинградской лаборатории судебных экспертиз (1948) были созданы Саратовская, Свердловская, Казахская, Новосибирская, Ростовская, Хабаровская лаборатории. В 1954 г. была образована Московская криминалистическая лаборатория судебной экспертизы. 1 октября 1962 г. на базе Московской лаборатории и ЦКЛ ВИЮН был создан Центральный научно-исследовательский институт судебных экспертиз (ЦНИИСЭ).

На ЦНИИСЭ, наряду с производством сложных и повторных экспертиз, была возложена задача по научно-методическому руководству всеми экспертными лабораториями на местах и разработке единых принципов и научных методов судебной экспертизы. Всего штат института насчитывал не более 90 человек.

В 1970 г. было воссоздано МЮ СССР и институт был переименован во Всесоюзный научно-исследовательский институт судебных экспертиз (ВНИИСЭ), ВНИИСЭ стал головным научно-исследовательским и экспертным учреждением для всей системы экспертных учреждений органов юстиции.

В 1994 году институт был преобразован в Российский Федеральный Центр судебных экспертиз (РФЦСЭ), который представляет собой коллектив высококвалифицированных научных сотрудников и экспертов.

В настоящее время экспертно-криминалистическая служба - это развитая система криминалистических подразделений, в которых служат свыше 10 тысяч специалистов, производящих ежегодно до двух миллионов экспертиз и исследований, осматривающих в составе оперативно-следственных групп свыше одного миллиона мест происшествий. В связи с развитием рыночной экономики, появлением новых форм собственности, расширением торгового оборота и в целом прав и свобод участников различных правоотношений активно развиваются негосударственные экспертные учреждения, которые также вносят свой существенный вклад в развитие судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации.

ЛЕКЦИЯ 2
ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОИЗВОДСТВО СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Структура учреждений СПЭ в РФ

Исходя из преподавательского опыта, приходится обращать внимание студентов, что организация судебно-психиатрической службы в РФ существенно отличается от организации судебно-медицинской службы. Это разные службы.

В целом структура судебно-психиатрической службы в РФ выглядит следующим образом:

Государственный научный центр (ГНЦ) социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского. Нередко до сих пор в кругу специалистов он известен под старым, сокращенным названием - Институт им. В.П. Сербского.

Это научно-методический центр судебной психиатрии в РФ, головное учреждение в организационно-методическом плане. Он был создан в 1921 г. на базе Пречистенской психиатрической больницы. В настоящее время ГНЦ ССП им. В.П. Сербского играет ведущую роль в развитии судебной психиатрии в нашей стране. На его базе проводятся судебно-психиатрические экспертизы (СПЭ), а также специализация врачей- психиатров по судебной психиатрии, после чего специалисты приобретают сертификат, дающий им право на соответствующую деятельность.

В каждом субъекте РФ, т.е. области (крае, республике) нашей страны имеются областные (краевые, республиканские) *психоневрологические диспансеры*, на базе которых возможно проведение амбулаторных экспертиз. В них сконцентрированы сведения о гражданах, состоящих на учёте у психиатров в конкретном субъекте федерации по поводу какого-либо заболевания психики.

В каждой области (крае, республике) на базе областной (краевой или республиканской психиатрической больницы имеется стационарное отделение судебно-психиатрической экспертизы для лиц, не содержащихся под стражей (*«бесстражные» отделения*). В них проходят экспертизу граждане, совершившие менее тяжкие преступления, незначительные по тяжести соде - янного, а также (в необходимых случаях) потерпевшие и свидетели.

«Стражные» стационарные отделения имеются не в каждой об-

ласти, они обычно обслуживают несколько областей. Их еще называют межобластным
судебно-психиатрическими экспертными учреждениями

(СПЭУ). В этих же больницах осуществляется принудительное лечение. Некоторые из них, так называемые «психиатрические стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением», предназначены для больных, совершивших особо опасные действия.

Перечень территорий, которые обслуживаются межобластными СПЭУ, утверждается Министерством здравоохранения РФ по согласованию с федеральными правоохранительными структурами. Поручение следователем или судом производства экспертизы другому территориальному СПЭУ допускается, но лишь в случаях объективной невозможности провести данную экспертизу по основному месту экспертного обслуживания: например, из-за отсутствия там экспертов нужной специальности, из-за отвода всех экспертов данного СПЭУ в рамках данной экспертизы, при прочих обстоятельствах.

Особое место в системе судебно-психиатрической экспертизы в РФ занимают *региональные центры государственных СПЭУ*, имеющие стационарное отделение для лиц, содержащихся под стражей, амбулаторное судебно-экспертное подразделение и отделение для принудительного лечения. Региональный центр является экспертным и научно -методическим учреждением в регионе, включающем, как правило, несколько областей. Региональные центры создаются на базе крупных психиатрических учреждений приказом территориального органа управления здравоохранением по месту своего нахождения.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СПЭ

Проведение государственной судебно -психиатрической экспертизы в России возможно только в медицинском психиатрическом учреждении, находящимся в ведении Министерства здравоохранения РФ или подчиненных ему органов здравоохранения субъектов РФ

Государственные судебно-психиатрические экспертные учреждения в медицинских психиатрических учреждениях других министерств (МО, МВД и пр.) создаваться не могут (ч.5 ст. 11 Закона о государственной судебно-экспертной деятельности). Психиатрические учреждения муниципальной системы здравоохранения (городского, районного и межрайонного подчинения) проводить судебно-психиатрические экспертизы также не могут.

Однако судебная психиатрия тесно связана с общей психиатриче-

ской сетью страны. Любая область страны состоит из таких административных единиц как районы. В любой городской и центральной районной больнице (ЦРБ) есть врачи-психиатры общего профиля, которые не могут проводить экспертизы. Но они, занимаясь лечебно-профилактической работой, активно участвуют в выявлении, лечении и наблюдении психически больных, оформляют соответствующую медицинскую документацию.

Эту документацию в обязательном порядке надо использовать при проведении экспертиз. Поэтому следователь, назначая судебно-психиатрическую экспертизу, обязан изъять медицинскую документацию на подэкспертного в местной районной поликлинике и присовокупить ее к постановлению о назначении экспертизы.

Сами эксперты не имеют права напрямую, минуя следователя, запрашивать медицинскую документацию в лечебных учреждениях, т.е. не имеют права собирать доказательства по делу. То есть запросы дополнительных материалов, необходимых для производства экспертизы, эксперты направляют лицу, назначившему экспертизу.

Психиатры общего профиля, детские психиатры могут быть привлечены следователем или судом для консультаций (например, в кабинете следователя), для участия в следственных действиях (допросах, следственных экспериментах). Тем не менее, закон предусматривает возможность проведения судебно-психиатрических экспертиз в рамках уголовного или гражданского дела, как экспертами государственного СПЭУ, так и другими лицами, назначенными экспертами в порядке, установленном УПК и ГПК.

Сотрудник государственного судебно-психиатрического экспертного учреждения (СПЭУ), производящий экспертизу в порядке исполнения своих служебных обязанностей, именуется государственным судебно -психиатрическим экспертом (ст. 12 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности»). Экспертом-психиатром в процессуальном смысле становится также лицо, не работающее в СПЭУ, если ему в предусмотренном законом порядке поручено производство судебно-психиатрической экспертизы.

Совокупность всех государственных СПЭУ страны образует систему

государственной судебно-психиатрической экспертной службы России. При этом, исходя из УПК РФ, следует учитывать, что заключения экспертов-психиатров любого звена государственной судебно-психиатрической экспертной службы (ГНЦ ССП им. В.П. Сербского,

регионального центра, областного СПЭУ) не имеют каких-либо преимуществ по отношению друг к другу, они процессуально равноправны.

ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СПЭ В РФ

Ст. 196 УПК РФ устанавливает, что назначение экспертизы обязательно для определения:

-причин смерти;

-характера и степени тяжести телесных повреждений;

-психического состояния обвиняемого или подозреваемого, если возникает сомнение о его вменяемости или способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве, во время производства по делу отдавать отчет о своих действиях или руководить ими, а также психического или физического состояния свидетеля либо потерпевшего, в случае сомнения в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания;

-возраста подозреваемого, обвиняемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнения.

Во всех остальных случаях любая экспертиза назначается по усмотрению следователя или суда. Заключение экспертизы служит одним из источников доказательств, а установленные в нем фактические данные являются доказательствами по делу.

Экспертизе подлежат только подлинники медицинских документов.

Самостоятельно собирать их эксперты не имеют права.

Кроме того, судебно-психиатрическая экспертиза обязательна по всем делам о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства (ст. 29 ГК РФ, ст. 283 ГПК РФ).

В перечисленных случаях СПЭ обязательна в силу прямого указания закона. Но она может потребоваться и в других случаях, например для установления тяжкого вреда здоровью потерпевшего, когда этот вред вызван психическим расстройством (ст. 111 УК РФ), по делам о признании недействительной сделки, совершенной гражданином, который в тот момент не мог понимать значение своих действий или руководить ими (ст. 177 ГК), и в ряде других случаев.

Сведения о странностях в поведении могут быть известны лицам,

хорошо знавшим данного человека или ставшим очевидцами отдельных эпизодов его неадекватного поведения (в быту и по месту работы). Так называемые странности в поведении могут непосредственно наблюдать следователь и суд в процессе следственных (судебных) действий.

Сведения о странностях в поведении могут содержаться в показаниях участвующих в деле лиц или в ходатайствах о назначении СПЭ. Ходатайства вправе заявлять лица, имеющие самостоятельный процессуальный интерес (стороны в процессе) и их представители. Не наделен этим правом свидетель. Его деятельность в процессе ограничивается дачей показаний. Каждое заявленное ходатайство подлежит рассмотрению субъектом, ведущим производство по делу. Отказ в удовлетворении ходатайства должен быть мотивирован.

Каждая назначаемая СПЭ должна быть тщательно подготовлена следователем (судом). Это касается материалов, подлежащих экспертному исследованию.

Судебно-психиатрическая экспертиза в отношении подозреваемого (обвиняемого) проводится только при наличии постановления следователя или определения суда, а в отношении потерпевшего, свидетеля - не иначе, как с их информированного письменного согласия либо согласия их законных представителей.

О назначении судебно-психиатрической экспертизы в рамках рассмотрения уголовного дела в суде могут ходатайствовать обвиняемый, защитник, представитель обвиняемого, потерпевший, его представитель, обвинитель в судебном заседании.

В рамках гражданского судопроизводства о необходимости проведения судебно-психиатрической экспертизы могут ходатайствовать истец, ответчик, их представители, прокурор. При рассмотрении дела о признании гражданина недееспособным проведение судебно-психиатрической экспертизы обязательно.

Процесс возбуждения, расследования уголовных и гражданских дел, сбора доказательств, проведения экспертиз, ход судебного разбирательства строго регламентированы. Уголовно-процессуальным и Гражданским процессуальным кодексами. Согласно международным правовым нормам, Конституции РФ и ст. 8 УПК РФ, правосудие по уголовному делу в Российской Федерации осуществляется только судом.

В процессе расследования, в соответствии со ст. 195 УПК РФ, если возникает необходимость, следователь назначает судебно-

психиатрическую экспертизу, выносит об это постановление. А в случаях, предусмотренных п. 3 части 2 ст. 29 УПК РФ (о помещении подозреваемого, обвиняемого, не находящегося под стражей, в медицинский или психиатрический стационар для производства судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы), следователь возбуждает перед судом соответствующее ходатайство.

В постановлении о назначении экспертизы кратко указываются обстоятельства дела и основания для назначения экспертизы: кому поручается производство экспертизы, какие вопросы ставятся на разрешение и какие материалы или объекты предоставляются эксперту для исследования.

Если производство экспертизы поручается экспертному учреждению, то следователь направляет в это учреждение свое постановление (а суд - определение), и все необходимые для исследования материалы.

Получив эти материалы и постановление, руководитель экспертного учреждения поручает непосредственное производство экспертизы своим сотрудникам. От имени следователя он разъясняет им их права и обязанности, а также предупреждает об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения и за разглашение данных предварительного расследования.

При назначении судебно-психиатрической экспертизы по уголовному делу перед экспертами, как правило, ставятся следующие вопросы:

Имелось ли у лица какое-либо психическое заболевание или психическое расстройство до и в момент совершения указанного в постановлении общественно опасного деяния? Если да, какое именно?

Могло ли данное лицо при совершении указанного в постановлении деяния осознавать общественно опасный характер своих действий и руководить ими? Если нет, то в силу каких обстоятельств?

Являлось ли данное лицо вменяемым в момент совершения указанного общественно опасного деяния?

Имеется ли у него какая-либо психическая патология на момент производства экспертизы?

Не возникли ли психические расстройства у обвиняемого после совершения деяния, а если да, то лишает ли его это заболевание процессуальной способности участия в судебно-следственных действиях?

Нуждается ли данный гражданин в принудительном лечении

психи - ческой патологии?

Естественно, что вопросов может быть гораздо больше, в зависимости от конкретного случая.

Специфика случая предопределяет и специфику вопросов.

Например, относительно осужденного, отбывающего наказание в учреждениях исполнения наказаний, вопрос, кроме прочих, можно сформулировать следующим образом: «Может ли осужденный по своему психическому состоянию находиться в местах лишения свободы, отбывать наказание»?

Для решения этих вопросов привлекаются сведущие лица - эксперты. Применение специальных, судебно-психиатрических знаний для разрешения вопросов предварительного либо судебного следствия называют судебно-психиатрической экспертизой. Экспертиза производится экспертами соответствующих судебно-психиатрических учреждений либо иными специалистами, назначенными лицом, проводящим дознание, следователем, прокурором, судом. В качестве эксперта может быть назначено любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения, независимо от стажа его работы по конкретной специальности. При проведении СПЭ, оно должно входить в состав экспертной комиссии.

Требования лица, производящего дознание, следователя, прокурора или суда о вызове эксперта обязательны для руководителя учреждения, предприятия или организации, где он работает.

Исходя из ст. 21 УПК РФ, любое лицо, вызванное прокурором, следователем, дознавателем, судом обязано явиться по вызову в назначенные время и место, даже если вызванное лицо считает, что не может быть свидетелем, экспертом, специалистом, переводчиком. Не может служить основанием к неявке ссылка на служебное положение, занятость по основному месту работы, по хозяйству, нахождение в трудовом отпуске и т.п. Равно любое лицо, предприятие, учреждение, организация, независимо от форм собственности, обязаны представить по законно обоснованному требованию указанных правоохранительных органов документы и предметы.

Неявка без уважительных причин по вызову, отказ в предоставлении документов, предметов, образцов для сравнительного исследования влечёт применение мер процессуального принуждения. Со своей стороны, сотрудники правоохранительных органов обязаны разъяснить вызванным лицам их права и ответственность, обеспечить соблюдение прав

Согласно ст. 73 УПК РФ, при производстве по уголовному делу подлежат доказыванию:

-событие преступления (время, место, способ и другие обстоятельства совершения преступления);

-виновность лица в совершении преступления, форма его вины и мотивы;

-обстоятельства, характеризующие личность обвиняемого;

-характер и размер вреда, причинённого преступлением;

-обстоятельства, исключающие преступность и наказуемость деяния;

-обстоятельства, смягчающие и отягчающие наказание;

-обстоятельства, которые могут повлечь за собой освобождение от уголовной ответственности и наказания.

В качестве доказательств могут быть использованы только приобщённые к делу материалы. Непроверенные следствием оперативные данные доказательствами не являются

Кроме того, подлежат обязательному выявлению также обстоятельства, способствовавшие совершению преступления.

В соответствии со ст. 74 УПК РФ, доказательствами являются лишь фактические объективные данные, полученные законным путём, зафиксированные в предусмотренных законом документах (протоколе допроса, з аключении эксперта и т.д.). Источниками доказательств могут быть свидетельские показания, данные истории болезни, амбулаторной карты и т.п.

Доказательства должны быть объективными и конкретными, опираться на конкретные действия, реальные события и факты, научно апробированные методики и полученные с их помощью данные, а не носить характер слухов, догадок и предположений.

Доказательства могут быть первоначальными и производными, обвинительными и оправдательными, прямыми и косвенными.

Медицинские данные, зафиксированные в подлиннике амбулаторной карты или истории болезни, признаки вещественного доказательства, изъятого на месте происшествия (например, групповые свойства крови или спермы), служат первоначальными доказательствами. Сообщённые с чьих-то слов сведения, данные, зафиксированные в выписках из документов (историй болезни, амбулаторных карт, журналов амбулаторной помощи), являются производными доказательствами.

Прямое доказательство непосредственно и очевидно вытекает из

конкретного факта. Косвенное доказательство исходит из какого-либо промежуточного, опосредованного факта, не исключающего случайного совпадения с предметом доказывания. Поэтому доказательно значимым может быть лишь совпадение совокупности косвенных доказательств.

Соответственно ст. 86 УПК РФ, собирание доказательств осуществляется в ходе уголовного судопроизводства дознавателем, следователем, прокурором и судом путём производства следственных и иных процессуальных действий, предусмотренных УПК.

Доказательства могут быть представлены подозреваемым, обвиняемым, защитником, обвинителем, а также потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком и их представителями и любыми гражданами, предприятиями, учреждениями и организациями. Лицо, заявившее о наличии у него доказательств, должно быть допрошено, а предоставленные им доказательства - приобщены к делу.

По запросу правоохранительных органов администрация учреждений и организаций обязана предоставить все необходимые документы и предметы; например, амбулаторные карты, истории болезни, рентгеновские снимки, данные лабораторных и экспериментальных методов исследования.

Защитник также вправе собирать доказательства путём:

-получения предметов, документов и иных сведений;

-опроса лиц с их согласия;

-истребования справок, характеристик, иных документов от органов государственной власти, местного самоуправления, общественных объединений и организаций, которые обязаны предоставлять запрашиваемые документы или их копии.

Каждое, собранное по делу доказательство и его источник подлежат тщательной, всесторонней и объективной проверке со стороны лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда. Например, проверке подлежит компетентность эксперта, его объективность, отсутствие заинтересованности в деле, подлинность предоставленных на экспертизу документов (амбулаторных карт, историй болезни, рентгеновских снимков и пр.). В необходимых случаях проверке подлежит отсутствие подлога со стороны лечащего врача при оформлении медицинских документов, на основании которых проводилась судебно-психиатрическая экспертиза и т.д.

Доказательства, полученные с нарушением требований УПК РФ, являются недопустимыми (ст. 75 УПК РФ). Недопустимые

доказательства не имеют юридической силы и не могут быть положены в основу обвинения, а также использоваться для доказывания любого из обстоятельств, предусмотренных ст. 73 УПК РФ.

Судебно-психиатрическую экспертизу могут производить только лица, имеющие высшее медицинское образование и прошедшие соответствующую специализацию, что удостоверяется сертификатом.

Эксперты государственных экспертных учреждений должны проходить курсы повышения квалификации (переподготовки) не реже одного раза в пять лет. Для производства экспертизы может быть приглашен любой специалист, обладающий необходимыми познаниями для дачи заключения и отвечающий общим процессуальным требованиям (ст. 57 УПК РФ). Эксперт должен быть лицом объективным, не заинтересованным лично прямо или косвенно в исходе дела.

Согласно Закону «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», при производстве судебной экспертизы эксперт независим, он не может находиться в какой-либо зависимости от органа или лица, назначивших судебную экспертизу, сторон и других лиц, заинтересованных в исходе дела. Эксперт даёт заключение, основываясь на результатах проведённых исследований в соответствии со своими специальными знаниями. Исследования должны проводиться объективно, на строго научной и практической основе, полно и всесторонне, и лишь в пределах соответствующей специальности. Субъективизм недопустим. Эксперт должен быть компетентным в конкретной экспертной специальности, беспристрастным, незаинтересованным в исходе дела, т.е. - объективным.

Не допускается воздействие на эксперта со стороны судов, судей, органов дознания, лиц, производящих дознание, следователей и прокуроров, а также иных государственных органов, организаций, объединений и отдельных лиц в целях получения заключения в пользу кого-либо из участниов процесса или в интересах других лиц. Лица, виновные в оказании воздействия на эксперта, подлежат ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации, в зависимости от содеянного.

Государственный эксперт, которому руководитель экспертного учреждения поручил производство экспертизы, как подчинённое лицо административно зависит от своего начальника, но последний не вправе давать прямые указания эксперту, предрешающие содержание

выводов при производстве экспертизы. В случае несогласия руководителя экспертного учреждения с за - ключением эксперта, для производства экспертизы он вправе создать комиссию экспертов, включив в неё эксперта, заключение которого вызвало несогласие или сомнения. Если эксперт не согласен с заключением комиссии, он должен оформить собственное заключение.

