# ФГБОУ ВО «ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

# МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

# МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО

МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА НЕВРОЛОГИИ, ПСИХИАТРИИ, МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ:

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

*Учебное пособие*

Волгоград 2024 г.

УДК ?

ББК ?

УМО ?

# Рецензенты:

Печатается по решению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России

Судебная психиатрия: Учебное пособие для врачей / В. В. Ростовщиков, М.Ю. Баканов, С.И. Ростовщикова - Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2024. – 57 с.

Учебное пособие посвящено основным базисным вопросам судебной психиатрии, в том числе судебно-психиатрической экспертизе, применения принудительных мер медицинского характера и пенитенциарной психиатрии.

# В основу работы были положены результаты обобщения общетеоретических данных, отражающие наиболее общепринятые организационные решения по данному разделу психиатрии.

Учебное пособие предназначено для клинических ординаторов, обучающихся по специальности «психиатрия».

Волгоградский государственный

медицинский университет, 2024

# Содержание

Стр.

Введение ………………………………………………………………. 5

Раздел 1. Общее понятие и история судебной психиатрии ………. 6

Раздел 2. Общая и судебная психиатрия …………………………… 15

Раздел 3. Законодательные и нормативные аспекты………………. 22

Раздел 4. Судебно-психиатрическая экспертиза ……………………. 23

Раздел 5. Принудительные меры медицинского характера ………... 35

Раздел 6. Пенитенциарная психиатрия ……………………………… 53

Рекомендуемая литература …………………………………………... 54

Тестовые задания ……………………………………………………... 55

Ответы к тестовым заданиям ………………………………………… 57

**Список сокращений**

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГК – Гражданский кодекс

ГПК – Гражданско-процессуальный кодекс

ГСПЭУ – государственное судебно-психиатрическое экспертное учреждение

КоАП – Кодекс об административных правонарушениях

МВД СССР – министерство внутренних дел Союза ССР

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МО – медицинская организация

ООД – общественно-опасные действия (деяния)

ПБСТИН – психиатрическая больница специализированного типа с

интенсивным наблюдением

ПЛ – принудительное лечение

ПММХ – принудительные меря медицинского характера

ПНД – психоневрологический диспансер

СП – судебная психиатрия

СПБ – специальная психиатрическая больница

СПЭ – судебно-психиатрическая экспертиза

СПЭК – судебно-психиатрическая экспертная комиссия

СПЭО – судебно-психиатрическое экспертное отделение

УИН – управление исполнения наказаний

УК – Уголовный кодекс

УПК – Уголовно-процессуальный кодекс

ФСИН – Федеральная служба исполнения наказаний

ЧС – чрезвычайные ситуации

**ВВЕДЕНИЕ**

Судебная психиатрия – специальный раздел психиатрии, задачей которого является изучение различных психических расстройств в специальном отношении их к правовым нормам, к вопросам уголовного, гражданского права и процесса.

Судебная психиатрия сформировалась на стыке медицинских, правовых и философских наук, она неотделима от общей психиатрии, но обладает своими особенностями. В частости, de jure являясь все-таки медицинской наукой, de facto служит правосудию, содействует укреплению законности и порядка.

Во многих современных учебных пособиях описание вопросов судебной психиатрии отличается сложностью изложения, т.к. традиционно прослеживается процесс интегрирования описания симптомов, синдромов, нозологий, психофармакотерапии, особенностей течения заболеваний и прогнозов в юридически значимые периоды, трактуемые уголовным и гражданским правом. Вне всякого сомнения, данная академическая модель не только традиционная, но и высокоэффективная при адресации учебных материалов врачам-психиатрам, при получении ими углубленных знаний по судебной психиатрии, в настоящем же пособии предпринята попытка представления материалов без рассмотрения частных вопросов судебной психиатрии, т.е. ограниченных разделами теории и организации в максимально доступной для клинических ординаторов форме.