Статьями 61 и 70 УПК РФ предусматривается отвод эксперта в случаях, если он:

является потерпевшим, гражданским истцом, гражданским ответчиком или свидетелем по данному уголовному делу;

участвовал в качестве присяжного заседателя, эксперта, специалиста, переводчика, понятого, секретаря судебного заседания, защитника, законного представителя подозреваемого, обвиняемого, представителя потерпевшего, гражданского истца или гражданского ответчика, а судья также - в качестве дознавателя, следователя, прокурора в производстве по данному уголовному делу;

является близким родственником или родственником любого из участников производства по данному уголовному делу.

если он находился или находится в служебной или иной зависимости от сторон или их представителей;

если обнаружится его некомпетентность.

Предыдущее его участие в производстве по уголовному делу в качестве эксперта или специалиста не является основанием для отвода.

Иными словами, эксперт не может принимать участие в производстве по уголовному делу и подлежит отводу, если он лично, прямо или косвенно, заинтересован в этом деле. Данное требование закона направлено на гарантию объективного и беспристрастного правосудия.

Государственному судебно-экспертному учреждению не может быть поручено производство судебной экспертизы, а в случаях, когда указанное производство начато, оно немедленно прекращается, если установлены обстоятельства, подтверждающие заинтересованность в исходе дела руководителя данного учреждения.

В производстве судебной экспертизы в отношении живого лица не может участвовать врач, который до её назначения оказывал указанному лицу медицинскую помощь. Указанное ограничение действует также при производстве судебно-психиатрической экспертизы, осуществляемой без непосредст-

венного обследования лица (ст. 18 Закона «О гос. суд. эксп. деят...»).

Специалист, привлекаемый для производства экспертизы в качестве эксперта, или для участия в производстве по уголовному делу в качестве специалиста вправе и обязан заявить о своём отводе ввиду своей некомпетентности, если необходимые исследования при производстве экспертизы или функции при участии в процессуальных действиях выходят за пределы его специальных познаний.

От понятия «эксперт» необходимо отличать понятие «специалист». Специалистом является лицо, обладающее определёнными специальными познаниями в какой-либо области (например, медицины, психологии), приглашённое следователем для участия в следственном действии (например, проведении следственного эксперимента, допросе и др.) с тем, чтобы, используя свои специальные знания и навыки, оказывать следователю содействие, консультировать по возникающим в ходе следственного действия вопросам.

Процессуальный статус специалиста отличается от статуса эксперта: участвуя в первоначальных следственных действиях (допрос, следственный эксперимент и т.д.) специалист не проводит самостоятельного исследования и не занимается проведением экспертизы, он лишь содействует следователю в проведении следственных действий. Мнение специалиста не может быть приравнено к заключению эксперта. Экспертиза производится в другом месте и в другое время, лишь после вынесения постановления о её назначении. Для производства экспертизы предусмотрено проведение ряда процессуальных процедур.

Приглашая специалиста, следователь обязан выяснить наличие или отсутствие его личной заинтересованности в исходе дела, разъяснить ему его права, ответственность за неисполнение процессуальных обязанностей, а также порядок производства соответствующего следственного действия.

В случаях, предусмотренных ст. ст. 61, 70 и 71 УПК РФ, специалист подлежит отводу.

В соответствии со статьёй 131 УПК РФ, специалист, как и врач - эксперт, имеет право на возмещение расходов, понесённых им по явке, и на воз - награждение за выполнение своих обязанностей, кроме тех случаев, когда эти обязанности выполнялись в порядке служебного задания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА

Производство любой экспертизы, в том числе и судебно-психиатрической, состоит из двух основных процессов:

исследование объектов экспертизы с применением всех методов, необходимых для решения поставленных вопросов;

составление письменного заключения о результатах этого исследования с мотивированными ответами на поставленные вопросы.

Заключение эксперта - это мотивированные ответы на поставленные вопросы, к которому эксперты пришли на основе своих специальных знаний в результате всестороннего, полного и объективного исследования представленных материалов.

Если при производстве экспертизы эксперты установят обстоятельства, имеющие значение для дела, по поводу которых им не были поставлены вопросы, они вправе указать на них в своём заключении (ст. 57 и 204 УПК РФ).

Заключение эксперты дают письменно, согласно требованиям ст. 204 УПК РФ, при этом эксперты отвечают лишь на те вопросы, которые находятся в пределах их компетенции. При недостатке данных для производства экспертизы и ответа на поставленные вопросы эксперты должны воздержаться от дачи заключения и, в соответствии со ст. 57 УПК РФ, заявить ходатайство о предоставлении им дополнительных материалов, необходимых для производства экспертизы. Например, при необходимости изучения не предоставленных ему медицинских документов, эксперт заявляет следователю ходатайство об их предоставлении. При невозможности дать ответы на поставленные вопросы в полном объёме эксперт мотивирует это в своём заключении.

Эксперты дают заключение от своего имени на основании проведённых исследований, в соответствии со своими специальными знаниями, и несут за данное ими заключение личную ответственность. За дачу заведомо ложного заключения эксперт может быть привлечен к уголовной ответственности, а за допущенные ошибки и ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей штатный сотрудник экспертного учреждения может быть привлечён к дисциплинарной ответственности.

От заведомо ложного заключения, отказа или уклонения от дачи заключения необходимо отличать случаи дачи ошибочного заключения либо заключение о невозможности ответить на поставленные вопросы ввиду недостаточности исходных материалов.

Эксперт может отказаться от дачи заключения, если поставленные вопросы выходят за пределы его компетенции, лабораторное оборудование не позволяет достичь точного результата, а также ввиду недостаточной разработанности методик исследования.

По окончании исследования эксперты составляют письменное заключение, в котором освещают процесс и результаты исследования и дают от - веты на поставленные следователем вопросы.

Заключение экспертизы передается лицу, назначившему экспертизу. Заключение эксперта (экспертов) не является обязательным для лица, производящего дознание, следователя, прокурора и суда, однако *их несогласие с заключением должно быть мотивировано.*

После получения и изучения заключения следователь вправе для разъяснения и дополнения этого заключения провести допрос эксперта (экспертов) в порядке, предусмотренном ст. 205 УПК РФ. Ответы эксперта в ходе допроса вносятся в протокол допроса и рассматриваются как дополнение заключения, но не заменяют самого заключения. Свои ответы эксперт может изложить в протоколе допроса собственноручно.

ВИДЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ, ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ УПК РФ

Судебно-психиатрическая экспертиза может быть первичной, дополниельной, повторной (ст. 207 УПК РФ).

Первичной СПЭ называется первое исследование объекта (подэкспертного) и составление экспертного заключения по результатам этого исследования.

Дополнительная СПЭ назначается, когда заключение требует дополнений или разъяснений, и возникшую неполноту или неясность заключения нельзя устранить путём допроса эксперта (экспертов). В некоторых случаях возникает необходимость ответа на новые вопросы по вновь открывшимся обстоятельствам. При проведении дополнительной экспертизы эксперт (эксперты) вправе изменить свои выводы, мотивировав причины их изменения. Если неполнота исследования не мотивирована, возникла по зависящим от эксперта (экспертов) обстоятельствам, возникает сомнение в обоснованности выводов, что требует назначения не дополнительной, а повторной экспертизы.

Повторная СПЭ назначается в случае необоснованности заклю-

чения эксперта (экспертов) или сомнений в правильности его выводов.

Например: при выяснившейся некомпетентности эксперта;

существенном нарушении правил производства экспертизы;

возможной заинтересованности эксперта (экспертов) в исходе дела;

при вскрывшихся обстоятельствах не заявления отвода в предусмотренных законом случаях;

противоречии выводов в Заключении эксперта остальным материалам дела;

отсутствии обоснования выводов объективными данными;

при разногласии между членами экспертной комиссии.

Однако противоречия в заключениях нескольких экспертов не во всех случаях требуют повторной экспертизы. Суд может путём допроса экспертов получить необходимые разъяснения, дополнительное обоснование выводов.

Повторная экспертиза, как правило, обязательно поручается другому эксперту или экспертам, а в некоторых случаях даже материал направляется в другое экспертное учреждение.

Судебно-психиатрические экспертизы проводятся комиссионно. В комиссии должно участвовать не менее двух экспертов одной специальности. Комиссионный характер экспертизы определяется следователем либо руководителем экспертного учреждения, которому поручено производство судебной экспертизы

Комплексная СПЭ. Судебная экспертиза, в производстве которой участвуют эксперты разных специальностей, является комплексной. В заключении экспертов, участвующих в производстве комплексной судебной экспертизы, указывается, какие исследования и в каком объёме провёл каждый эксперт, какие факты он установил и к каким выводам пришёл. Каждый эксперт, участвовавший в производстве комплексной судебной экспертизы, подписывает ту часть заключения, которая содержит описание проведённых им исследований, и несёт за неё ответственность.

Комплексная СПЭ назначается в особо сложных случаях с участием специалистов различных областей знаний, например, судебных психолога, сексолога, психиатра и т.д. Соответственно этому будут называться и экспертизы: комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, комплексная судебная сексолого - психиатрическая экспертиза и т.д.

При производстве комиссионной или комплексной СПЭ, согласно ст.ст. 200, 201 УПК РФ, если по результатам проведённых исследований мнения экспертов по поставленным вопросам совпадают, то ими составляется единое заключение. В случае возникновения разногласий каждый из экспертов, участвовавших в производстве судебной экспертизы, даёт отдельное заключение по вопросам, вызвавшим разногласие.

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

Судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, проводится комиссией в составе не менее 3 врачей - судебных психиатров: докладчика, члена и председателя комиссии. При проведении сложных и повторных экспертиз комиссия создается из большего количества врачей.

ОБЯЗАННОСТИ, ПРАВА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СУДЕБНОГО ЭКСПЕРТА

Обязанности и права эксперта регламентируются ст. 57 УПК РФ и ст.ст. 16, 17 Закона «О государственной судебно -экспертной деятельности».

Судебный психиатр обязан:

-принять к производству порученную ему руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения судебную экспертизу;

-провести полное исследование представленных ему объектов (по - дэкспертного, медицинской документации) и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам;

-составить мотивированное письменное сообщение о невозможности дать заключение и направить данное сообщение в орган или лицу, которые назначили судебную экспертизу. Если поставленные вопросы выходят за пределы специальных знаний эксперта, объекты исследований и материалы дела непригодны или недостаточны для

проведения исследований и дачи заключения, а эксперту отказано в их дополнении, своевременный уровень развития науки не позволяет ответить на поставленные вопросы;

-не разглашать сведения, которые стали ему известны в связи с производством судебной экспертизы, в том числе сведения, которые могут ограничить конституционные права граждан, а также сведения, составляющие государственную, коммерческую или иную охраняемую законом тайну;

-обеспечить сохранность представленных объектов исследований и материалов дела.

Эксперт не вправе:

-принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких- либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения;

-осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта;

-вступать в личные контакты с участниками процесса, если это ставит под сомнение его незаинтересованность в исходе дела;

-самостоятельно собирать материалы для производства судебной экспертизы, за исключением органа или лица, её назначивших;

-уничтожать объекты исследований либо существенно изменять их свойства без разрешения органа или лица, назначивших судебную экспертизу.

Эксперт вправе:

-ходатайствовать перед руководителем соответствующего государственного судебно-экспертного учреждения о привлечении к производству судебной экспертизы других экспертов, если это необходимо для проведения исследований и дачи заключения;

-делать подлежащие занесению в протокол следственного действия или судебного заседания заявления по поводу неправильного истолкования участниками процесса его заключения или показаний;

-обжаловать в установленном законом порядке действия органа или лица, назначивших судебную экспертизу, если они нарушают права эксперта.

Эксперт обязан являться по вызову следователя, прокурора, суда, независимо от наличия у него оснований для заявления о невозможности производить экспертизу. Лишь после явки по вызову, эксперт в письменной форме сообщает и мотивирует органу, назначившему экспертизу, основания невозможности дать заключение.

Ознакомление с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы целесообразно, а в некоторых случаях это действие эксперта является единственно правильным, так как без него не представляется возможным разрешение некоторых вопросов и дача полного, исчерпывающего заключения.

При наличии оснований для самоотвода (ст. ст. 61, 62, 70 УПК РФ) лицо, назначаемое экспертом, обязано заявить представителям правоохранительных органов или руководителю экспертного учреждения об обстоятельствах, исключающих возможность его участия в данном деле.

Заявление ходатайства о предоставлении дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, может быть устным, при условии внесения его в протокол следственного действия, или письменным. Ходатайство о предоставлении дополнительных материалов эксперт может заявлять как в момент объявления постановления о назначении экспертизы, так и в ходе её производства. Такими дополнительными материалами могут быть медицинские документы из разных медицинских учреждений, где наблюдался, освидетельствовался или лечился потерпевший, обвиняемый, протокол допроса врача, наблюдавшего и лечившего свидетельствуемого и т.п.

Противоречит закону (ст. 16 Закона «О государственной судебно-экспертной деятельности») практика самостоятельного собирания экспертом по своей инициативе или указанию органа, назначившего экспертизу, дополнительных материалов.

Например, является незаконной рассылка экспертом в медицинские учреждения самостоятельных запросов каких-либо документов, собственно - ручное или с помощью вспомогательного персонала изъятие таких документов из регистратур поликлиник, архивов больниц, опросы родственников свидетельствуемого или покойного и тому подобных действий.

Нельзя переоценить важность положения о праве эксперта обращать внимание следствия на обстоятельства и давать заключение по вопросам, по каким -то причинам, отсутствующим в постановлении о назначении экспертизы.

В случае отказа или уклонения эксперта от выполнения своих обязанностей без уважительных причин в настоящее время уголовная ответственность не предусматривается (она предусматривалась УК РСФСР 1960 г.), возможно лишь применение мер принуждения: привода и наложения денежного взыскания (ст.ст. 117, 118 УПК РФ). За

дачу заведомо ложного заключения эксперт привлекается к уголовной ответственности по ст. 307 УК РФ. Под заведомо ложным заключением имеется в виду не ошибочное, а заведомо неправильное заключение, данное умышленно. За разглашение данных предварительного расследования предусмотрена ответственность в соответствии со ст. 310 УК РФ.

В соответствии со ст. 131 УПК РФ, эксперт имеет право на возмещение расходов, понесённых им в связи с явкой по вызову, и на вознаграждение за выполнение своих обязанностей, кроме тех случаев, когда эти обязанности выполнялись в порядке служебного задания (речь обычно идёт о сотрудниках не экспертных учреждений).

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Отклонения в психике у детей обычно замечают рано, в детском саду или в школе. Если ребенок отличается непонятливостью, отсутствием тонких эмоций, то над ним начинают подсмеиваться, дают прозвища, отстраняются от него. В результате этого у ребенка с недостаточностью интеллекта, появляются тревога, подавленность, замкнутость.

Изгойное положение сопровождает ребенка и в школе, и на улице, и дома. Оно усугубляется неправильным, а зачастую и жестоким поведением учителей, родителей, становится причиной тяжелых и длительных переживаний, которые могут принимать болезненный характер, нередко с развитием садистских и асоциальных фантазий, повышенной возбудимости и истероидности. Эти фантазии могут трансформироваться в сверхценные идеи убийства обидчиков, иногда с реализацией своих вымыслов, что приводит к тем или иным криминальным действиям. При этом изменения личности постепенно нарастают, формируются психопатии (расстройства личности), иные патологические состояния психики.

Основу психопатий составляют стойкие личностные нарушения, формирующиеся в детстве и обычно заканчивающие свое окончательное становление к концу полового созревания.

Из поведенческих реакций наиболее характерны следующие реакции на взрослых: протеста или оппозиции, отказа, имитации

Реакции протеста могут выражаться в стремлении «все делать наоборот» или «назло», а также в форме агрессии, суицидальных попыток (например, ребенок назло родителям ломает мебель, портит их

вещи и т.п.).

Реакции отказа многообразны (уход в себя, отказ от подчинения, от речевого общения, длительные отказы от пищи, мутизм, запор, рвота и пр.).

Реакции имитации, по сути дела состоят в передразнивании взрослых.

При психопатоподобных состояниях наблюдаются незначительная задержка психофизического развития, снижение памяти, внимания, склонность к аффективным реакциям, расстройства влечений (бродяжничество, пиромания, сексуальные извращения).

При допросах дебильных подростков необходимо учитывать их повышенную внушаемость, что важно при оценке их показаний, особенно когда они являются важными свидетелями по делу или потерпевшими. Повышенная внушаемость олигофренов также лежит в основе их виктимного поведения.

При этом, чем моложе подросток с криминальным поведением, тем большая вероятность наличия у него психической аномальности. Но подростка, совершившего правонарушение в возрасте до 14 лет, крайне сложно поместить в специальное учебно-воспитательное учреждение закрытого типа. В спецшколы для правонарушителей обычно попадают подростки либо с нераспознанными психическими расстройствами, либо туда они не определяются вообще. Меры медико-социальной коррекции для подростков до 14 лет с криминальным поведением пока не разработаны.

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних проводится в соответствии с общими нормами производства судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), установленными процессуальным законом.

В случаях необходимости судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, вопросы суда или предварительного следствия к экспертам могут быть сформулированы следующим образом:

имеются ли у данного несовершеннолетнего лица отклонения в психическом развитии, и если да, то в чем они проявляются?

мог ли данный несовершеннолетний, с учетом уровня его психического развития, полностью осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и в какой мере он мог руко-

водить ими?

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СВИДЕТЕЛЕЙ И ПОТЕРПЕВШИХ

Одним из важных источников доказательств в уголовном судопроизводстве являются показания потерпевших и свидетелей. Эти показания имеют для следствия значение доказательств. За отказ от дачи показаний и за дачу заведомо ложных показаний предусмотрена ответственность в соответствии со ст.ст. 307 и 308 УК РФ.

Однако даже у психически полноценных лиц имеются определенные различия в восприятии, запоминании и воспроизведении событий. На процесс формирования показаний влияют психические расстройства, при которых могут наблюдаться не только искажения имевших место событий, но и оговоры и самооговоры.

Кроме того, потерпевшие и свидетели не всегда дают объективные показания — иногда из-за желания скрыть какие-либо факты, а иногда из -за невозможности правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить реальные события в силу психических расстройств или сильных эмоциональных переживаний событий, банального алкогольного опьянения. С течением времени некоторые события стираются из памяти свидетеля. Провалы в памяти свидетеля или потерпевшего могут дополнять домыслами, ложными воспоминаниями, основанными на показаниях других лиц или неверных ассоциаций. Особые трудности составляют оценки показаний потерпевших, перенесших вследствие преступления черепно-мозговую травму, или находившихся в состоянии сильного алкогольного опьянения. В таких случаях характерны нарушения памяти с восполнением пробелов непроизвольно возникающими ложными воспоминаниями, по поводу которых потерпевшие добросовестно заблуждаются в их истинности. Кроме того, у потерпевших или свидетелей могут непроизвольно возникать иллюзии либо галлюцинации. Бредовые идеи также способствуют искажению восприятия обстоятельств, имеющих значение для дела.

В случае расследования уголовных дел также можно столкнуться со слабоумием свидетелей или потерпевших, иной патологией психики, что ведет иногда даже к самообвинениям, оговорам себя или иных людей.

Для определения психического состояния потерпевших, в случаях со - мнения в их способности правильно воспринимать обстоя-

тельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания, требуется обязательное назначение СПЭ (п. 4 ст. 196 УПК РФ).

Что касается свидетелей, то такая судебная экспертиза может проводиться только с их согласия или с согласия их законных представителей (п. 4 ст. 195 УПК РФ).

Вопрос о достоверности показаний свидетелей и потерпевших, который иногда при проведении данной экспертизы следователи ставят перед экспертами, является неправомерным, так как оценка достоверности показаний как психически здоровых лиц, так и лиц с психическими расстройствами не входит в компетенцию эксперта.

ЛЕКЦИЯ 3
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО УГОЛОВНОМ И ГРАЖДАНСКОМ ДЕЛАМ

Субъективной стороной любого общественно -опасного деяния является вина. При совершении преступления лицом, находящимся в состоянии невменяемости, в наличии лишь объективная сторона преступления, а субъективная сторона отсутствует, так как психическая патология лишает невменяемого способности осознавать фактический характер и общественную опасность совершаемых им деяний либо руководить ими. При отсутствии субъективной стороны деяния, отсутствует и вина. Поэтому человек, совершивший общественно-опасное деяние в состоянии невменяемости, не может быть признан преступником, к нему не могут быть применены соответствующие меры наказания.

Если лицо во время совершения общественно опасных деяний не находилось в состоянии болезненного психического расстройства, то оно при проведении судебно-психиатрической экспертизы признается вменяемым. В таких случаях, если будет доказано, что преступление имело место, виновный признается судом преступником и подлежит уголовной ответственности.

Однако психическое расстройство может развиться после совершения преступления. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера. В случае выздоровления такого лица, оно может под - лежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные статьями

78 и 83 УК РФ.

Если психическое расстройство возникло до вынесения приговора, то лицо направляется на судебно-психиатрическую экспертизу. При этом ставятся вопросы о диагнозе, характере психического расстройства, способности лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Последний вопрос относится ко времени производства по делу (настоящее время).

Неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими делает граждан уголовно-процессуально недееспособными и исключает возможность проведения с их участием каких-либо процессуальных действий (допросов, очных ставок, ознакомления с обвинительным заключением и т. п.). Если же такие действия были произведены, то установление факта тяжелого психического расстройства на тот период делает их недействительными.

В таких случаях большое значение имеет характер течения заболевания. Если установлено, что развившееся психическое расстройство носит характер хронического или относится к категории слабоумия, принимается решение об освобождении виновного от наказания, которое является окончательным. Если же психическое расстройство носит временный характер, то освобождение от наказания продолжается лишь до выздоровления человека.

Понятие невменяемости определено в ст. 21 УК РФ:

Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть 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 *(ч. 1 ст. 21 УК РФ).*

Соответственно ч. 2 этой статьи, «лицу, совершившему предусмотренное уголовным законом общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом».

Указанное определение невменяемости составляют 2 критерия —

медицинский и юридический.

Юридический критерий включает в себя 2 элемента (признака):

А) **интеллектуальный** - «то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия)»;

Б) **волевой** - «либо руководить ими».

Медицинский критерий изложен во второй половине определения. Он указывает, вследствие каких объективных причин возникают признаки юридического критерия. Медицинский критерий включает в себя 4 элемента (признака):

хроническое психическое расстройств;

временное психическое расстройство;

слабоумие;

иное болезненное состояние психики.

Для признания лица, совершившего общественно -опасное деяние, невменяемым, достаточно выявление какого-либо одного элемента в юридическом, и одного элемента в медицинском критериях.

Например, лицо не осознавало фактический характер и общественную опасность своих действий вследствие слабоумия или, например, лицо не могло руководить своими действиями вследствие хронического психического расстройства.

Статьей 81 УК РФ («Освобождение от наказания в связи с болезнью») предусмотрено, что:

Лицо, у которого после совершения преступления наступило психическое расстройство, лишающее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания. Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера.

Лицо, заболевшее после совершения преступления иной тяжелой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, может быть судом освобождено от отбывания наказания.

Военнослужащие, отбывающие арест либо содержание в дисциплинарной воинской части, освобождаются от дальнейшего отбывания наказания в случае заболевания, делающего их негодными к военной службе. Не отбытая часть наказания может быть заменена им более мягким видом наказания.

Лица, указанные в частях первой и второй настоящей статьи, в

случае их выздоровления могут подлежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности, предусмотренные статьями 78 и 83 УК РФ.

О порядке медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью и перечне заболеваний, препятствующих отбыванию наказания см. Постановление Правительства РФ от 06.02.2004 № 54.

В законодательстве некоторых стран, кроме понятий «вменяемость – невменяемость», применяется понятие «ограниченная (или уменьшенная) вменяемость». В современном российском уголовном праве такое понятие отсутствует. Так, 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. При этом психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера (ст. 22 УК РФ).

ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Причиной общественно-опасных деяний со стороны психически больных являются различные психопатологические факторы, нередко в комплексе с внешними воздействиями, например, бред, галлюцинации устрашающего и приказывающего характера, навязчиво - повторяющиеся фантазии и действия при обсессивно-компульсивных расстройствах личности и т.д. Именно они обусловливают то или иное поведение больных.

В круг внешних воздействий входят: социально-бытовое неблагополучие больного, его асоциальные установки, злоупотребление алкоголем, наркотиками, возникновение криминогенно опасной ситуации на почве внешнего (гетеро-агрессивного, межличностного) конфликта или внутреннего (ауто-агрессивного, личностного) конфликта. Немалую роль играет и виктимное поведение потерпевших.

В основе проявления противоправной агрессии со стороны психически больных может находиться *прямая бредовая мотивация*, выражающаяся, например, в защите от преследования мнимых «врагов», в идеях борьбы, мести и пр. Кроме того, существует и *косвенная бредовая мотивация*, когда бредовые идеи опосредованно влияют на по-

ступки больных.

Пример косвенной бредовой мотивации:

Больной с бредом преследования бродяжничает, скрываясь от мнимых врагов.

Для поддержания существования ворует, совершает грабежи.

Интеллектуальное обеднение, снижение или даже полная утрата высших эмоций увеличивают общественную опасность больного, повышают вероятность совершения им особо жестоких действий.

Характер, особенности общественно-опасных деяний чрезвычайно зависят от наличия сформировавшихся еще в детстве и юности асоциальных установок, конкретных конфликтных ситуаций, непосредственно возникших перед проявлением заболевания или его обострения.

При вынесении объективного решения о социальной опасности больного эксперты-психиатры учитывают сведения о поведении больного в быту до совершения им преступления, о его социальном окружении. Важна информация о прошлых правонарушениях, о профессиональных навыках и знаниях больного, о его социальном, профессиональном и семейном функционировании, способности к целенаправленной деятельности, характере совершенного преступления, его обстоятельствах и мотивах. Эту информацию соответствующим образом должен оформить следователь в материалах уголовного дела.

Повторные преступления больных могут иметь высокую степень схожести с ранее совершенными деяниями, быть направлены на тот же объект или внешне похожий на него, совершены аналогичным способом, в схожих местах.

Предупреждение совершения психически больными общественно опасных деяний - важнейшая задача органов здравоохранения и правоохранительных органов. Профилактика данного рода должна заключаться в своевременном выявлении психически больных лиц, их систематическом наблюдении и своевременном лечении.

На специальном учете как социально опасные должны состоять следующие группы больных:

ранее привлекавшиеся к уголовной ответственности;

находившиеся на принудительном лечении в связи с совершением общественно-опасных деяний;

подвергавшиеся срочной госпитализации в связи с созданием ими опасности для себя или окружающих;

впервые обнаружившие общественно опасные тенденции в своем

поведении.

За указанными больными должен быть установлен контроль с периодическим, не реже одного раза в месяц, медицинским осмотром.

Надзор за состоящими на специальном учете лицами осуществляется психиатрами совместно с сотрудниками милиции по месту жительства больного. Из психиатрических стационаров выписывают только больных, переставших представлять общественную опасность.

В соответствии с Законом РФ от 02.07.92№ 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», решения о назначении, изменении и прекращении применения принудительность мер медицинского характера входят в компетенцию суда.

ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Принудительному лечению психически больных лиц в судебной психиатрии уделяется большое внимание, поскольку данный вопрос играет решающую роль в профилактике совершения психически больными лицами преступлений, общественно опасных деяний. В ходе принудительного лечения применяются современные клинические методы, проводятся реабилитационные мероприятия. После окончания принудительного лечения, человек с

хронической психической патологией должен быть поставлен на учет, и находиться под постоянным наблюдением врачей -психиатров по месту жительства. При обострении болезни или рецидиве у социально опасного больного нередко необходима немедленная его госпитализация.

Хронические психические заболевания продолжаются годы, иногда всю жизнь. В связи с этим возникают социальные проблемы, связанные с трудоустройством, с социальным и семейным функционированием, жилищные проблемы. Данные проблемы в положительном контексте можно решать только в толерантном обществе.

В соответствии с главой 15-й УК РФ, принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:

совершившим деяния, предусмотренные статьями Особенной части УК РФ, в состоянии невменяемости;

у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;

совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (в ред. Федерального закона от 08.12.2003 N 162-ФЗ).

Приказом Минюста РФ от 03.08.2001 N 229[3] утверждена Инструкция по организации принудительного амбулаторного лечения от алкоголизма или наркомании осужденных, отбывающих наказания в учреждениях уголовно - исполнительной системы Минюста России.

Принудительные меры медицинского характера назначаются вышеуказанным лицам только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц.

В отношении указанных лиц, не представляющих опасности по своему психическому состоянию, суд может передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении этих лиц или направлении их в психоневрологические учреждения социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

Целями применения принудительных мер медицинского характера являются излечение больных или улучшение их психического здоровья, а также предупреждение совершения ими новых противоправных деяний.

Суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:

амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;

принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;

принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;

принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Лицам, осужденным за преступления, совершенным в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбу-

[3] Приказ Минюста РФ от 03.08.2001 N 229 "Об утверждении Инструкции по организации принудительного амбулаторного лечения от алкоголизма или наркомании осужденных, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации" | ГАРАНТ https://base.garant.ru/998652/

латорного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (в ред. Федерального закона от 08.12.2003 N 162-ФЗ).

Лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в шесть месяцев для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры. Освидетельствование такого лица проводится по инициативе лечащего врача, если в процессе лечения он пришел к выводу о необходимости изменения принудительной меры медицинского характера либо прекращения ее применения, а также по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника.

Ходатайство подается через администрацию учреждения, осуществляющего принудительное лечение, вне зависимости от времени последнего освидетельствования. При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера администрация учреждения, осуществляющего принудительное лечение, представляет в суд заключение для продления принудительного лечения. Первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении шести месяцев с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно (в ред. Федерального закона от 20.03.2001 N 26-ФЗ).

В случае прекращения применения принудительного лечения в психиатрическом стационаре суд может передать необходимые материалы в отношении лица, находившегося на принудительном лечении, органам здравоохранения для решения вопроса о его лечении или направлении в психоневрологическое учреждение социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

В случае излечения лица, у которого психическое расстройство наступило не до, не во время (с развитием невменяемости), а после совершения преступления, ему может быть назначено наказание или возобновление его исполнения. При этом время, в течение которого к лицу применялось принудительное лечение в психиатрическом стационаре, засчитывается в срок наказания из расчета один день пребывания в психиатрическом стационаре за один день лишения свободы.

Таким образом, мы видим, что показанием к отмене принуди-

тельного лечения является устранение общественной опасности больного. Принудительное лечение прекращают в связи с его полным выздоровлением или стойким улучшением состояния (ремиссией), либо таким изменением психического состояния, при котором лицо перестает представлять общественную (социальную) опасность.

Чтобы избежать преждевременного прекращения принудительного лечения и выписки больного, необходимо исключить возможность маскировки (диссимуляции) имеющихся у больного бредовых переживаний, убедиться в устойчивости наступившей ремиссии. Для достижения этих целей может быть применена двухступенчатая выписка больного из специализированного психиатрического стационара с перевод в стационар общего типа, а лишь затем – окончательная выписка.

При прекращении лечения в стационаре суд вправе направить необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении социально опасного больного или направлении его в психоневрологическое учреждение социального обеспечения. При отмене принудительного лечения учитываются условия социальной среды, в которые попадает больной после выписки из стационара в момент ремиссии («светлый» период времени, без обострения патологии), наличие у него семьи, и ее социо-экономический статус.

Сложность представляют случаи, когда хроническое психическое расстройство развилось или впервые обнаружено у человека после совершения им преступления. Квалификация такого расстройства, выяснение его прогноза возможны лишь в процессе принудительного лечения, иногда достаточно длительного. Если эксперты -психиатры придут к выводу о развитии необратимого дефекта личности, о его неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), они указывают в экспертном заключении о невозможности данного лица пред - стать перед предварительным следствием и судом. В заключении делается вывод о том, что лицо нуждается в применении принудительных мер мединцинского характера.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

В последнее время число гражданских споров и, следовательно, СПЭ все увеличивается. При проведении СПЭ в гражданском процессе встречаются следующие категории дел:

Определение дееспособности и правоспособности. При этом способом осуществления правоспособности является дееспособность. Полная дееспособность подразумевает способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять любые имущественные и личные неимущественные права, реализовывать принадлежащую ему правоспособность в полном объеме. Неполная (частичная) дееспособность относится к несовершеннолетним и малолетним.

Иск о признании сделки недействительной. Гражданский кодекс признает

недействительной сделку, совершенную лицами, лишенными дееспособности или лицами, хотя и дееспособными, но в момент ее совершения находившимися в таком состоянии, когда они не могли понимать значения своих действий или руководить ими.

При этом эксперт оценивает психическое состояние лица в момент заключения сделки. Так ст. 171 ГК РФ - «Недействительность сделки, совершенной гражданином, признанным недееспособным» гласит:

Ничтожна сделка, совершенная гражданином, признанным недееспособным вследствие психического расстройства.

Каждая из сторон такой сделки обязана возвратить другой все полученное в натуре, а при невозможности возвратить полученное в натуре - возместить его стоимость в деньгах.

Дееспособная сторона обязана, кроме того, возместить другой стороне понесенный ею реальный ущерб, если дееспособная сторона знала или должна была знать о недееспособности другой стороны.

В интересах гражданина, признанного недееспособным вследствие психического расстройства, совершенная им сделка может быть по требованию его опекуна признана судом действительной, если она совершена к выгоде этого гражданина.

Следовательно, сделка, совершенная гражданином, признанным недееспособным вследствие психического расстройства, является ничтожной, т.е. недействительной.

Кроме того, в соответствии со ст. 177 ГК РФ, сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения.

Сделка, совершенная гражданином, впоследствии признанным недееспособным, может быть признана судом недействительной и по иску его опекуна, если доказано, что в момент совершения сделки гражданин не был способен понимать значение своих действий или руководить ими.

Иск о возмещении вреда. Недееспособные и некоторые психически больные граждане не отвечают за причиненный ими вред. Так, не отвечает за причиненный вред гражданин хотя и дееспособный, но находившийся в таком состоянии, когда он не мог понимать значения своих действий или руководить ими.

Иск о признании брака не действительным. Речь идет о браке, заключенным лицом, признанным в установленном законом по - рядке душевнобольным или слабоумным. Если данное лицо в момент вступления в брак не было признано недееспособным, суд может поставить перед экспертом вопрос о психическом состоянии гражданина во время заключения брака.

Давая заключение о психическом состоянии истцов (ответчиков), эксперт обязан учитывать характер гражданского дела. Если судебный спор возникает относительно недействительности сделок, вопрос о психическом состоянии субъекта решается ретроспективно. Такая же ретроспективная оценка выносится при решении вопроса о недействительности брака в отношении лиц, являющихся душевнобольными или слабоумными. Следует иметь в виду, что обследуемый мог страдать психическим заболеванием на протяжении многих лет, но никогда ранее у психиатров не лечился. Если же будет установлено, что психическая болезнь возникла уже после заключения сделки или вступления в брак, гражданский акт не теряет своей юридической силы.

Иск о расторжении брака в случае психического заболевания одного из супругов. Из ст. 16 Семейного кодекса РФ следует, что «брак может быть прекращен путем его расторжения по заявлению одного или обоих супругов, а также по заявлению опекуна супруга, признанного судом недееспособным». В таких случаях обязательно проводится судебно-психиатрическая экспертиза.

При расторжении брака перед экспертами возникает задача определения психического состояния лица на будущее (установление прогноза). Так, под влиянием лечения острые психотические симптомы могут сниматься, поведение упорядочиваться, трудоспособность, дееспособность восстанавливаются.

Судебные споры о воспитании детей. может встать вопрос о способности родителя осуществлять воспитание ребенка в связи с наличием у него психического заболевания.

В некоторых случаях вопрос о проведении СПЭ встает и при ограничении родительских прав (ст. 73 Семейного кодекса РФ), если оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей (одного из них) не зависящим. Например, при наличии психического расстройства у родителей или одного из них.

Судебный спор о воспитании детей, при разрешении которого может встать вопрос о способности родителя в связи с его психической болезнью осуществлять воспитание ребенка, также вызывает необходимость определения его психического состояния на будущее время. Признанный недееспособным родитель не утрачивает своих родительских прав. Он сохраняет за собой право на материальную поддержку со стороны детей в старости, может взыскивать с них алименты. Признание родителя недееспособным по психической болезни нельзя отождествлять с лишением родительских прав.

Лишение родительских прав. СПЭ по вопросу о лишении родительских прав проводится по определению суда. Лица, лишенные родительских прав, теряют все права, основанные на факте родства с ребенком, в отношении которого они были лишены родительских прав. В будущем они не могут претендовать на получение от него содержания в старости или по болезни. Однако это не лишает родителей обязанности содержать своего ребенка до его совершеннолетия.

Разрешение сомнения в психической полноценности истца или ответчика и в его возможности в связи с этим самостоятельно защищать свои интересы в судебном процессе. В этих случаях суд выносит определение о проведении СПЭ, которая дает заключение о психическом состоянии испытуемого в момент обследования (в настоящее время).

Кроме того, в гражданском процессе в качестве свидетелей не могут быть допрошены лица, которые из-за психических нарушений не способны правильно воспринимать события и факты и давать о них правильные показания. Это тоже иногда требует назначения СПЭ.

Практика проведения судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам показывает, что к числу важнейших условий признания лица дееспособным относится сохранение им критической

оценки своего состояния и сложившейся ситуации. Так, больные с острыми алкогольными и реактивными психозами имеют тенденцию к выздоровлению, поэтому в будущем такие лица могут быть признаны дееспособными. Больные с психопатологическими синдромами, в структуре которых преобладают стойкие систематизированные бредовые идеи преследования, отравления, ревности, глубокая депрессия и быстро нарастающее слабоумие, как правило, признаются недееспособными.

НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ

Согласно Гражданскому кодексу РФ (ст. 21), под дееспособностью гражданина признается способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, создавать для себя гражданские обязанности и исполнять их. Гражданская дееспособность возникает в полном объеме с наступлением совершеннолетия, то есть по достижении восемнадцатилетнего возраста.

В случае, когда законом допускается вступление в брак до достижения восемнадцати лет (в РФ - с 16 лет), гражданин, не достигший восемнадцатилетнего возраста, приобретает дееспособность в полном объеме со времени вступления в брак. При этом приобретенная в результате заключения брака дееспособность сохраняется в полном объеме и в случае расторжения брака до достижения восемнадцати лет. Только при признании брака недействительным суд может принять решение об утрате несовершеннолетним супругом полной дееспособности с момента,определяемого судом.

Никто не может быть ограничен в правоспособности и дееспособности иначе, как в случаях и в порядке, установленных законом(ст. 22 ГК РФ).

Согласно ст. 29 ГК РФ, гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается опека. Опека и попечительство устанавливаются для защиты прав и интересов недееспособных или не полностью дееспособных граждан. Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд вновь признает его дееспособным.

Таким образом, для признания лица недееспособным необходимо наличие как медицинского, так и юридического критерия.

Медицинский критерий представлен наличием у гражданина какого - либо расстройства психической деятельности.

Юридический критерий имеет два составляющих его элемента: интеллектуальный и волевой - «не может понимать значения своих действий или руководить ими». Для признания гражданина недееспособным достаточно обнаружение одного из этих элементов.

Между критериями должно быть наличие прямой причинно-следственной связи. Например, гражданин не может руководить своими действиями вследствие наличия у него психического расстройства.

Ведущую роль в признании гражданина недееспособным играет юридический критерий, так как не всегда наличие психического расстройства лишает лицо способности осознавать характер своих действий или руководить ими. При этом признание гражданина недееспособным осуществляется только в судебном порядке. Суд выносит решение о признании гражданина недееспособным на основании судебно- психиатрической экспертизы.

Лицо, признанное недееспособным, одновременно не может быть признано вменяемым; но лицо, совершившее преступление в состоянии невменяемости, одновременно может быть дееспособным.

ОГРАНИЧЕНИЕ ДЕЕСПОСОБНОСТИ

Часто речь идет об ограничении дееспособности гражданина, что предусмотрено ст. 30 ГК РФ:

Гражданин, который вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство.

Он вправе самостоятельно совершать мелкие бытовые сделки.

Совершать другие сделки, а также получать заработок, пенсию и иные доходы и распоряжаться ими он может лишь с согласия попечителя. Однако такой гражданин самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред.

Если основания, в силу которых гражданин был ограничен в дееспособности, отпали, суд отменяет ограничение его дееспособности. На основании решения суда отменяется установленное над гражданином попечительство.

Ограничение дееспособности гражданина следует из сложного юридического состава, состоящего из трёх элементов:

Наличие задокументированного факта злоупотребления гражданином спиртными напитками или наркотиками;

Ухудшение материального положения семьи;

Наличие прямой причинно-следственной связи между первым и вторым элементами.

Само по себе злоупотребление алкоголем (наркотиками), без ухудшения материального положения семьи данного гражданина, не является основанием в ограничении его дееспособности. Равно, как и тяжелое материальное положение его семьи вне связи со злоупотреблением психоактивными веществами.