В основу работы были положены результаты обобщения общетеоретических и организационных данных, а также использован опыт преподавания психиатрии клиническим ординаторам на кафедре неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации института непрерывного медицинского и фармацевтического образования Волгоградского государственного медицинского университета.

Учебное пособие состоит из шести разделов и предназначено для клинических ординаторов, обучающихся по специальности «психиатрия».

**ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ И ИСТОРИЯ СУДЕБНОЙ ПСИИХАТРИИ**

«Судебная психиатрия» – такой отдельно взятой науки, или специальности, в настоящее время не существует, и термин, скорее всего, собирательного значения. Судебная психиатрия является прикладной отраслью медицинской науки — психиатрии. Судебная психиатрия изучает психические расстройства применительно к задачам, которые решает правосудие по уголовным, гражданским и административным делам. Объединяет общую психиатрию и судебную психиатрию то, что они медицинские дисциплины и изучают одни и те же явления — психические расстройства, но есть и различия, которые придают судебной психиатрии специфические черты.

Итак,по практикуемому в настоящее время определению: «предмет судебной психиатрии составляют психические расстройства, имеющие юридическое значение в уголовном, гражданском и административном судопроизводстве».

Судебная психиатрия состоит из трех связанных между собой разделов:

- судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ),

- принудительные меры медицинского характера (ПММХ), иначе именуемые

как принудительное лечение,

- пенитенциарная психиатрия (наблюдение и лечение лиц, страдающих

психическими расстройствами в местах лишения свободы).

**СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ

МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ

ЭКСПЕРТИЗА

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ

ПСИХИАТРИЯ

Раздел «судебно-психиатрическая экспертиза» – это по своей сути уже устоявшийся практически самостоятельный раздел психиатрии, т.к. в 2002 году была введена должность «врач-судебно-психиатрический эксперт», в достаточно короткое время появилась новая специальность «судебно-психиатрическая экспертиза» и стала лицензироваться как вид медицинской деятельности, а в настоящее время уже несколько ВУЗов страны проводят прием и обучение в клинической ординатуре по специальности 31.08.24 «судебно-психиатрическая экспертиза».

Раздел «принудительные меры медицинского характера» сохранил традиционность. Осуществляют принудительные меры медицинского характера врачи, занимающие должность «врач-психиатр», точнее те, которые работают в области общей психиатрии в государственных учреждениях здравоохранения. При этом, специальная образовательная подготовка не является обязательным условием, но настоятельно рекомендуется.

Раздел «пенитенциарная психиатрия» позиционирует особенности работы в медицинских подразделениях Федеральной службы исполнения наказаний России (ФСИН России), фактически это места лишения свободы – колонии, тюрьмы, следственные изоляторы и т.п.

По сложившимся академическим традициям, каждая новая изучаемая тема достойна краткого исторического аспекта. Итак, непродолжительный экскурс в историю судебной психиатрии.

Начало истории сразу относит нас в XVIII век до нашей эры

Считается, что самым выдающимся царем Вавилонского государства был царь Хаммурапи (XVIII век до нашей эры), и в так называемых «законах Хаммурапи» значилось, что договор купли-продажи раба мог быть расторгнут, если в течение месяца после его заключения у раба обнаружится болезнь «бенну» (вероятнее всего, так именовалась эпилепсия).

В законодательстве царя Соломона (X век до нашей эры) имелись указания о непризнании завещательных актов помешанных.

Римское право (Римская империя: VI века до нашей эры - I век нашей эры) различало несколько видов помешательства, сумасшедшие и безумные считались полностью лишенными дееспособности и не ответственными за свои поступки. Ответственность за неправомерные действия безумных несли согласно римскому праву их опекуны или лица, осуществляющие за ними надзор.

Идеи невменяемости и недееспособности рассматривались и в феодальном праве. В Саксонском зерцале (свод законов XIII век) указывалось, что слабоумных и сумасшедших не следует подвергать наказанию, если же они кому-либо причинили вред, то их опекун должен возместить его. В английском законодательстве времен Эдуарда II (XIV век) существовали нормы об охране имущества помешанных. Кроме того, в XVIII веке, в Англии, было предложен в качестве критерия невменяемости так называемый критерий дикого зверя: невменяем лишь тот, кто полностью лишен рассудка и памяти и не сознает того, что делает, подобно малолетнему, скотине или дикому зверю.