ПОНЯТИЕ «БЕСПОМОЩНОЕ СОСТОЯНИЕ»

Одним из важнейших юридических понятий, которое рассматривается правоохранительной системой не только как признак состава преступления (ст. 105, 111, 112, 117, 131, 132 УК РФ), но и как обстоятельство, отягчающее ответственность (ст. 63, п. 3 УК РФ), является «беспомощное состояние» жертвы преступления.

Критерием «беспомощного состояния» потерпевших в соответствии с Постановлением Пленума Верховного Суда РФ № 4 от 22 апреля 1992 г. «О судебной практике по делам об изнасилованиях» (Журн. Сов. Юстиция, 1992. – № 11 – 12, – С. 27 – 29) является их неспособность в силу физического или психического состояния (физические недостатки, малолетний возраст, расстройство душевной деятельности и иное болезненное либо бессознательное состояние) понимать характер и значение совершаемых с ними действий или оказывать сопротивление.

Оценка физического состояния находится в компетенции судебно-медицинской экспертизы; а психического состояния – в компетенции СПЭ, либо комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы, либо комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Чаще всего такая экспертиза назначается при половых преступлениях. Способность потерпевших понимать сексуальную направленность и социальное значение совершаемых с ними насильственных действий зависит от многих факторов, ведущими из которых являются:

уровень психосексуального развития, его важная составляющая –

специфические знания в области половых отношений, уровень сексуального самопознания потерпевшего;

эмоциональное состояние потерпевшего в криминальной ситуации (аффект страха с частичным сужением сознания и по - давлением воли), что снижает возможность осознания происходящего, понимание смысла своих поступков и поведения преступника.

При нормальном психосексуальном развитии способность детей понимать «характер и значение» сексуальных действий формируется в полном объеме к 14 - 18 годам. Ограниченная способность понимать суть сексуальной жизни наблюдаются у многих детей и в более раннем возрасте.

Относительно беспомощного состояния, ввиду малолетнего возраста жертвы сексуального насилия, следует знать, что уже в младшем школьном возрасте многие дети хорошо осведомлены о сути и технике половых актов, орально-генитальных и анально-генитальных контактах, проявляют ту или иную сексуальную активность, а преждевременное психосексуальное развитие иной раз ведет к активному поиску малолетними подростками значительно старших по возрасту сексуальных партнеров. Такие дети ведут себя чрезвычайно виктимно, подсознательно и даже вполне осознанно оказывают провоцирующее влияние на взрослых, легко соглашаются на добровольные сексуальные взаимодействия, которыми нередко удовлетворяются, ищут их продолжения.

Чтобы объективно разрешить вопрос о беспомощности жертв ввиду малолетнего возраста, относительно школьников необходимо назначение судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы, однако законодатели априорно, без всякого научного и практического обоснования решили, что ребёнок, не достигший 12-летнего возраста однозначно находится в беспомощном состоянии (ФЗ № 14 от 29.02.2012 г.). Ребенок дошкольного возраста однозначно беспомощен перед преступником.

Беспомощные состояния при половых преступлениях можно подразделить на:

Психическую беспомощность (душевная болезнь, обусловливающая невозможность адекватной оценки происходящего, бессознательное состояние, малолетний возраст с психосексуальной незрелостью), при которой по - терпевшая не понимает значения совершаемых с ней сексуальных действий, а также предложений сексуального характера и приготовлений к сексуальным действиям. Здесь следует

учитывать, что при шизофрении не так уж и редко может иметь место бред сексуального характера, служащий основой для оговора невиновного.

Физическую беспомощность, при которой потерпевшая хотя и понимает, что с ней совершают половой акт или иные сексуальные действия, но не в состоянии оказать этому сопротивление. К этому виду беспомощности относятся соматическая болезнь потерпевшей, физические недостатки, престарелый возраст, физическая беспомощность в результате сложившейся ситуации.

Беспомощность в результате употребления алкоголя или сильнодействующих веществ.

Причины возникновения беспомощного состояния подразделяются на: независящие от действий виновного; явившиеся следствием умышленных действий виновного, направленных на то, чтобы потерпевшая или потерпевший оказались в беспомощном состоянии.

Четверть случаев оконченных изнасилований в России происходит с использованием беспомощного состояния жертвы. Причиной беспомощного состояния обычно является сильное алкогольное опьянение потерпевшей. Встречаются случаи изнасилований или совершения иных действий сексуального характера с использованием глубокого медикаментозного сна или даже коматозного состояния потерпевшей после употребления подмешанных к пище или напиткам соответствующих фармакологических средств, либо после доведения самой потерпев - шей себя до такого состояния. В случаях заявления о подобном, доказательно обнаружение этих веществ в тканях или в биологических вы - делениях потерпевшей, на месте происшествия в остатках пищи, напитков и т.д.

Согласно Постановлению Пленума Вер - ховного Суда РФ «О судебной практике по делам об изнасилованиях» от 22 апреля 1992 г. - № 4, для квалификации содеянного не имеет значения, сама потерпевшая довела себя до беспо- мощного состояния путём употребления алко -

голя или сильнодействующих веществ, а виновный лишь воспользовался этим состоянием, или до этого состояния её довёл виновный, либо иное лицо. Состояние потерпевшей может быть признано «беспомощным» при такой степени опьянения, которая лишает ее возможности оказывать сопротивление виновному.

ЛЕКЦИЯ 4
УЧЕНИЕ О ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Психиатрия условно разделяется на 2 части - общую и специальную.

Общая часть содержит описание симптомов, т.е. отдельных признаков заболеваний. Симптом приобретает определенное значение только тогда, когда он рассматривается в рамках синдрома. Взаимосвязанный комплекс симптомов называется синдромом.

По одному симптому нельзя поставить диагноз. Его можно поставить лишь при наличии комплекса характерных или специфичных симптомов и синдромов. Например, появление головной боли свидетельствует о каком- либо неблагополучии организма. Она может быть в результате повышенного артериального давления или, наоборот, пониженного. Головная боль наблюдается при различных патологических состояниях. Можно принять таблетку обезболивающего средства, и головная боль пройдет, но ее первопричина останется. В таких случаях говорят о симптоматическом лечении, т.е. о лечении, устраняющим только симптом, а не заболевание.

Сотрудникам правоохранительных органов надо обязательно знать основные симптомы психической патологии для правильного построения тактики проведения оперативно-розыскных мероприятий и следственных действий, своевременного назначения судебно-психиатрической экспертизы, повышения объективности предварительного следствия и рассмотрения уголовных дел в суде.

Диагнозы формулируются в соответствие с Международной статистической классификацией болезни десятого пересмотра (МКБ-10), которая задумана как центральная («ядерная») классификация по всем проблемам болезней и здоровья. Это международный документ Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), он обязателен для всех стран - участниц ВОЗ, в том числе и для России. В его разработке принимают ведущие специалисты всех заинтересованных стран.

Специальная часть содержит сведения о конкретных психических расстройствах (нозологических единицах). Во всей классификации используется термин «расстройство», поскольку использование терминов «болезнь» и «заболевание» вызывает большие сложности. «Расстройство» не является точным термином, но здесь под ним подразумевается клинически определен - ная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют

страдание и препятствуют личностному функционированию.

Кроме того, в психиатрии существует понятие «пограничные психические аномалии». Это понятие объединяет широкий круг пси-

1) *Воздействия социальной среды*

хических нарушений, не являющихся психическими заболеваниями, например, неглубокие интеллектуальные нарушения, психопатии. Они могут накладывать отпечаток на мотивацию общественно-опасного поведения, способы реализации преступных намерений, ограничение возможности воздержаться от преступного поведения в результате интеллектуальной и волевой слабости. Пограничные психические аномалии существенно снижают самоконтроль, уменьшают способность осознавать действительность и давать объективные показания.

Основные причины психических расстройств (заболеваний)

Среди основных причин развития психической патологии выделим следующие:

В развитии психических заболеваний играют роль социальные и биологические факторы. Они тесно взаимосвязаны, влияют на особенности проявления и динамику психических заболеваний. Так, при психогенных заболеваниях пусковым моментом для возникновения расстройства являются социальные факторы: воспитание, конфликты, особенно затяжные, потеря близких, жестокое обращение, уголовное преследование и др.

Тесные взаимоотношения между социальными и биологическими факторами отчетливо прослеживаются при формировании алкоголизма или наркомании. Генетическая (наследственная) предрасположенность к алкоголизму облегчает его формирование при влиянии соответствующих социальных факторов.

Социальная среда и психофизиологическая наследственная основа оказывают большое влияние на формирование психопатий, акцентуаций, пограничных аномалий в структуре личности. Это происходит во всех слоях общества, не обязательно связано с деградацией и вырождением социальных низов, хотя последние два фактора весьма существенны.

Социально-психологические влияния

Эти влияния способны порождать массовые психические расстройства, психозы, истерии, нередко с галлюцинаторными пережи-

ваниями, состояниями транса, ощущениями овладения или одержимости, например, дьяволом и т.п. Такие расстройства иногда называют психическими эпидемиями. Они известны давно, начиная с Древнего мира, описаны во многих исторических эпохах и обществах, зачастую связаны с религиозным и идеологическим фанатизмом, общим социальным неблагополучием.

Массовые психозы и истерии обычно разделяют люди малообразованные, легко внушаемые и возбудимые. При массовых психозах нередки массовые галлюцинации, индуцированный бред, часто с псевдонаучным обоснованием со стороны популярных псевдо-наук (уфологии, астрологии, эзотерики и пр.).

Патологическая наследственность

Некоторые психические заболевания (например, шизофрения, эпилепсия, олигофрения и др.) передаются из поколения в поколение на уровне генетического наследования. При этом по законам расщепления наследственных признаков, сформулированных в свое время еще монахом Менделем, совершенно не обязательна передача патологического наследственного при - знака детям.

При наличии заболевания у одного из родителей, в потомстве могут быть дети, как с «чистой», здоровой линией, свободные от гена, отвечающего за передачу заболевания, так и дети - носители гена заболевания, заболевшие и не заболевшие. При этом заболевание может передаваться и через поколение, т.е. от внешне здоровых родителей могут рождаться больные дети. Если оба родителя имеют гены, ответственные за патологию, риск заболевания их детей резко возрастает, но угроза заболевания не является неизбежной.

Острые или хронические отравления

Многие вещества могут вызывать психические расстройства. Это не

только психоактивные вещества, первое место из которых занимает этиловый алкоголь, но и различные токсические вещества, встречающиеся, как в быту, так и на производстве. Некоторые из них обладают свойством постепенно накапливаться в организме, что может приводить, как к постепенному, так и внезапному изменению психики.

Самоотравления организма

Нарушения психической деятельности бывают при нарушениях так называемого обмена веществ, наличии опухолей желез внутренней секреции, повышающих или снижающих уровень тех или иных

гормонов, при поступлении в кровь продуктов распада собственных тканей и пр.

Инфекционные заболевания

Инфекционные заболевания нередко протекают с повышением температуры тела. Головной мозг достаточно хорошо переносит существенные понижения температуры внутренней среды организма, но повышения температуры организма на несколько десятых градусов от нормальных значений, уже влияют на работоспособность головного мозга, снижая продуктивность мышления. Дальнейшие повышения температуры в некоторых случаях вызывают острые психозы, галлюцинации.

Кроме того, существуют инфекционные заболевания, поражающие непосредственно головной мозг или его оболочки.

Черепно-мозговая травма или соматические заболевания с острым поражением головного мозга

Черепно-мозговая травма проявляется ушибом, сотрясением головного мозга, сдавливанием головного мозга без его ушиба, сдавливанием головного мозга с наличием его ушиба. Патология психики может проявиться в любой период течения черепно-мозговой травмы, а также и в отдаленном времени. Посттравматические изменения психики развиваются в результате органического поражения ткани головного мозга, могут проявляться психозами, патологическим опьянением, эпилептическими приступами, прогрессирующим слабоумием, прогрессирующим изменением психики, навязчивыми страхами, бредовыми расстройствами и т.п.

К патологии психики также могут приводить различные заболевания с нарушением мозгового кровообращения, кровоизлияниями в мозг, ишемическими инфарктами его ткани и т.д.

Психическая травма

В данном случае большую роль играют индивидуальные особенности личности, тип психической деятельности, скорость протекания психических процессов и т.д. У различных субъектов можно наблюдать разные реакции на одну и ту же психическую травму (у кого депрессивные состояния, у кого р е- активные психозы и т.д.). В то время как у одних людей психо -эмоциональное воздействие не запускает патологический процесс, у других оно может вызвать болезненное состояние, хроническое или временное расстройство психики.

Роды, предродовые и послеродовые состояния

Указанные состояния оказывают мощное стрессирующее воздей-

ствие на молодых женщин, рожающих первый раз. Данные состояния могут приводить к острым психозам, депрессивным состояниям, изменениям психики. Встречаются случаи неадекватного поведения, внешне немотивированных самоубийств первородящих женщин при начале схваток, убийства матерью новорожденных во время родов или сразу после родов, спустя несколько дней и даже недель после родов. Проблема убийства новорожденных матерями актуальна во всём мире, часто вызывает непонимание со стороны общественности и представителей правоохранительных органов. Поэтому мы подробно остановимся на ней.

В большинстве стран мира убийство матерью новорожденного считается преступлением, если не будет доказан факт ее невменяемости в момент совершения этого деяния. Во всех случаях убийства матерью своего ребенка необходимо назначение СПЭ. При установлении факта невменяемости женщины в процессе убийства новорожденного, уголовная ответственность исключается.

В 1922 г. в Великобритании впервые в мире был принят «Акт о детоубийстве», в котором говорилось, что если женщина убила новорожденного «когда баланс её психического состояния был нарушен эффектом родов», её следует признать виновной в преступлении «меньшем, чем убийство».

В Уголовном кодексе Российской Федерации (УК РФ) имеется статья 106 – «Убийство матерью новорожденного ребёнка», которой предусмотрена уголовная ответственность за «убийство матерью новорожденного ребёнка во время или сразу же после родов, а равно убийство матерью новорожденного ребёнка в условиях психотравмирующей ситуации или в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости».

Закон не определяет более точно формулировку «сразу после родов», и поэтому для юридической квалификации убийств матерями своих новорожденных детей важна чёткость терминов.

В медицине приняты разные временные критерии новорожденности:

По судебно-медицинскому, следовательно, и юридическому критерию, новорожденным считается младенец первые 24 часа после родов, на вторые сутки младенец новорожденным не признается. Поэтому, используя судебно-медицинский критерий, под убийством новорожденного (neonaticide) следует понимать убийство, совершённое в течение 24 часов после родов. Убийство ребёнка во вторые сутки

или в последующем нельзя считать убийством новорожденного, убийством «сразу после родов». Убийство ребёнка до года обозначается термином infanticide, а старше 1 года – filicide.

По акушерскому критерию новорожденным признается ребенок в течение семи дней после его рождения. Для юридической квалификации содеянного данный критерий непригоден.

По педиатрическому критерию ребенок считается новорожденным в течение 30 суток после его рождения. Именно в течение этого периода исчезают все особенности внутриутробного развития и последствия родов, организм младенца адаптируется к новым для него условиям жизни и питания

Данный критерий применим при убийстве матерью новорожденного ребёнка в условиях психотравмирующей ситуации или в состоянии психического расстройства, не исключающего вменяемости. Дело в том, что хроническая психотравмирующая ситуация характеризуется постепенным накоплением эмоционального напряжения с последующей аффективной, внезапной его разрядкой, которая может привести и к убийству своего ребенка.

Таким образом, УК РФ убийство матерью новорожденного ребёнка выделяет в отдельный вид убийства при наличии смягчающих обстоятельств. Таким обстоятельством может быть неадекватное поведение женщины во время или сразу после родов вследствие расстройства психической деятельности, но не исключающего вменяемости. Спровоцировать неадекватное поведение могут стыд перед окружающими за рождение внебрачного ребёнка, страх за свою жизнь, боязнь новых обстоятельств и осуждения со стороны родителей, близких, знакомых, отказ отца ребёнка от признания его своим, сложная экономическая ситуация или тяжёлое семейное положение, трудные, осложненные роды и т.п. Социальные и экономические неурядицы способны привести женщину к психологическому неприятию своей беременности и даже отрицанию её явных признаков, отрицанию свершившихся родов и новорожденного, что, как правило, сопровождается неадекватными поведенческими реакциями до, во время и после родов.

Из наиболее важных факторов риска детоубийства выделяют: внебрачную, «тайную» беременность несовершеннолетних, низкое образование, многодетность, материнскую психопатологию, плохое материальное положение, низкий доход, безработицу, многочисленные, хронические стрессоные воздействия (например, постоянные

попреки, побои, эмоциональное отвержение со стороны близких).

Риск детоубийства также резко возрастает при внезапных, стремительных родах в состоянии изоляции без родовспоможения, например, в студенческом общежитии. Так, по данным научной литературы, в условиях изоляции во время родов у женщин, совершивших неонатицид, обычно возникала острая реакция растерянности, сопровождавшаяся элементами дезорганизации поведения при внешне целенаправленных действиях, связанных с избавлением от новорожденного и сокрытием случившегося.

Кроме всего перечисленного, поводом для детоубийства может быть рождение дефектного младенца. В таких случаях родители морально могут воспринимать совершённое ими убийство как акт милосердия и психологи - чески оправдывать его.

По смыслу ст. 106 УК РФ, агрессивные действия матери должны носить импульсивный, внезапный характер. Предусмотренные статьей 106 смягчающие обстоятельства отсутствуют, если женщина заранее готовилась к убийству ребёнка после его рождения. Беременность в таких случаях обычно скрывается виновной (иногда и её близкими) от окружающих.

Данной статьей предусматривается уголовная ответственность матери не только за убийство новорожденного, но и за убийство в процессе родов рождающегося, ещё не начавшего самостоятельной внеутробной жизни ребёнка, то есть до того момента, когда он сделал первый вдох и начал дышать. В подобном случае действия женщины направляются не на прерывание беременности, которая уже завершилась естественным способом - родами, а на лишение жизни рождающегося человека.

По нашему мнению, при осознании виновной направленности своих действий на лишение жизни рождающегося или новорожденного, для квалификации преступления в соответствии с рассматриваемой статьёй не должно иметь значения наличие или отсутствие жизнеспособности ребёнка. Здесь важно лишь наличие или отсутствие невменяемости.

Неосторожное причинение смерти ребёнку при самопомощи во время родов в условиях изоляции следует рассматривать как «невиновное причинение вреда» (несчастный случай), что исключает уголовную ответственность.

Само же убийство новорожденного сразу же после начала самостоятельной жизни подразделяют на активное и пассивное. Под пас-

сивным убийством понимается причинение смерти ребёнку вследствие неоказания ему помощи, оставления без ухода. Новорожденный не может существовать самостоятельно, поэтому для лишения его жизни не обязательно активное применение насилия. Смерть оставленного без ухода новорожденного наступает, в зависимости от обстоятельств, от переохлаждения, голодания, от пупочного кровотечения, повреждений животными.

Убийство ребёнка матерью обычно происходит после, а не во время родов, причём чаще всего наблюдается применение его активных форм (асфиксии, утопления, нанесение механических повреждений). Самым частым видом детоубийства является механическая асфиксия - странгуляционная или обтурационная. Однако в случаях подозрения на детоубийство путём странгуляционной асфиксии необходимо иметь в виду, что странгуляционная борозда может формироваться при родах естественным путём в результате обвития пуповины вокруг шеи изгоняемого плода, а ссадины на лице, затылке и шее ребёнка - от ногтей пальцев рук матери при самопомощи во время родов.

При наличии на трупе новорожденного механических повреждений должны рассматриваться вопросы об их прижизненности, случайном происхождении, явились ли они причиной смерти новорожденного. Из -за беспомощности новорожденного могут встретиться случаи его прижизненного повреждения насекомыми, птицами, собаками, свиньями и другими представителями животного мира. В случаях обнаружения трупа новорожденного на улице или в водоёме, в лесу, на свалке, в другом месте, необходимо отрабатывать версии и о ненасильственной смерти или насильственной смерти от независящих от матери и других людей обстоятельств.

Для того, чтобы не впасть в ошибку надо знать, что к причинам смерти новорожденного после родов без его активного или пассивного убийства относятся:

нежизнеспособность в результате глубокой недоношенности или при наличии пороков развития плода, несовместимых с жизнью;

повреждения или асфиксия, причинённые без умысла новорожденному при патологических родах;

кровотечение из не перевязанной или перевязанной пуповины (иногда пуповина может быть перевязана после истечения крови);

переохлаждение;

голодание и алиментарная кома.

Смерть новорожденного от переохлаждения или голодания при отсутствии умысла на его убийство возможна в случаях родов в одиночестве, без нахождения рядом других лиц, способных оказать необходимую помощь матери и её ребёнку. Роды в одиночестве далеко не всегда являются тайными, могут произойти при различных, не зависящих от женщины ситуациях.

Отдельно стоит вопрос о родах в выгребную яму туалета. Этот способ убийства встречается не только в России, он описан в научной литературе. Роды в туалет во многих (но не во всех) случаях связаны с психологическим неприятием матерями беременности и отказом в ответственности за плод и новорожденного. Это обстоятельство требует проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, а также тщательного исследования всех обстоятельств предродового поведения беременной, родов и результатов судебно-медицинского вскрытия трупа новорожденного

Кроме того, при родах в выгребную яму может иметь место несчастный случай при так называемых «стремительных родах». Когда начинаются схватки, первородящие женщины далеко не всегда понимают свои ощущения; чувствуя позывы на дефекацию, они направляются в туалет и неожиданно для себя стремительно рожают там. Такие случаи не являются исключительными, они описаны в научной литературе многими авторами.

В научной литературе имеются сообщения о самооговорах, впавших в реактивную депрессию матерей, в убийстве своих, умерших естественной смертью младенцев

Старость

У многих пожилых людей в результате атеросклеротического поражения сосудов головного мозга образуются участки органического поражения ткани самого мозга, что приводит к острым или постепенных изменениях психики.

Инволюция мозговой ткани - обычное явление в старческом возрасте (у большинства людей примерно после 70 лет), что также приводит к нарушению психической деятельности, развитию психической патологии, протекающей различно у разных людей. Например, у кого -то развивается бред ущерба, обнищания, преследования; у других стариков растормаживается сексуальное влечение или появляется агрессивное, асоциальное поведение и т.д. Совершение пожилыми людьми, стариками внешне немотивированных или сексуальных преступлений должно повлечь за собой назначение судебно-

психиатрической экспертизы.

Течение хронических заболеваний

В протекании хронических психических заболеваний различают несколько стадий:

стадия предвестников - характеризуется появлением симптомов, общих для различных болезней: головная боль, повышенная раздражительность, недомогания, вегетативные расстройства, снижение трудоспособности, нарушение сна и т. д.;

дебют болезни - начальная стадия заболевания, во время которой проявляются симптомы, характерные для данного заболевания. Начальная стадия может развиваться постепенно либо быстро, остро;

развернутая картина болезни - наличие и развитие всех характерных симптомов с постепенным нарастанием болезненных проявлений.

Хронические психические заболевания протекают непрерывно с периодами обострений патологии и ремиссий, т.е. «светлыми» периодами времени, без наличия обострений. Ремиссии могут продолжаться от нескольких недель до нескольких лет, но со временем ремиссии становятся всё короче. Прогресс болезни обычно приводит к специфическим изменения личности и характера человека, иногда к слабоумию, что зависит от конкретной патологии. Трудоспособность и социальная адаптация могут сохраняться длительное время, а могут и страдать, в зависимости от заболевания.

При некоторых заболеваниях патологический процесс протекает стабильно, без ухудшений и улучшений. Например, при врожденном слабоумии степень слабоумия не изменяется, не смотря ни на педагогические, ни на лечебно-профилактические воздействия.

РАЗДЕЛ 2. ОСНОВЫ ЧАСТНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Лекция 5. ШИЗОФРЕНИЯ И ЭПИЛЕПСИЯ
ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – наиболее распространенное психическое заболевание, передающееся по наследству.

Шизофрения может впервые проявиться в любом возрасте, как в раннем детстве, так и в глубокой старости. Иногда болезнь начинается внезапно, иногда развивается постепенно. Заболевание характеризуются фундаментальными расстройствами мышления и восприятия. Обычно сохраняются ясное сознание, интеллектуальные способности также не страдают.

Выделяют несколько форм шизофрении, имеющие клиническое значение, мы же рассмотрим лишь основные симптомы, которые могут помочь сотруднику правоохранительных органов заподозрить наличие заболевания у какого-либо из участников уголовного дела. При этом надо понимать, что перечисленные ниже симптомы встречаются у больных не всегда, у многих больных людей наблюдается только часть симптомов.

Основные симптомы шизофрении

Часто сочетаются следующие симптомы:

Аутизм. Вместе с приходом болезни в качестве защитной реакции может наблюдаться «уход в себя», «побег от действительности», т.е. аутизм.

Больной ранее мог быть контактным, общительным, но с началом заболевания становится замкнутым, молчаливым, избегает общения с окружающими, живет в воображаемом мире. Вынужденное общение он ограничивает до минимума, держится холодно, надменно.

Нередко больные изменяют внешность: отращивают волосы и бороду, надевают широкополые шляпы, надвинутые на глаза. Иногда они либо безразличны к своему внешнему виду, либо уже не в юном возрасте делают нелепые прически, вычурно украшают себя, вычурность наблюдается и в одежде. В наиболее выраженных случаях больной уезжает из города, живет в лесу, в горах. Некоторые больные утрачивают санитарно-гигиенические навыки, неряшливы, неопрятны, что иногда не мешает им модно одеваться.

Резкое изменение поведения, смена рода деятельности и увлечений либо полная утрата ее. Например: успешный молодой ученый, защитив кандидатскую диссертацию, вдруг нанимается сезонным охотником или лесником в таёжной глуши; интересов. В некоторых случаях больные бросают учебу или работу либо успешный предприниматель перестает следить за делами своего предприятия, берет рюкзак и начинает заниматься бродяжничеством «по Святым местам, от монастыря к монастырю, куда глаза глядят»; подросток перестает учиться, но увлекается оккультными науками, философией, мистикой, астрологией, странным коллекционированием и т.п.

Иногда больные перестают выходить из дома, занимаясь бессмысленными делами, самосозерцанием, изредка часами проводят время в постели, укрывшись с головой.

Поступки больных шизофренией иногда особо абсурдны. Например, аспирант проводит самокастрацию, чтобы сексуальные переживания не отвлекали от работы над диссертацией, от научных изысканий. Некоторые больные склонны к околонаучной или псевдорелигиозной деятельности, опровержению явно неопровержимых истин, строя свои бредовые идеи.

Расщепление психики. Оно проявляется: раздвоением чувств (амбивалентностью). Больной одновременно испытывает противоположные чувства и эмоции в отношении одного и того же, имеет в голове две противоречивые мысли. Больному может казаться, что его мозг разделен на две отдельные половинки, каждая из которых думает по-своему, спорит друг с другом; раздвоением действий (амбитендентность). Больной одновременно может совершать противоположные действия.

Например, столкнуть кого- то в воду (поставить в иное, опасное для жизни положение), чтобы спасти его;

разделением на две личности: «Я и Анти-Я», «Я и Тот, кто живет во мне», «Я и Он, кто управляет мной», «Я - не Я, Я в другом месте, в ином времени, в ином измерении, Я - это другой человек».

Комплексные галлюцинации, затрагивающие все органы чувств. Нередки слуховые галлюцинации, комментирующие поведение или мысли человека, угрожающие, приказывающие.

Появляется *эмоциональная тупость*, пренебрежение морально-нравственными нормами, общественным мнением, *правовой нигилизм*. Больные постепенно утрачивают живые человеческие чувства, охладевают даже к близким, вплоть до полного безразличия ко всему,

кроме своих бредовых идей. Иногда наблюдается парадоксальная, извращенная реакция на трагедии, жестокости, которые больному могут казаться весьма забавными.

Мышление становится нечетким, прерывистым и неясным, а речь иногда непонятна или малопонятна окружающим.

Появляются *ощущения прерывания, отнятия собственных мыслей*; появления, вкладывания посторонних, чужих.

Настроение становится капризным, неадекватным.

Появляются *двигательные и волевые расстройства*, которые могут проявиться безынициативностью, подчиняемостью или бессмысленным противодействием, застываниями.

Часто наблюдается *бред преследования, воздействия, влияния* или пассивности, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; иные бредовые идеи.

Больной высказывает *стойкие бредовые идеи*, неадекватные для данной социальной культуры и совершенно невозможные по содержанию, такие, как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, эстрадными кумирами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами).

Одержимость сверхценными идеями, которые могут появляться ежедневно в течение недель или даже месяцев.

Часто имеется *нарушение восприятия*: цвета или звуки могут казаться необычно яркими или качественно измененными; малозначащие объекты могут казаться значимыми; повседневные ситуации кажутся зловещими.

Может появляться ощущение, что наиболее интимные мысли, чувства и действия как будто становятся известными другим - (*открытость мыслей*, их радиовещание). В таких случаях может развиться разъяснительный бред.

Изменяются *двигательные навыки, мимика и речь*. Появляется *манерность, вычурность:*

больные могут вести себя надменно, высокомерно, презрительно по отношению к окружающим, резко хмурятся, сдвигая брови, либо наоборот – ведут себя дурашливо, гримасничают, неадекватно улыбаются, хихикают.

Соответственны поведению, их жесты, телодвижения, которые могут быть величественными, «королевскими» либо шутовскими;

появляется витиеватость, излишняя сложность речи с множест-

вом цитат, сложных слов и оборотов, архаизмов (устаревшие слова) или неологизмов (только что придуманные слова).

Часто меняется походка: больные ходят либо надменно, величественно, либо быстро, согнувшись вперед или в сторону, нелепо размахивая руками.

Иногда страдает почерк: он становится витиеватым, с множеством излишеств, росчерков, с неожиданными наклонами букв в разные стороны, при этом буквы могут быть различной величины, иногда с прорисовыванием символов между ними наподобие компьютерных смайликов. В некоторых случаях больной вдруг начинает писать церковным полууставом или подобием готического шрифта.

******* Потеря способности писать (аграфия) при шизофрении**

Болезненные изменения письма при шизофрении проявляются, в основном в виде следующих признаков: аграфии, параграфии, специфических особенностях стиля изложения рукописи, болезненной вычурности и символизации.

Аграфия. Под аграфией понимается полная или частичная потеря способности писать. Потеря способности писать при аграфии может быть выражена в различной степени — от неспособности писать только некоторые буквы и слова до полной потери способности выполнять целиком слова, с сохранением способности выполнения лишь отдельных букв и штрихов.

В ряде случаев при аграфии, при сохранении способности выполнять буквы, теряется способность к их связыванию, или же сохраняется способность правильного написания лишь начала слова, конец же слова в таких случаях выпускается совсем, либо заменяется бессмысленным сочетанием букв или отдельных штрихов.

Параграфия. Под параграфией понимается перестановка местами отдельных букв, слогов или же целых слов. При этом больные меняют местами не только буквы и слоги, находящиеся в одном слове, но могут менять местами и слога, находящиеся в разных словах – обычно соседних. Так, например, при написании одного за другим двух слов «матери и дочери» они их могут написать следующим образом: «мачери и дотери».

Особенности стиля изложения рукописи проявляются в виде непоследовательности изложения ее содержания, отсутствия логической связи не только между отдельными частями такой рукописи, но также и между отдельными ее предложениями и в ряде других признаков но вычурных форм письменных знаков.

Символизация письма выражается в применении в рукописи различных примитивных рисунков и различных условных знаков («+», «—» и др.), причем эти рисунки и знаки связываются больными с определенным содержанием.

В начальной стадии шизофрении некоторые больные обращаются к психиатру, прямо говорят о том, что они психически больны, но другая часть больных считает себя здоровыми. По мере развития болезни критическое отношение утрачивается, поэтому больные перестают замечать отклонения в своем поведении и мышлении, считают себя здоровыми.

Параноидная шизофрения

Это наиболее часто встречающаяся форма шизофрении. Клиническая картина характеризуется относительно стабильным, часто параноидным, бредом, обычно сопровождающимся галлюцинациями, особенно слуховыми, расстройствами восприятия. Расстройство эмоциональной сферы, волевые и речевые нарушения, кататонические симптомы слабо выражены.

Наиболее часто встречающиеся параноидные симптомы:

бред преследования, отношения и значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности;

галлюцинаторные голоса угрожающего или императивного характера или слуховые галлюцинации без вербального оформления, как-то свист, смех, гудение;

обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные ощущения. Могут возникать зрительные галлюцинации.

В острых стадиях могут быть выраженными расстройства мышления.

Гебефренная шизофрения

Это форма шизофрении, при которой выражены эмоциональные изменения, отмечаются фрагментарность и нестойкость бреда и галлюцинаций, безответственное, нелепое и непредсказуемое поведение с постоянной манерностью, дурашливостью, клоунадой и агрессивностью. Больные непрерывно гримасничают, совершают вычурные движения, пытаются острить, задеть окружающих, наносят оскорбления людям и при этом злорадно смеются. В ряде случаев проявляется крайнее бездушие и жестокость: дурачась и хихикая, они совершают агрессивные акты, вплоть до тяжких преступлений.

Встречаются и величественные манеры. Мышление нарушено,

речь разорвана. Имеется тенденция к изоляции, поведение бесцельное и лишено эмоциональной окраски.

Могут присутствовать галлюцинации и бред, поведение больного становится бесцельным и бессмысленным. Поверхностное и манерное увлечение религией, философией и другими абстрактными теориями создают трудности в том, чтоб следить за мыслью больного. Эта форма шизофрении обычно начинается в возрасте 15 - 25 лет, имеет плохой прогноз из -за быстрого развития.

Кататоническая шизофрения

Обязательными и доминирующими при этой форме шизофрении являются психомоторные (двигательные) расстройства, которые могут варьировать в крайних вариантах - от повышенной двигательной активности до застывания в вынужденных позах (как в детской игре «замри») и полной оглушенности, от автоматического подчинения требованиям других лиц до противодействия. Важными являются и эпизоды агрессивного поведения, яркие галлюцинации.

Основные симптомы:

возбуждение (бесцельная моторная активность, не подвластная внешним стимулам);

застывания (добровольное принятие и удерживание неадекватной или вычурной позы);

негативизм (бессмысленное сопротивление или движение в противоположном направлении в ответ на все инструкции или попытки изменить позу или сдвинуть с места);

ригидность (удержание ригидной позы в ответ на попытку изменить ее);

восковая гибкость (удерживание частей тела в приданной им позе);

автоматическая подчиняемость и другие симптомы.

Кататонический ступор

Простая шизофрения

Нечастое и неотчетливое расстройство психики, при котором отмечается постепенное, но прогрессирующее развитие странностей в поведении, неспособность соответствовать требованиям общества, снижение общей продуктивности. Бредовые расстройства и галлюцинации отсутствуют.

При нарастающей материальной бедности и социальной изоляцией, может появиться бродяжничество, а сам больной становится ленивым, теряет жизненные цели и активность. Интересы утрачиваются, появляется бездеятельность и социальная аутизация.

Различают и другие формы шизофрении.

Течение шизофрении может быть разным - от однократного приступа до непрерывного проявления заболевания на протяжении всей жизни. Часть больных шизофренией составляет группу так называемых «социально опасных», состоящих на особом учете у психиатров. Все больные шизофренией признаются негодными к военной службе и службе в милиции.

Общественно опасные деяния больные шизофренией могут совершать как в состоянии вменяемости, так и в состоянии невменяемости. К больным, признанным невменяемыми, применяются принудительные меры медицинского характера.

ЛЕКЦИЯ 6. ЭПИЛЕПСИЯ. МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Эпилепсия - хроническое заболевание, вызванное поражением цен - тральной нервной системы.

Это заболевание может быть как врождённым (наследственным), так и приобретённым, например, развивается после черепно-мозговой травмы, при органических поражениях ткани головного мозга. При неблагоприятном течении приводит к своеобразному эпилептическому слабоумию, преждевременной смерти.

Заболевание чаще проявляется до 20 лет, в период «гормонального взрыва» при половом созревании, но может впервые проявиться у младенцев либо уже ближе к пожилому возрасту. По частоте встречаемости среди психических расстройств эпилепсия находится на втором месте после шизофрении.

Можно выделить следующие варианты протекания заболевания:

большие приступы;

малые приступы;

типичные изменения психики.

Большие приступы - судорожные припадки с потерей сознания.

Приступы происходят внезапно, но часть «опытных» больных за не - сколько часов до приступа чувствует его *предвестники*, прояв-

ляющиеся индивидуально. Предвестниками могут быть появление злобно -тоскливого настроения, сердцебиение, ощущение нехватки воздуха, тянущие боли в области кишечника, подташнивание, неукротимая зевота, повышенная утомляемость, ощущение «уже виденного, пережитого» и т.д.

Примерно у трети больных за несколько секунд, менее чем за полминуты до начала большого приступа возникает непосредственный предвестник - *аура*.

Выделяют 4 основных типа ауры:

Сенсорная аура. Проявляется различными ощущениями, например, «прокалывание» органа или части тела, появление «мурашек», жжение, онемение и т.п. Иногда появляются простые галлюцинации.

Вегетативная аура. Проявляется внезапным сердцебиением, удушьем, потливостью и т.п.

Моторная (двигательная) аура. Проявляется внезапным появлением однообразных движений, повторении отдельных слов и т.п

Психическая аура. Проявляется внезапным чувством страха либо экстаза, иным изменением сознания либо настроения, могут появиться сложные галлюцинации и т.д.

Аура у больного пожизненно всегда одна и та же. Предвестники и ауру больные помнят.

При большом приступе одновременно с началом судорожного сокращения всех мышц больной теряет сознание и мгновенно падает, чаще с пронзительным криком, так как происходит резкое выталкивание воздуха из грудной клетки через уже спазмированную голосовую щель. Во время при - ступа больной практически не дышит, хрипит сквозь мокроту. По сути дела, развивается асфиксия, поэтому лицо, кожные покровы больного приобретают синюшность, а если приступ длится пять и более минут, развивается опасное для жизни состояние, может наступить смерть от так называемого эпилептического статуса по типу асфиктической. Кроме того, больные могут погибнуть от несчастного случая во время припадка (падение в воду, с платформы под поезд и т.д.).

Длительность приступа индивидуальна. Он может быть коротким, не более 1 минуты, но может протекать и 3 - 4 минуты. Когда судороги прекращаются, больной либо постепенно, но относительно быстро возвращается в нормальное состояние, немного отдохнув, может продолжать свой путь, прежние занятия; либо (чаще всего) бессознательное состояние переходит в глубокий сон. Если человек

не лечится, то со временем приступы становятся все чаще, длительность их увеличивается. Алкоголизм утяжеляет заболевание.

Наряду с большим судорожным припадком при эпилепсии бывают и малые припадки, имеющие в некоторых случаях криминалистическое значение. Видов малых припадков много, но это все частности, не имеющие значения в криминалистике. Психиатры часть из них могут описывать под различными названиями, вплоть до названия «эквиваленты припадков». Мы рассмотрим только те малые припадки (эквиваленты припадков), которые могут иметь юридически значимые последствия.

Малые припадки

Так называемые собственно малые приступы протекают в течение нескольких секунд либо с потерей сознания, но без падения и без судорог (больной внезапно «застывает» на несколько секунд), либо без потери сознания, но с легкими судорогами.

Далее мы рассмотрим следующие виды припадков (их эквивалентов), которые протекают без судорог и без потери сознания:

Нарколептический припадок проявляется внезапной сонливостью, переходящей в глубокий сон. Опасность этого припадка в том, что он возникает внезапно в любых местах – за рулём, на улице, в транспорте, во время выполнения работы. То есть последствиями этого вида припадка могут быть несчастные случаи и кражи у спящего на улице или в транспорте человека.

Уснувшего в неподходящем месте человека нередко принимают за пьяного.

Каталексический припадок проявляется внезапным расслаблением мышц под влиянием неожиданного испуга. В некоторых случаях может произойти только акт непроизвольного мочеиспускания или дефекации. В других случаях припадок может сопровождаться падением при сохраненном сознании.

Дисфорический припадок проявляется внезапным расстройством настроения. Чаще всего наблюдаются внезапная тревожность, подозрительность, беспричинный страх, вплоть до паники, тоска, злоба, вплоть до злобного буйства, готовность и желание разрушать, убивать.

В таком состоянии больной способен совершить убийство или самоубийство, причинить вред здоровью окружающих или своему, материальный вред. Реже при дисфории наблюдаются внезапная восторженность, дурашливость, паясничанье и т.д.

Некоторые больные во время приступов тоскливо-злобного настроения начинают злоупотреблять алкоголем или отправляются бродяжничать.

Сумеречное помрачение сознания.

Степень нарушения сознания при сумеречных состояниях может быть различной – от глубокого помрачения до его незначительного сужения. От этого зависит и поведение больного. Сумеречные состояния могут длиться от нескольких минут до нескольких дней. Помрачение сознания в некоторых случаях сопровождается бредом, галлюцинациями. При этом все происходящее воспринимается «как во сне».

У больных может быть нетвердая походка, замедленная речь, поэтому они даже в трезвом состоянии внешне напоминают пьяных. Само поведение больных привлекательно для грабителей. После приступа обычно наблюдается амнезия, при этом амнезируется лишь окружающая обстановка, а разнообразные грёзоподобные переживания сохраняются в памяти.

При этой форме расстройства сознания больные вдруг становятся отчужденными, дезориентируются во времени, на местности, в собственной личности, контакт с ними практически теряется, совместная деятельность крайне затруднена или невозможна; речь или отсутствует, или бессвязная. При галлюцинаторно-бредовой форме сумеречного помрачения сознания речевой контакт с больными в той или иной степени сохранен, сами же больные могут выполнять внешне целенаправленные действия: идти или бежать, сидеть или стоять как бы в ожидании транспорта или кого-либо.

Они часто находятся в агрессивном состоянии, так как сумеречное помрачение сознания иногда тесно связано с дисфорическим приступом. Поэтому больные способны совершать противоправные поступки, общественно опасные деяния, нелогичные и вредные для них самих действия (например, ссориться с начальством, хулиганами, оказывать сопротивление работникам милиции и т.п.). Однако больные в таком состоянии являются невменяемыми.

В ночное время больные с сумеречным помрачением сознания бесцельно идут куда-то либо часами стоят или сидят на улице, так как дезориентированы и даже не способны найти дорогу к расположенной рядом собственной квартире. Однако они нередко способны покупать и пить алкоголь, затем могут уснуть в любом месте.

Иногда больной без всякой цели садится в первый встречный

транс - порт, совершенно не представляя, куда и зачем он едет. Внешне такой больной может произвести впечатление рассеянного, уставшего или слегка нетрезвого человека. Такая поездка может окончиться в совершенно незнакомом месте, даже в ином населенном пункте.

Иногда при сумеречных состояниях находят отражение прошлые психические травмы, скрытые желания больного, прежние неприязненные отношения с окружающими, что влияет на его поступки. Например, больной начинает преследовать своего обидчика, ищет объект для психосексуальной разрядки, вплоть до непристойных приставаний к прохожим на улице, и т.д. Внешне его действия производят впечатление осмысленного, целенаправленного поведения.

Нападая на мнимых врагов или «защищая» свою жизнь, больные крушат все, стараются убить всех на своем пути. Такие внезапные преступления кажутся внешне не мотивированными, особо жестокими, бессмысленными

При этом больной не принимает мер к сокрытию следов, глубоко засыпает непосредственно после совершения преступления, иногда даже на месте преступления. После пробуждения наблюдается амнезия.

У мужчин эпилептические приступы обычно протекают либо с эрекцией и эякуляцией, либо только с одним из этих компонентов.

Бальные в момент сумеречного помрачения сознания являются невменяемыми.

Типичные изменения психики

При эпилепсии происходят постепенные изменения личности больных. Постепенно все более и более снижается память, мышление становится малоподвижным, ригидным, патологически обстоятельным, но малопродуктивным. Речь больных характеризуется излишней детализацией, множеством ненужных подробностей, повторением сказанного. Круг интересов больных постепенно сужается, они становятся все более эгоистичными. В дальнейшем развивается слабоумие.

Больные отличаются чрезвычайной педантичностью в работе и быту, повышенной требовательностью к окружающим, склочностью, склонностью к сутяжничеству, «правдоискательству», созданию конфликтных ситуаций; периодически становятся крайне злобными, осо-

бенно при столкновении с противодействием. Они нередко бережливы, вплоть до патологической скупости, очень злопамятны, мстительны, долго помнят даже самую, казалось бы, незначительную обиду, вспыльчивы, жестоки, способны на всплеск разрушительной агрессии.

Часто больные обладают чрезмерным, до гротеска повышенным чувством патриотизма, долга и порядка, стремлением к строжайшему, буквальному исполнению законов приказов, инструкций. Достаточно агрессивно требуют этого же и от окружающих, нередко доводя своим «буквоедством» все до абсурда.

С начальством больные с эпилептоидным изменением психики подобо-страстны, льстивы, угодливы, услужливы, приторно-слащавы. Они часто употребляют уменьшительные и ласкательные названия предметов, иных объектов, любят заниматься доносительством, но к информации, полученной от таких больных, следует относиться критически.

Религиозность у больных эпилепсией проявляется в повышенной религиозной активности, педантичной приверженности внушенным в детстве религиозным догмам, которые они всяческими, в том числе и незаконными способами пытаются навязать другим людям. Кроме того, у них отмечается чрезмерная, навязчивая озабоченность моральными и этическими проблемами, чрезмерно агрессивное и педантичное морализаторство. Больные эпилепсией обычно фанатически привержены той системе взглядов, в которой они воспитывались, которые им внушались в детстве, что, впрочем, свойственно и инфантильным личностям.

В большинстве случаев у больных эпилепсией проявляется лишь часть описанных симптомов. Больной может быть признан как вменяемым, так и невменяемым, в зависимости от того, в каком состоянии он совершал общественно опасное деяние. При этом велик риск ошибки при проведении судебно-психиатрической экспертизы. Многое зависит от свидетельских показаний, и их тщательной фиксации следователем.

Взаимосвязь эпилепсии с противоправным сексуальным поведением

Давно известны случаи сочетания извращенной сексуальной активности с пароксизмальными состояниями при эпилепсии. К. Имелинский (1986) отмечал, что сильное сексуальное возбуждение уже само по себе вызывает сужение и изменение сознания, снижение чув-

ствительности рецепторов и органов чувств. По сути дела, половой акт предстаёт в качестве модели измененного сознания при бессудорожном эпилептическом приступе. Подмечено, что иногда эпилептические приступы у больных эпилепсией возникают в момент оргазма при половом контакте.

Парафилии (сексуальные извращения) у некоторых больных не просто сосуществуют с височной эпилепсией, но между эпизодическими приступами противоправного сексуального поведения и бессудорожными эпилептическими припадками существует сходство. Многие авторы отмечают, что у больных с сексуальными пароксизмами могут наблюдаться парафильные нарушения в виде эксгибиционизма, трансвестизма, фетишизма (с непроизвольными кражами фетишей), садизма и в межприступном периоде, протекая на фоне формально сохраненного сознания.

Здесь имеются следующие криминалистические моменты. Не так уж и едки случаи сочетания эпилептических припадков с непроизвольным эксгибиционизмом либо сексуальным насилием, а так же эпилептические психозы, включающие элементарные автоматизмы в виде кусания, щипания, плевков, стремления обнажаться с сексуальным возбуждением, мастурбацией, иногда с сексуальными действиями (например, с детьми, гомосексуальными контактами, трансвестизмом, садомазохизмом и т.д.), с их последующей амнезией.

При этом у свидетелей обычно создается впечатление произвольности и сознательности таких действий, но следует помнить, что эти действия не зависят от воли больного, являются неосознанными, больной во время совершения таких действий является невменяемым. Кроме того, эпилептические сексуальные автоматизмы могут быть единственными проявлениями существующей эпилепсии.

В некоторых случаях после совершения противоправного сексуального действия больные крепко и надолго засыпают непосредственно на месте происшествия или недалеко от него.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ, ДИССОЦИАТИВНЫЕ, ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ И ДРУГИЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХИКИ

Эмоциональные расстройства

Эмоции – психические процессы переживания человеком своего отношения к тем или иным явлениям окружающей действительности, а также к самому себе.

В эмоциях проявляются индивидуальный стиль переживаний,

субъективная чувствительность человека в сфере его межличностных отношений. Эмоции имеют выраженный ситуативный характер, выражают личностное,

оценочное отношение человека к различным ситуациям.

Если эмоции выходят из-под контроля сознания, они могут оказывать сильное воздействие на поведение человека, его настроение, мышление, нередко препятствуя осуществлению им своих намерений, качественному выполнению профессиональных обязанностей, влияют на его здоровье. Длительное переживание эмоций нередко переходит в довольно стойкие эмоциональные состояния психики, которые формируют настроение, определяющее направленность действий человека, его отношение к происходящим событиям, конкретным людям. Некоторые эмоциональные состояния становятся доминирующими в структуре личности, могут оказывать существенное влияние на формирование характера, влияют на восприятие окружающей действительности, искажают мышление.

Человек может переживать целый комплекс эмоций. Например, такие эмоции, как гнев, отвращение и презрение, образуют вместе эмоциональный комплекс враждебности. Враждебность может привести к противоправным действиям.

О переживании человеком сильных эмоциональных состояний свидетельствуют внешние проявления со стороны дыхательной (учащается дыхание), сердечно -сосудистой систем (повышается артериальное давление, учащается пульс); изменяются выражение лица, речь, движения и т.д.

Рассмотрим основные понятия, относящиеся к эмоциональности.

Понятие «эмоциональное состояние». К эмоциональным состояниям, прежде всего, относится настроение человека. В норме настроение ровное, но колеблется в связи с впечатлениями и переживаниями человека. В случае патологии настроение может быть резко изменено в сторону его повышения или понижения.

Понятие «эмоциональное отношение» характеризует связь человека с тем или иным объектом, позицию во внутренней оценке события. Резкое изменение эмоциональных отношений, например, в связи с потерей близкого человека, может явиться источником болезненных состояний - неврозов и реактивных психозов.

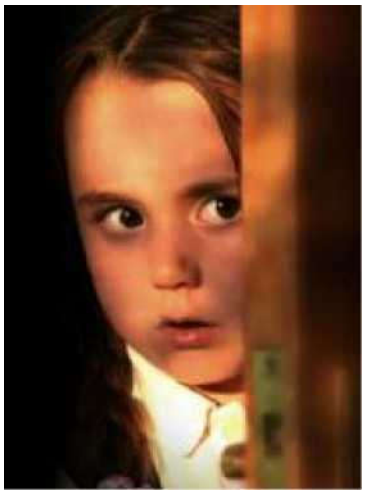
Понятие «эмоциональные реакции» включает в себя все эмоциональные ответы на биологически или социально значимые раздражители. Они могут быть положительными и отрицательными. Отрица-

тельные эмоциональные реакции могут быть бурными, плохо контролируемыми, возникают в условиях реальной угрозы, тяжелой утраты и т.д., выражаются значительным эмоциональным напряжением, психозами.

Расстройства эмоций являются весьма частыми при психической патологии.

Далее мы рассмотрим основные эмоциональные расстройства и их признаки.

Тревога - переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы.



Эмоция тревоги

Чувство тревоги может сопровождаться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями (сердцебиением, повышением артериального давления, потливостью или ознобом, нарушением пищеварения и т.д.), внешне наблюдаемыми поведенческими признаками (напряженное выражение лица, сниженная активность, заторможенность), нарушением познавательной деятельности и т.д.

Человек, переживающий тревогу, ощущает свою беспомощность, неопределенность собственного положения, неуверенность, беззащитность перед надвигающейся опасностью. Сильная тревога может быть источником не только психических, но и физических страданий, вплоть до появления симптомов

некоторых психических расстройств и заболеваний. Это следует учитывать при оценке психического состояния виновного по уголовным делам в качестве обстоятельства, смягчающего наказание, а также при разрешении гражданско-правовых споров, связанных с компенсацией морального вреда гражданину, перенесшему нравственные и физические страдания (ст. 151, 1101 ГК).

Состояние тревожности нередко бывает связано с иными эмоциональными состояниями, такими, как страх, депрессии и др. Тревога может перерасти в *панику*, при которой больные бездумно мечутся, что иногда приводит к потере жизни, не находят себе места или застывают в ужасе, ожидая катастрофу.

Сниженный уровень тревожности может благоприятствовать формированию виктимного поведения потерпевших.

Страх - неприятное ощущение опасности.

Состояние страха является весьма близким по характеру своего происхождения к тревожности. Как и тревога, страх также во многом связан с прогнозированием, ожиданием субъектом надвигающейся опасности. Однако, в отличие от тревоги, страх в большей мере является эмоциональной реакцией на объективно существующую, реальную угрозу жизненным интересам. Страх зарождается, когда источник тревоги невозможно устранить. Одной из распространенных причин, вызывающих у человека страх, является физическая боль и связанные с ней негативные последствия для жизни и здоровья.

Интенсивность страха или состояния тревоги связано с индивидуальными психофизиологическими особенностями человека. Это следует учитывать во время допроса участников конфликтной ситуации, задавая вопросы об их субъективных переживаниях в интересующей следователя (суд) ситуации, об условиях формирования личности допрашиваемого.

Признаки страха (испуганное выражение лица, нарушение двигательной активности, уровня сознания и т.п.), как и признаки сильной тревоги, могут свидетельствовать и о пережитом субъектом страдании. Установление факта, что пострадавший пережил эмоции страха (или состояние сильной тревоги), может быть признано в качестве доказательства причинения ему нравственных страданий.

Особой разновидностью страха на уровне пограничных состояний психики являются фобии - навязчивые, неадекватные переживания страха.

Страх является психологическим критерием снижения или даже утраты человеком способности в полной мере руководить своими действиями. Эмоции страха, нравственные страдания, переживаемые человеком в криминальной ситуации, могут быть составным элементом мотивации, толкнувшей его на совершение преступления (убийство, причинение телесных повреждений и т.п.).

Фрустрация.

Одним из эмоционально насыщенных состояний, представляющих профессиональный интерес для юристов, является фрустрация.

Фрустрация - дискомфортное психическое состояние, возникающее в ситуации разочарования, неосуществления какой-либо значимой для чело - века цели, потребности в результате несовпадения реальности и ожиданий, желаний. Иными словами, фрустрация - крушение планов, «стресс рухнувшей надежды».

Реакцией на состояние фрустрации могут быть следующие основные типы «замещающих» действий: «уход» от реальной ситуации в область фантазий, грёз, мечтаний, то есть переход к действию в своеобразном «магическом» мире; возникновение внутренней тенденции к агрессивности, которая либо задерживается, проступая в виде раздражительности, либо открыто прорывается в виде гнева; общий «регресс» поведения, то есть переход к более лёгким и примитивным способам действия, частая смена занятий и др.

Более часто фрустрация проявляется либо гнетущим напряжением, тревожностью, раздражительностью, либо взрывом крайне деструктивной агрессии, направленной во вне, или аутоагрессии (т.е. агрессии, направленной на себя). В таких случаях говорят о фрустрационной агрессии. Деструктивное, воздействие фрустрации на поведение человека может усугубляться употреблением алкоголя.

Фрустрация

Отдаленным последствием фрустрации нередко является неуверенность в себе. Фрустрация бывает одним из источников неврозов.

Знание предпосылок возникновения фрустрации помогает понять мотивы некоторых преступлений против личности, которые по своей жестокости кажутся бессмысленными, безмотивными, совершенными человеком с серьезно расстроенной психикой.

Фрустрация могут приводить к эмоциональным срывам, одним из которых является аффект.

Аффект - кратковременная и сильная положительная или отрицательная эмоция, возникающая в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов, сопровождающаяся выраженными кратковременными изменениями функционирования основных систем организма. У человека, находящегося в состоянии аффекта, резко усиливается сердцебиение, повышается артериальное давление, учащается дыхание, что иногда можно установить по свидетельским показаниям.

В Уголовном кодексе РФ понятие аффекта (наряду с понятием внезапно возникшего сильного душевного волнения) введено законодателем в статьи, предусматривающие уголовную ответственность за умышленное совершение убийства, причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью потерпевшего «в состоянии аффекта» (ст.

107, 113 УК).

Основные признаки аффекта:внезапность возникновения;

кратковременный, взрывной характер эмоциональной разрядки;

интенсивное двигательное возбуждение;

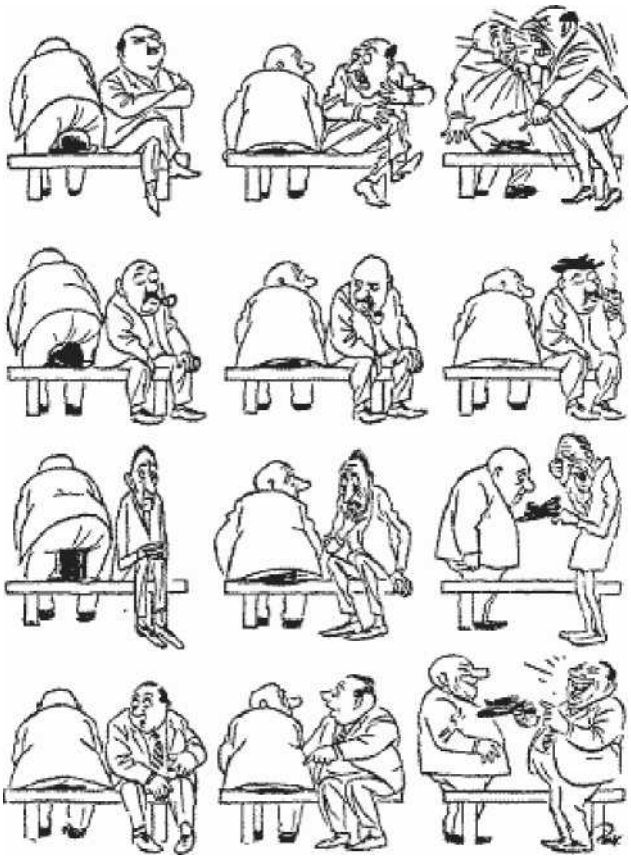
внезапное сужение сознания с отсутствием прогнозирования последствий своих противоправных действий;

нарушения психических познавательных процессов (фрагментарность восприятия, частичная амнезия происшедшего и т.п.);

внешне наблюдаемые признаки расстройства вегетативной нервной системы (изменение цвета кожных покровов лица, аффективно окрашенная мимика, прерывистая речь с нарушенной артикуляцией, измененным тембром голоса, иногда крик);

постаффективное истощение нервной системы, упадок сил, снижение активности, оглушенность, апатия, заторможенность в стадии спада.

Есть и другие диагностические признаки аффекта.



Четыре темперамента. Х. Бидструп

Наличие постаффективного состояния нередко выражается в невозможности совершения человеком активных действий после совершения преступления, в частности, по сокрытию его следов или иных усилий, требующих большого физического или нервного напряжения.

Человек, переживший аффект, ощущает усталость, испытывает апатию, растерянность. Его поведение становится заторможенным, что внешне проявляется в замедленном реагировании на обращения к нему окружающих и даже в сонливости.

Нередко виновный, совершивший убийство или причинивший телесные повреждения в состоянии аффекта, искренне сожалеет о случившемся, стремится сам оказать помощь своей жертве. Причем эта помощь также зачастую носит сумбурный, неадекватный ситуации характер.

Именно повторение негативных ситуаций ведет к накоплению

переживаний, которые могут в дальнейшем вызвать аффективный взрыв. Причем «последней каплей», запускающей реакцию аффекта, часто бывает внешне незначительное событие. Такие аффекты получили название кумулированных. То есть они возникают в условиях длительной психотравмирующей ситуации

Апатия – бесчувственность, т.е. безразличное, безучастное отношение к окружающему.

Это психическое состояние, при котором снижены или полностью утрачены внутренние побуждения, интересы, эмоциональные реакции. Больные не высказывают никаких желаний, безразличны к окружающим и событиям, непосредственно относящимся к ним. На свиданиях с близкими они молча забирают передачи и уходят. Апатия нередко является симптомом эмоционального выгорания специалиста. Она проявляется в вялости, безразличии к результатам работы, отсутствии стремления к деятельности.

Эмоциональное огрубение проявляется в утрате наиболее тонких эмоциональных реакций: исчезает деликатность, сопереживание, появляется расторможенность, назойливость, бесцеремонность. Такие состояния могут наблюдаться при алкоголизме, при атеросклеротических изменениях личности.

Эмоциональная тупость – расстройство, характеризующееся ровным, холодным отношением ко всем событиям, независимо от их эмоциональной значимости, оскудением чувств, полным равнодушием и безучастностью. Больным безразлична даже болезнь или смерть близких. Больной может несколько оживляться лишь при удовлетворении своих сугубо эгоистических потребностей.

Эмоциональная слабость (лабильность) – неустойчивость настроения, изменение его под влиянием незначительных событий. Например, при виде играющих детей человек не может удержать слезы умиления.

Растерянность – мучительное непонимание происходящего, подавляющее адекватную активность.

Агедония – потеря способности испытывать чувства радости, наслаждения.

Тоска – мучительная грусть, тяжелое, гнетущее чувство подавленности.

Эйфория характеризуется повышенным настроением, чувством физического и психического комфорта, самодовольством, беспечностью, безмятежностью. Уровень суждений и критическое отношение

к себе резко снижены, появляется социальная и сексуальная расторможенность, фамильярность, хвастливость с переоценкой своих интеллектуальных, физических и социальных возможностей. Эйфорию в молодости испытывал каждый человек при употреблении небольшого количества алкоголя.

Экстаз – высшая степень повышенного настроения с переживанием восторга, необычного счастья. В патологических случаях часто сочетается со склонностью ораторствовать, декламировать или петь что-либо возвышенное, мощное по силе звучания и смысла (патетическое).

Дисфория – злобно-тоскливое настроение с переживанием недовольства собой и окружающими. Часто сопровождается выраженными аффективными реакциями гнева, ярости с деструктивной агрессией, вплоть до злобного буйства, суицидальными тенденциями.

Паратимии – несоответствие эмоциональных ответов вызывающей их причине.

Абулия (отсутствие воли), или дисбулия (расстройство воли), – патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности. За абулией обычно следует *адинамия*, т.е. полное прекращение двигательной активности.

Снижение волевой деятельности может привести к высвобождению низших, автоматизированных и инстинктивных действий.

Эксплозивность – повышенная эмоциональная возбудимость, склонность к бурным аффективным эффектам, неадекватная по силе реакция. При этом реакция гнева с агрессией может возникнуть по незначительному поводу.

Амимия, гипомимия характеризуется ослаблением, обеднением мимики, однообразной застывшей мимика горя, отчаяния, характерной для депрессивных состояний. На лице застывшее скорбное выражение, губы плотно сжаты, углы рта опущены, брови сдвинуты, между ними залегают складки. Ответные мимические движения ослаблены, замедлены, смазаны.

Парамимия – неадекватность мимики конкретной ситуации. В одних случаях это выражается в появлении улыбки на похоронах, слез и гримас, плача при торжественных и приятных событиях. Либо мимические реакции не соответствуют переживаниям, проявляются различными гримасами.

ЛЕКЦИЯ 7
АЛКОГОЛИЗАЦИЯ И ПРЕСТУПНОСТЬ

Под алкоголем в быту понимают этиловый спирт – C_2H_5OH. Он смешивается во всех пропорциях с водой и входит и различных соотношениях в состав алкогольных напитков.

По частоте причин смертельных отравлений на первое место выходит употребление внутрь этилового алкоголя в составе различных алкогольных напитков. Обычно алкоголь поступает в организм через рот, но может всасываться через кожу, через раны (компрессы) или через легкие при вдыхании паров, его иногда вводят внутривенно и через прямую кишку, где скорость всасывания превышает таковую в желудке.

Алкоголь действует на организм как наркотическое вещество, при этом различают следующие фазы его действия: а) возбуждение; б) наркоз; в) паралич.

Как и всякий наркотик, алкоголь действует, прежде всего, на центральную нервную систему, на кору головного мозга, при этом возникает общее торможение коры больших полушарий и освобождение подкорки, что проявляется ослабеванием социальных запретов и растормаживанием животных инстинктов, в первую очередь, связанных с сексуальностью и агрессией.

Выделяют три степени алкогольного опьянения: легкая степень, средняя и сильная.

При легкой степени опьянения вначале наблюдается учащение дыхания и пульса, расширение периферических капилляров (краснота), темпера - тура тела слегка повышается, развивается эйфория с приятным чувством физического и эмоционального комфорта, возбуждением, говорливостью, расторможенностью, ощущением прилива сил. Однако выполнение работы, требующей внимания, затрудняется, человек начинает допускать ошибки, слегка изменяется почерк.

Содержание этанола в крови при легкой степени опьянения соответствует 0,5 - 1,5 промилле. Если в крови менее 0,5 промилле этанола (следы), то человек должен считаться трезвым. Законы природы не подчиняются указам политиков.

Более того, незначительные количества этанола в крови могут образоваться самопроизвольно в ёмкости уже после изъятия крови. Этанол образуется из сахара при его естественном распаде, а в крови живого человека всегда есть сахар в том или ином количестве. Вот

почему, изымая кровь, необходимо изымать и мочу.

В средней степени опьянения рефлексы резко снижены, координация движения нарушается (атаксия). Речь становится бессвязной, появляются признаки паралича задерживающих центров. Пьяный становится откровенным, то нежным, то агрессивным, часто стремится к насилию, драке, брани, конфликтен, хорошо заметно выраженное изменение почерка. Иногда наблюдается рвота.

Содержание этанола в крови при средней степени опьянения соответствует 1,55 - 2,5 промилле.

Сильная степень опьянения характеризуется развитием разлитого коркового торможения, мышечная и сердечная слабость прогрессирует, мо- может развиться аспирация рвотными массами со смертельным исходом. Иногда происходят непроизвольное мочеиспускание, дефекация.

Содержание этанола в крови при сильной степени опьянения более 2,5 промилле. При наличии алкоголя в крови 3,5 промилле и выше может наступить смерть от острого отравления этиловым алкоголем.

Здоровые люди могут переносить большую концентрацию этилового алкоголя в крови. Смерть у них обычно наступает при концентрации этанола в крови около 5,0 - 6,0 промилле.

Единственным объективным доказательством наличия или отсутствия алкогольного опьянения является обнаружение этанола в крови и в моче. Следует особо подчеркнуть, что обязательно изъятие на предмет обнаружения этанола не только крови, но и мочи, о чем, к сожалению, забывают как представители полиции, так и врачи.

Кроме того, зная концентрацию этанола в крови и моче, количество выпитого алкоголя, можно достаточно точно определить время его употребления, что имеет криминалистическое значение; менее точно, но можно установить время употребления напитков, не зная количество выпитого.

Давно устаревшая, но применяемая до сих пор проба Рапопорта и другие пробы, например, Мохова и Шинкаренко, применение различных аппаратов, связанных с выдыханием воздуха из легких через трубку в различные вещества и аппараты, являются неспецифичными, предварительными пробами на этиловый алкоголь.

Они не могут служить в суде достоверным доказательством наличия алкогольного опьянения, но могут служить доказательством

отсутствия опьянения.

Далеко не все специалисты знают, что при изъятии крови из вены руки не следует пользоваться спиртосодержащими дезинфицирующими веществами во избежание микроподсоса спирта в кровь. Даже если такая вероятность крайне мала, в суде всегда будет возможность усомниться в чистоте выполнения процедуры. Если все же для дезинфекции используется спирт, то необходим обязательный здесь элемент просушивания смазанного спиртом участка кожи стерильной марлевой салфеткой, лишь после этого допустимо погружение инъекционной иглы в ткани.

Кровью обследуемого наполняют чистый стеклянный флакон из - под антибиотиков «под пробку» (10 мл). Другой флакон наполняется 10-ю мл мочи под контролем медицинского персонала для исключения подмены. Флаконы с кровью и мочой опечатываются в присутствии понятых и направляются следователем в судебно-химическое отделение лаборатории областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Отсутствие алкоголя в моче, даже при его наличии в крови, указывает на то, что человек был трезвым. Присутствие алкоголя в моче при его отсутствии в крови указывает на то, что в момент забора крови и мочи человек был трезвым, но за некоторое время до этого он употреблял алкоголь и находился в состоянии опьянения.

Следует отметить, что опьянение далеко не всегда нарушает сознание и память. Даже после сильного простого опьянения при некоторых провалах в памяти люди обычно хорошо помнят эмоционально значимые для них мо - менты, однако, человеку нередко бывает выгодно скрывать это.

Различают простое и патологическое опьянение.

Простое опьянение

Именно в простом опьянении совершается более половины насильственных преступлений. При простом опьянении человек совершает преступление либо по причине растормаживания сексуальных влечений, асоциальных привычек, либо (и чаще) в конфликтной ситуации по схеме: «скандал – постепенное нарастание агрессивности, вплоть до злобного буйства, - преступный результат». В результате того, что страдает логика, преступления логически мало мотивированы, но все же мотивированы какими-либо обидами, бывают весьма жестокими. Картина озлобления нарастает **постепенно**, обнаруживается определённая целенаправленность в действиях, появляется же-

лание отомстить, поставить всех на свои места, заставить уважать, слушаться. Проявляется узнаваемость знакомых, адекватный вербальный (словесный) контакт с ними. После бытового убийства опьяненный виновник нередко возвращается за стол и продолжает употреблять алкогольные напитки. При простом опьянении люди, как правило, находятся в состоянии вменяемости.

После сна человек, находившийся в простом опьянении, обычно помнит события, связанные с алкоголизацией, либо детально, либо фрагментарно. Однако ему выгодно скрывать это, ссылаясь на полную амнезию.

Если же лицо, совершившее преступление было приведено в состояние опьянения другим злоумышленником насильственным путем или путем обмана; если оно не было осведомлено о психофизическом действии данного психоактивного вещества (например, алкоголя); если оно не имело субъективного опыта его употребления, то в этих случаях возможно применение ст. 22 УК РФ, поскольку не подлежит сомнению факт, что состояние одурманивания часто лишает опьяневшее лицо способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность совершаемых им противоправных действий и руководить ими.

Патологическое опьянение

Различают две формы патологического опьянения:

Эпилептоидное патологическое опьянение с сильнейшим психомоторным возбуждением, аффектом гнева и ярости с разрушительными последствиями, полной амнезией своих действий в патологическом состоянии. Состояние патологического опьянения по эпилептоидному типу равнозначно состоянию невменяемости.

Галлюцинаторно-параноидная (бредовая) форма патологического опьянения.

Ошибочно думать, что патологическое опьянение вызывается очень большой дозой алкоголя. Описаны случаи патологического опьянение и после совершенно небольших доз алкоголя (3 - 4 рюмки водки, стакан виноградного вина). В развитии патологического опьянения важнейшее значение приобретают физическое или психическое переутомление, инфекционные заболевания с повышением температуры тела, перегрев организма, сильный страх или хронический стресс, например, в условиях боевой обстановки либо в быту и т.п.

Первым, кто должен по соответствующим свидетельским показаниям, и показаниям обвиняемого заподозрить наличие бывшего пато-

логического опьянения у виновника общественно опасного деяния, является следователь. Поэтому представителям правоохранительных органов надо хорошо знать признаки этой патологии для своевременного назначения судебнопсихиатрической экспертизы.

Эпилептоидное опьянение.

В отличие от простого опьянения, при эпилептоидном после употребления небольшого количества алкоголя у человека внезапно наступает сумеречное помрачение сознания, болезненная дезориентация в окружающем, беспокойство, тревога, страх. Оживают и болезненно перерабатываются в сознании неприятные воспоминания, впечатления от прочитанного, увиденного, вплоть до самооговоров.

В патологических переживаниях находят отражение прошлые психические травмы, скрытые желания человека, прежние неприязненные отношения с окружающими, что влияет на его поступки. Любые насмешки, вызывающие неприятные воспоминания, могут вызвать приступ ярости. Явь перемешивается с галлюцинаторными восприятиями действительности. Нарушается контакт с окружающими, речь немногословна, появляется невозможность совместных действий. Отдельные слова могут повторяться по несколько раз. Это либо угрозы, оскорбления, либо призыв о помощи. Иногда эти одиночные высказывания настолько малопонятны, что производят впечатление бессвязного бормотания.

Во фразах человека, впавшего в патологическое опьянение, отражаются его бредовые переживания, искажённое восприятие действительности. Иной раз по свидетельским показаниям отмечается резкий переход простого опьянения в патологическое. Поэтому следователю при допросах свидетелей важно попытаться в мелочах восстановить высказывания обвиняемого, его действия.

Эпилептоидное опьянение опасно дисфорическим приступом, взрывной разрушительной агрессией, перед которыми появляется феномен «внезапного протрезвления», т.е. свидетелям кажется, что только что сильно опьянённый внезапно протрезвел или притворялся пьяным. Однако, впавший в патологическое опьянение человек остается во власти сумеречного помрачения сознания. Дело в том, что характерным признаком патологического опьянения в момент взрывной агрессии является полная сохранность двигательных функций, хорошая координация движений, сохранность равновесия, способность к быстрому движению, относительно четкая речь. Окружающих поражает стремительность и ловкость людей, находящихся в состоянии

патологического опьянения. Свидетели рассказывают о внезапной перемене, создающей впечатление внезапного и быстрого протрезвления.

Внешне его действия производят впечатление осмысленного, целенаправленного поведения. Нападая на мнимых врагов или «защищая» свою жизнь, больные крушат все, стараются убить всех на своем пути. Такие внезапные преступления кажутся внешне не мотивированными, особо жестокими, бессмысленными. При этом больной не принимает мер к сокрытию следов, глубоко засыпает непосредственно после совершения преступления, иногда даже на месте преступления. После пробуждения наблюдается амнезия. Люди в момент сумеречного помрачения сознания при эпи- лептоидной форме алкогольного опьянения являются невменяемыми.

У некоторых обвиняемых сохраняются в памяти отдельные, эмоционально значимые болезненные переживания, галлюциноз смешивается с реальностью, возникают ложные воспоминания. В результате этого показания обвиняемых могут представлять собой причудливую смесь правды и добросовестного заблуждения относительно истинности событий.

Галлюцинаторно -параноидная (бредовая) форма патологического опьянения.

При этой форме опьянения после употребления алкоголя происходит изменение сознания, что приводит чаще всего к переживаниям преследования, шпиономании, ревности. Люди для таких лиц могут казаться подозрительными, обстановка угрожающей, сами опьянённые представляют себя агентами спецслужб, полиции или преследуемыми ими и т.п. То есть развивается бред. Будучи на улице, они могут знакомиться с кем-нибудь, а затем либо нападать на них, либо внезапно уходят от мнимого преследования, меняя транспорт и маршруты. Вопрос о вменяемости разрешается индивидуально, исходя из конкретных обстоятельств.

Дипсомания

Дипсомания - обсессивно-компульсивное расстройство личности, характеризующееся периодически возникающими приступами болезненного, навязчивого, неконтролируемого влечения к алкоголю, что приводит к своеобразному, кратковременному запою.

Дипсоманический запой отличается от банального бытового запоя при хроническом алкоголизме, в котором очень важен матери-

альный фактор, прекращающий запой при отсутствии средств на приобретение алкоголя. При дипсоманическом запое материальный фактор не является ведущим. Так, хронические алкоголики обычно запивают после получки, семейной ссоры и т.п., при дипсомании связь с такими бытовыми факторами не наблюдается. Страдают дипсоманией лица с пограничными аномалиями личности, психопаты, больные эпилепсией, творческие люди.

Запою предшествует нарушение сна,

нарастание тревоги, раздражительности, рассеянность мышления, нарушение интеллектуального и физического благополучия, функционирования вегетативной нервной системы. Постепенно нарастает беспокойство, навязчивое желание купить алкоголь и выпить. Некоторое время больной пытается сопротивляться влечению, но однажды уступает ему, благодаря внезапному, резкому сужению сознания.

Во время запоя, благодаря относительно хорошему здоровью и особому психофизиологическому состоянию организма, поглощается огромное количество алкоголя, при этом дипсоманы обычно почти ничего не едят, лишь слегка закусывают прием очередной порции.

Запой обычно прекращается резко при наступлении полного отвращения к алкоголю через 2 - 6 дней. После запоя некоторое время держится отвращение к алкоголю, чувство искреннего раскаяния, уверенность, что такой запой больше никогда не повторится. Ремиссия («светлый» интервал времени без запоя) может держаться неделями, месяцами, даже годами.

Алкогольные психозы

К алкогольным психозам относятся белая горячка, алкогольный галлюциноз и алкогольный параноид.

Белая горячка - наиболее частый острый алкогольный психоз с яркими, преимущественно зрительными галлюцинациями устрашающего характера. Приступ возникает внезапно, обычно в первую треть ночного сна после длительного злоупотребления алкоголем при резком обрыве его поступления в организм, то есть, когда человек находится в состоянии абстиненции.

В галлюцинациях больной обычно видит то, чего подсознательно боится: различных насекомых, червей, мышей, крыс, змей, воров, чертей, мертвецов, страшные картины, но всегда в уменьшенном виде, и т.д. Эти животные и насекомые ползают по больному, кружатся вокруг него, совершают какие-либо более сложные действия.

Поведение больного определяется содержанием галлюцинаций.

Так, они могут нападать на свои галлюцинации, пытаясь их убить, или бегут от них, выпадая из окон высотных домов, заканчивают жизнь самоубийством и т.п.

В дневное время интенсивность психоза снижается, но ночью вновь происходит обострение. В среднем длительность белой горячки составляет 5 - 7 дней. Кроме того, длительное возбуждение может привести в отдельных случаях к смертельному исходу вследствие острой сердечно -сосудистой недостаточности.

В состоянии белой горячки больной является невменяемым.

Алкогольный галлюциноз, в отличие от белой горячки, характеризуется преимущественно слуховыми галлюцинациями. Голоса спорят с больным или друг с другом о больном и его близких, угрожают, приказывают ему и пр. Галлюциноз связан с содержанием бредовых идей, имеющихся у больного. Больной может совершать общественно-опасные деяния, находясь в со - стоянии невменяемости. Длительность острого алкогольного галлюциноза составляет в среднем 2 - 3 недели.

Алкогольный параноид - психоз, проявляющийся в форме бреда, чаще всего ревности, с нелепыми немотивированными идеями в отношении супруги. Социальная опасность больных в том, что на фоне бреда они могут совершить убийство жены, детей, воображаемых любовников. Кроме бреда ревности, нередко встречается бред преследования, воздействия.

Лица, совершившие общественно опасные действия в состоянии алкогольного психоза, как правило, признаются невменяемыми. Здесь надо иметь настороженность на возможность симуляции с целью избежать уголовной ответственности.

Лиц, у которых алкогольный психоз развился после совершения преступления, направляют на принудительное лечение до выздоровления, после чего они подлежат уголовной ответственности и наказанию.

Хронический алкоголизм.

Хронический алкоголизм является важнейшей медицинской и социальной проблемой.

Характерными чертами внешности больных хроническим алкоголизмом являются постоянная покраснение и одутловатость лица, багровый нос, иные изменения внешности. Хронический алкоголизм ведёт к постепенной деградации личности. Существенным показателем является синдром похмелья.

Происходят существенные изменения психики больных алкоголизмом: чрезмерная общительность и фамильярность, они болтливы, лживы, хвастливы, бездумны и жестоки, готовы на любой аморальный поступок, чтобы достать деньги на покупку спиртного, безразлично относятся к своей семье, издеваются над женой и детьми, склонны к совершению общественно опасных деяний.

Постепенно развивается душевная черствость, эгоцентризм, эмоциональная лабильность, вплоть до быстрых переходов от радости к плаксивости. Некритическое отношение к своим поступкам и к себе. Им свойствен плоский юмор с примитивными остротами, пошлость, сексуальная расторможенность при нарушениях эректильной функции. Обнажаются скрытые сексуальные влечения. Склонность к шутовству, балагурству может сменяться внезапной злобой, агрессией по отношению к кому-либо. Хулиганство, причинение вреда здоровью, убийства, сексуальные правонарушения - то, на что обычно способны хронические алкоголики.

Учитывая отсутствие грубых изменений восприятия, мышления, критики, больные алкоголизмом не лишены возможности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, следовательно, при отсутствии вышеуказанных состояний, признаются вменяемыми. К лицам, признанным вменяемыми, наряду с уголовным наказанием, по решению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

Невменяемыми признаются лишь больные, у которых отмечается стой - кое слабоумие, исключающее возможность лица осознавать фактический характер своих действий и руководить ими.

Токсикомания.

Это хроническое наркологическое заболевание, возникающее в результате систематического употребления лекарственных и химических веществ и привыкания к ним.

Веществами, вызывающими токсикоманию являются:

различные лекарственные средства, принимаемые без предписаний врача в повышенных дозах;

средства для ингаляционного наркоза («веселящий газ», эфир, хлороформ);

технические жидкости и средства бытовой химии (нитроэмаль, клей, бензин, ацетон, растворители, стеклоочистители и многие другие).

При токсикомании, как и при алкоголизме, возникают физиче-

ская, психическая зависимости, а также абстиненция (в случаях прекращения получения организмом привычного вещества возникают психические и физиологические нарушения).

Вдыхание паров химических веществ характерно для асоциальных подростков. На начальном этапе вдыхания появляется расторможенность, затем отмечаются вялость, шаткость походки, головные боли, может возникнуть рвота. При тяжелой интоксикации данными веществами развивается спутанность сознания, дезориентировка, изменение фона настроения, бес - причинные смех, плач, своеобразная двигательная активность, могут появляться галлюцинации. В выдыхаемом воздухе часто отмечается запах употребляемого вещества. В состоянии отравления подростки способны совершить действия, опасные для себя и окружающих.

Последствия хронической интоксикации органическими растворителями могут быть крайне тяжелыми. Они проявляются в быстрой и выраженной деградации интеллекта, вплоть до развития слабоумия; в нарушении функции внутренних органов, в развитии различных заболеваний легких, органов кроветворения, желудочно- кишечного тракта. Иногда при передозировке или даже в самом начале вдыхания паров наступает смерть, особенно при надевании пакетов с химическим веществом на голову.

Токсикоманы обычно признаются вменяемыми. Исключения составляют случаи совершения общественно опасных деяний в момент психоза.

Наркомания.

Наркомания есть болезненное влечение к приему наркотических веществ. Многие наркоманы не обращаются за медицинской помощью, не состоят на учете у врачей-наркологов, прибегают к анонимной медицинской помощи, разрешенной в РФ, тщательно скрывают свое болезненное пристрастие к наркотикам из-за опасения наказания и прочих социальных последствий.

К наркотическим и сильнодействующим веществам относятся вещества, входящие в специальные списки, утвержденные Правительством РФ. Данные списки подлежат периодическому пересмотру и в последнее время всё расширяются. К сожалению, в связи с этим, встречаются и перегибы, приводящие к возникновению абсурдных ситуаций, а также к исчезновению из свободной продажи, и из аптек вообще, эффективных и необходимых для населения лекарств без адекватной их замены

ЛЕКЦИЯ 8. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Интеллектуальные расстройства

Интеллект - способность человека к рациональному познанию, мышлению, умозаключениям, обобщениям, критическому осмыслению действительности. Нарушения интеллекта обычно выражаются слабоумием. При некоторых психических заболеваниях (например, шизофрении и пр.) интеллект не страдает.

Слабоумие

Слабоумие может быть врожденным и приобретенным. Различают несколько видов слабоумия. Вообще, под термином «слабоумие» обычно понимают:

деменцию - приобретенные формы нарушения интеллектуальной деятельности;

олигофрению - врожденные формы нарушения интеллектуальной деятельности.

Олигофрения

Олигофрения (буквально переводится как малоумие, т.е. слабоумие) — врожденное заболевание, связанное, как правило, с генетическими факторами. У небольшой части больных олигофрения связана с гибелью коры головного мозга во время родов, а также с тяжелыми заболеваниями матери, употреблением ею токсических веществ или зло - употреблением алкоголем во время беременности.

По статистическим данным разных стран, распространенность олигофрении колеблется от 0,7 до 3% их населения. В России, начиная с 1917 года, благодаря политике геноцида, а в дальнейшем - политике, стимулирующей так называемую «утечку мозгов», т.е. «выдавливания» из страны мыслящих людей в течение многих десятилетий, количество лиц с олигофренией может значительно превышать указанные цифры.

Олигофрения часто, но не обязательно, сочетается с пороками развития каких-либо органов или частей тела, проявляется в признаках внешности человека, в неразвитости гигиенических навыков, в речи, письме.

Различают три степени слабоумия (интеллектуальной недостаточности):

Идиотия - глубокое слабоумие. Это наиболее тяжелая форма олигофрении. При абсолютной идиотии отсутствует способность ходить, говорить, понимать смысл речи и даже интонацию окружаю-

щих. Идиоты - необучаемые, не могут усвоить навыки опрятности. Часто они не способны к целенаправленным самостоятельным действиям. У них настолько выражены нарушения двигательной сферы, что они не могут самостоятельно передвигаться, сидят в одной и той же позе, раскачиваются из стороны в сторону, совершают однообразные движения; взгляд они не фиксируют.

В тяжелых случаях слух, зрение, вкус, обоняние и осязание как бы отсутствуют, потому что участки коры головного мозга, ответственные за анализ информации, поступающей с периферии, не функционируют. Подобно по - вреждённой компьютерной программе, - информация проходит, но «картинка» на мониторе не появляется. Общая чувствительность при этом нарушена - отсутствуют болевые ощущения, ощущения горячего, холодного и т.д. У одних больных пищевой инстинкт отсутствует, другие больные, напротив, лишены чувства насыщения, прожорливы.

При менее выраженной идиотии двигательные функции частично со - хранены. Больные могут узнавать близких людей, избирательно видеть и слышать то, что им нравится. Потребности выражаются криками или жестами. У лиц с идиотией преобладает пассивно - равнодушное настроение, сменяющееся кратковременными вспышками ярости без мотивного и хаотического возбуждения, обусловленными, как правило, чувством голода. Их единственной речевой реакцией на приятные или неприятные для них раздражители обычно являются протяжные или отрывистые крики, мычание. Может проявляться склонность к самоповреждению или агрессии.

Имбецильность - средняя степень олигофрении, или среднее слабоумие. Интеллектуальное развитие у них значительно выше, чем у лиц, страдающих идиотией. У имбецилов развиваются нечеткая, косноязычная речь и примитивное, конкретное мышление. Они доверчивы, внушаемы, абстрактное мышление у них отсутствует, словесный запас маленький, фразы простые, внимание поверхностное, память обычно плохая. Таких людей можно научить навыкам самообслуживания и гигиены, даже покупать продукты в магазине, выполнять несложный физический труд.

Социализация имбецилов в положительной, доброжелательной атмосфере приводит к тому, что они становятся неагрессивными, следовательно, не опасными членами общества. Однако вся беда в том, что олигофрения распространена, в основном, среди представителей низкого социо-экономического уровня, в агрессивной, люмпен-

пролетарской, полууголовной и откровенно уголовной среде, способной сформировать тупого, но преданного исполнителя преступных замыслов.

У больных с имбецильностью также могут быть эпизоды сексуального возбуждения, в которых они совершают общественно опасные действия, чаще всего, изнасилование или публичное обнажение.

Абстрактные понятия, относящиеся к право - порядку, общественной опасности деяний, государственной системе наказаний имбецилам недос - тупны из -за полного отсутствия у них абстрактного мышления. По этой причине имбецилы со - вершают общественно-опасные деяния, не осознавая их общественной опасности, т.е. в состоянии невменяемости.

Лица с умственной отсталостью в степени имбецильности при совершении общественно опасных действий не могут сознательно регулировать свое поведение, такие их действия характеризуются импульсивностью, неосознаваемой подражательностью, внушаемостью и пассивной подчиняемостью другим лицам. Под влиянием более полноценных психически соучастников они могут участвовать в краже, поджоге, изнасиловании, грабеже и т.д. При этом какое - либо понимание противоправности отсутствует.

Подростки с имбецильностью нередко становятся жертвами сексуальных посягательств, в связи с этим они могут быть направлены на судебно -психиатрическую экспертизу для решения вопроса о возможности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания.

Дебильность - легкая степень олигофрении, или легкое слабоумие. Движения олигофренов в стадии дебильности отличаются некоторой неуклюжестью. У дебилов отсутствует абстрактное мышление, но может быть достаточно развито конкретное мышление, касающихся бытовых и материальных проблем. Большинство таких людей могут неплохо ориентироваться в бытовых ситуациях, способны к самостоятельной жизни. При позитивном воздействии социального окружения, они могут добиваться в жизни определенных успехов, связанных с семейным и социальным функционированием. Многие лица с дебильностью заканчивают учебные заведения общего типа, приобретают различные специальности, не требующие абстрактного мышления.

При умеренной и легкой дебильности они достаточно хорошо адаптируются к повседневным требованиям, выбирают посильные

для себя виды деятельности, самостоятельно организуют свой быт, не нуждаются в помощи психиатра, как бы растворяются в обществе, становясь вполне конкурентоспособными.

Иногда у лиц с интеллектуальной недостаточностью могут возникать нелепые, примитивные идеи. Мнения, услышанные от окружающих, мысли, вычитанные в газетах и книгах, применяются без учета ситуации. В некоторых случаях дебил даже использует относительно сложную, научную терминологию, но под сложными терминами кроется полное непонимание их смысла. Такие примитивные идеи отличаются стереотипностью.

Например, дебильный юноша так объяснил свой отказ от неквалифицированной работы: «Я же не дурак, я умный! У меня в голове много нервных клеток! Клетки растут и мне думать мешают! Вот вырастут клетки — я тогда учиться пойду! Зачем мне работать дворником? Разве дворники умные?».

Болезнь Дауна

Болезнь Дауна - особая форма олигофрении, обусловленная наличием дополнительной, 21-й хромосомы. Физические признаки болезни Дауна отчетливо видны во внешнем облике больных. Они, как братья-близнецы похожи друг на друга: низкого роста, с короткими относительно туловища конечностями; пальцы рук короткие и широкие, непропорциональные; череп маленький, затылок скошен; уши маленькие, деформированные; нос короткий с широкой уплощенной переносицей; лицо внешне напоминает монголоидное, круглое, глаза своеобразно большие, но с монголоидным строением век.

Больные добродушны, послушны, повышенно внушаемы, не способны к обучению даже во вспомогательной школе, но в Скандинавии, и в некоторых других странах, они посещают общеобразовательные школы вместе со всеми остальными детьми, активно участвуют в жизни молодежи, посещают молодежные «тусовки», самостоятельно передвигаются по местности, не опасаясь нападения на них. Этим достигается сразу несколько целей. Среди них, положительная социализация инвалидов вне домашних условий, постоянный уход, обучение правилам самообслуживания и гигиены, но, главное, – изначальное обучение детей к положительному взаимодействию с инвалидами, умению оказания им необходимой помощи.

Больные с олигофренией долго не живут, так как одним из важнейших стимуляторов жизни является интеллектуальная деятельность. Люди с болезнью Дауна быстро начинают стареть после за-

вершения полового созревания и умирают обычно до достижения 40-летнего возраста, но бывает, что при хорошем уходе, высоком качестве жизни живут и дольше.

Иногда лицо, страдающее умственной отсталостью, оказывается единственным свидетелем, показания которого имеют принципиальное значение для исхода дела. При этом потерпевшие и свидетели с умственной отсталостью могут подвергаться во время следствия по уголовному делу интенсивным воздействиям лиц, заинтересованных в благоприятном для себя решении, поэтому важно оценить возможность по - терпевшего (свидетеля) с умственной отсталостью целенаправленно и осознанно руководить своим поведением и высказываниями в условиях расследования. Умственно отсталые потер - певшие и свидетели иногда непроизвольно, неумышленно могут давать путаные и противоречивые показания либо упрямо настаивают на явно неправдоподобных и опровергаемых другими данными сведениях.

Вследствие повышенной внушаемости и растерянности они могут давать различные ответы на один и тот же вопрос, в зависимости от формы поставленного вопроса и тона, в котором он был поставлен (при утвердительной форме на вопросы отвечают утвердительно, при отрицательной - отрицательно). Показания могут быть неполноценными вследствие неумения охватить ситуацию в целом, плохой ориентировки во времени, невозможности воспроизвести ряд явлений в их последовательной связи, неумения устанавливать сходства и различия.

При СПЭ решающим является установление:был способен или не способен подэкспертный осознавать реальную ситуацию, организовывать и осознавать свое поведение в этой ситуации;

способен ли потерпевший правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

При *проведении судебно-психиатрической экспертизы* больных идиотией и имбецилов признают невменяемыми. Большинство дебилов являются вменяемыми, кроме отдельных случаев, обусловленных обстоятельствами совершенного преступления.

Деменция

Деменция – приобретённое слабоумие вследствие органического поражения ткани головного мозга

Деменция проявляется стойким снижением познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний

и практических навыков, затруднением либо невозможностью приобретения новых. Этот синдром встречается при болезни Альцгеймера, при возрастных, атеросклеротических изменениях сосудов головного мозговых травм и некоторых заболеваниях с поражениями тканей головного мозга.

Среди приобретенного слабоумия выделяют также шизофреническое и эпилептическое слабоумие.

Деменция постепенно приводит к отчетливому снижению памяти и интеллекта, нарушению повседневной деятельности: умывания, одевания, навыков в еде, личной гигиены, самостоятельного отправления физиологических функций. На фоне расстройств мышления и эмоций возможно возникновение бреда и галлюцинаций.

Деменция чаще всего, развивается у пожилых людей, стариков (сенильное слабоумие), может приводить к ослабеванию личностного восприятия социальных запретов, растормаживанию агрессивности, сексуальности. Общественно опасные деяния больные могут совершать как в состоянии вменяемости, так и в состоянии невменяемости. Совершение общественно-опасных деяний пожилыми людьми и стариками, особенно сексуально мотивированных, обычно требует назначения судебно- психиатрической экспертизы.

Различают тотальное и частичное слабоумие.

Тотальное слабоумие характеризуется стойким снижением всех интеллектуальных функций, слабостью суждений, отсутствием критики к своему состоянию. Примером тому может служить так называемая сенильная (старческая) деменция.

Частичное слабоумие характеризуется выраженными нарушениями памяти. Такие больные сохраняют способность к суждениям, у них наблюдается критическое отношение к своему состоянию. Им трудно запоминать но - вое, но старые знания, особенно профессиональные, хорошо закрепленные, могут сохраняться довольно долго. Ввиду критического отношения к себе такие больные понимают свое положение, пользуются постоянно записной книжкой, пишут заранее, что им надо сказать или сделать.

Возрастные психические расстройства

У большинства пожилых людей постепенно проявляются и нарастают с

возрастом атеросклеротические изменения кровеносных сосудов, что приводит к сужению их просвета, ухудшению кровотока. Поэтому у пожилых людей из-за нарушения питания тканей головного мозга,

постепенно нарастают признаки церебрального атеросклероза. Это приводит к частичной атрофии и массовой гибели нервных клеток, что выражается постепенным снижением интеллекта. На первоначальном этапе снижение интеллекта избытком компенсируется знаниями, жизненным и профессиональным опытом, но в дальнейшем будет развиваться декомпенсация.

В развитии и проявлении старческого слабоумия огромную роль играют генетические, наследственные факторы. В случаях положительной наследственности люди не только долго живут, но и сохраняют относительно здравую память и ясное мышление до 90 - 100 лет, тогда как в противоположных случаях старческое слабоумие может проявляться уже к 50 - 55 годам.

Здесь, конечно, надо еще учитывать и общий биологический закон - неработающий орган быстро атрофируется. То есть если мозг не привык работать, деменция наступает раньше.

При развитии старческого слабоумия постепенно снижаются способности к познанию, страдают память, сообразительность, появляется замедление темпа мышления, обеднение мыслей и кругозора. Постепенно больные начинают забывать текущие события, любят уходить в воспоминания о прошлом. Пробелы в памяти иногда восполняются конфабуляциями (ложными воспоминаниями).

Характерными чертами старческого слабоумия являются эгоизм, душевная черствость, недоверчивость, агрессивность, патологическая скупость. Происходит растормаживание инстинктов, в первую очередь, связанных с питанием и сексуальностью (развивается прожорливость, похотливость). При этом нередко быстро теряются гигиенические навыки. У асоциальных лиц, людей, выросших в асоциальном окружении, растормаживаются асоциальные потребности. Такие люди иногда становятся опасными для общества. Совершение с их стороны общественно опасных деяний, особенно на сексуальной почве, требует обязательного назначения судебно-психиатрической экспертизы. Внезапное проявление асоциальности у пожилого человека, который ранее не был асоциальным, обычно свидетельствует о развитии у него возрастной патологии психики.

У лиц преклонного возраста на этом фоне иногда развиваются психозы с тревожно-депрессивным синдромом, бредом преследования и материального ущерба. Больные убеждены и убеждают окружающих в том, что близ - кие их бьют, не кормят, обкрадывают, пытаются отравить, выгнать из собственной квартиры, выставляют за

дверь, на лестницу, улицу; незнакомцы хотят проникнуть в их квартиру. Из-за бредовых идей больные ночами часто не спят и ходят по квартире, не узнают даже близких людей, ошибочно идентифицируют их, «слышат» шаги в пустой квартире, на лестничной площадке, звонки в дверь, голоса.

Болезнь Альцгеймера

Болезнь Альцгеймера - специфическая форма старческого слабоумия. Заболевание начинается либо с нарушения памяти, либо с острого психоза. Нижний возраст начала заболевания - 55 - 56 лет, но начало развития заболевания часто бывает несколько позже.

При первичном нарушении памяти больные все путают, забывают, могут заблудиться в знакомом месте. Постепенно эти явления нарастают. В самом начале заболевания больные критически относятся к своему состоянию, удивляются ухудшению памяти, ищут лечения. По мере развития болезни критика исчезает, и в поведении преобладают благодушие и тупая приподнятость настроения с самодовольством.

В некоторых случаях проявление заболевания начинается с острого психоза, который обычно протекает в форме бреда ревности или материального ущерба. Острый психоз чреват противоправной агрессией, вплоть до убийств. В дальнейшем быстро прогрессирует слабоумие с выраженным, стремительным и тотальным распадом памяти.

В конечном итоге наступает глубокое слабоумие, при котором больные совершенно равнодушны ко всему окружающему, не узнают близких родственников. С самого начала болезни проявляется комплекс неврологических симптомов, сопровождающих нарушением речи, движений и пр.; появляются насильственный плач или смех, тики в различных группах мышц, иногда рез - кое повышение мышечного тонуса, эпилептические приступы.

Болезнь Альцгеймера, в отличие от обычного старческого слабоумия, прогрессирует стремительно и тотально с одновременным появлением тяжелых неврологических и соматических изменений. При этом больные могут совершать общественно опасные деяния в состоянии невменяемости, утрачивают свою дееспособность и правоспособность

Умственная отсталость

Умственная отсталость определяется как состояние задержанного или неполного развития психики.

Понятие «умственная отсталость» объединяет самые разные по своему происхождению формы патологии психической деятельности. В это число включают формы умственной отсталости, связанные с повреждением мозга генетическими, органическими, техногенными и социальными вредностями. Выделяют формы, обусловленные влиянием неблагоприятных социальных и культурных факторов: неправильное воспитание, педагогическая запущенность, отрицательные психо-социальные влияния, дефекты зрения и слуха.

Отличительной чертой умственной отсталости от приобретенного слабоумия является то, что умственная отсталость представляет собой не снижение функций психики вследствие психического заболевания, а их первоначальное недоразвитие. В случаях приобретенного слабоумия болезненное расстройство психической деятельности возникает у полноценного до этого человека. У лиц с приобретенным слабоумием речь более развита, уровень абстрактного мышления более высок, имеется резкое несоответствие между интересами больного до развития слабоумия и после его развития.

Клиническая картина умственной отсталости проявляется не только в общей психической неполноценности, но и во внешнем облике человека. Нередко имеется непропорциональное телосложение, косоглазие, монголоидный разрез глазных щелей у европеоидов, череп то значительно уменьшен (микроцефалия), то увеличен (гидроцефалия), выражение лица тупое, рот полуоткрыт, движения неловкие, недостаточно координированные. Нередко имеются дефекты слуха, зрения, речи, пороки развития внутренних органов. Гигиенические навыки также недоразвиты.

Характерным для умственной отсталости является недоразвитие речи, ее невнятность, косноязычие. Большинство людей с умственной отсталостью начинают говорить только после 3 - 4 лет. Даже у взрослых людей речь бедна запасом слов, построение фраз детское. Такую речь дополняют неправильное произношение отдельных звуков, бедность интонаций, затруднения при переходе от слога к слогу, от слова к слову. Бывает, что и при достаточно развитой устной речи может быть недоразвита способность к чтению и письму. Словесные определения, не связанные с конкретной, привычной бытовой ситуацией, усваиваются с большим трудом и очень медленно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмазов Б.Н. Правовоая психопоталогия Учебное пособие - М.:Дата скавер, 2009.- 376 с.

2. Георгадзе З.О., Датий А.В., Царгасова Э.Б. Судебная психиатрия. – М.: ЮНИТИ- ДАНА: Закон и право, 2006. – 224 с.

3. Датий А.В. Судебная медицина и психиатрия. – М.: РИОР, 2007. – 310 с.

4. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия. – М.: Медицина, 2002. – 544 с.

5. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии / Под общей ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Спарк, 2002. – 383 с.

6. Коркина М.В., ЛакосинаН.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. Психиатрия. – 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 576 с.

7. Медицинская и судебная психология: Курс лекций / Под ред. Т.б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М.: Генезис, 2004. – 606 с.

8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств (клинические описания и указания по диагностике). – ВОЗ, 1992. – СПб: АДИС, 1994. – 300 с.

9. Обухов С.Г. Психиатрия (Под ред. проф. Ю.А. Александровского). – М.: ГЭОТАР-медиа, 2007. – 352 с.

10. Романов В.В. Юридическая психология. – Юристъ, 2005. – 588 с.

11. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.

12. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М.: Медицина, 2004. – 592 с.

13. Судебная психиатрия. – М.: Медицина, 1965. – 423 с.

КАГИРОВА А.Х.

Курс лекций по дисциплине:

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Формат 60х84 1/16. Бумага офсет 1. Печать ризографная. Гарнитура Таймс.
Усл.п.л. 6,8. Заказ № 159-23. Тир. 300 экз. Отпеч. в тип. ИП Тагиева Р.Х.
г.Махачкала, ул. Батырая, 149. Тел.: 8 928 048 10 45
“ФОРМАТ”