Наиболее ранние упоминания о душевнобольных в русском законодательстве относятся к XII веку. В Судном законе князя Владимира Мономаха содержалось указание об исключении «бесных» из числа свидетелей. Новоуказные статьи (нормы права) о татебных (воровство, мошенничество и пр.), разбойных и убийственных делах (XVII век) признали «бесных» не ответственными за убийство.

Далее, издаются уже десятки императорских и сенатских указов, касающихся правового положения психически больных. Несмотря на то, что врачей стали привлекать к психиатрическому освидетельствованию еще со времен античности, их участие в установлении психических расстройств по уголовным и гражданским делам признавалось необязательным вплоть до XIX века. Считалось, что психическое заболевание, обусловливающее невменяемость или недееспособность, должно быть настолько очевидным и иметь столь многочисленные внешние проявления, что установить его наличие можно и без помощи врача. Взгляды на сумасшествие как на одержимость дьяволом приводили к тому, что сведущими лицами (экспертами) по ряду дел о преступлениях умалишенных долгое время оставались священнослужители. Например, в России в XVII—XVIII веках, местом освидетельствования умалишенных, совершивших преступление, были преимущественно монастыри.

Знакомство с отечественной историей судебной психиатрии показывает, что элементы судебно-психиатрической экспертизы имели место еще тогда, когда психиатрии как науки не существовало. Есть сохранившийся документ повествующий, что в 1690 году в городе Вязьме задержан бродяга, который заявил, что он сын царя, «а живет он на небесах и ходит на небеса через дыру, а принимают его ангелы». Он был освидетельствован дипломированными врачами, представившими каждый свое заключение (NB!) на латинском и греческом языках. Это была первая зарегистрированная врачебная судебно-психиатрическая экспертиза, свидетельствуемый был признан душевнобольным, страдающим меланхолией.

Особая страница в истории отечественной судебной психиатрии заслуженно принадлежит Петру Алексеевичу Романову (Петр I Великий), изначально Царю Всея Руси, затем Императору Всероссийскому. Мероприятия и реформы петровской эпохи коснулись порядка освидетельствования психически неполноценных лиц. В 1722 году Петр I издал Указ «О свидетельствовании дураков в Сенате». Следует сразу оговориться, что термин «дурак» в те годы указывал на наличие явных психических расстройств, но никак не оскорбление. Речь шла об освидетельствовании дворянских детей, которые под всякими предлогами, в том числе ссылками на малоумие от рождения, уклонялись от обучения, в том числе за границей, и государственной службы.

Освидетельствование дворян в Сенате для признания их умалишенными проводилось до 1815 года, после чего оно стало осуществляться в губернских городах. Лишь к началу XIX века функции психиатрического освидетельствования обвиняемых были целиком возложены на врачебные управы. Надо сказать, что Петром Великим был подписан целый ряд документов, так или иначе касающихся вопросов в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами.

В первое десятилетие XIX века для государственной власти стало ясно, что к решению вопроса о судьбе душевнобольных правонарушителей необходимо привлекать врачей. Об этом свидетельствуют Указ императора Александра I от 1801 года «О непридании суду поврежденных в уме людей и учинивших в сем состоянии смертоубийство» и соответствующий Указ Сената от 1815 года, которые определяли обязательное удостоверение «в реальности повреждения в уме» с помощью полиции и Врачебной управы, как условие освобождения от суда и помещения в дом для умалишенных.

Одновременно все более благоустраивались «дома для сумасшедших», которые постепенно трансформировались в психиатрические лечебницы. В них появились врачи и специально обученный персонал. В это же время были сформулированы правила отношения к психически больным, а для их обеспечения в лечебницах для умалишенных вводилась должность «попечителя по нравственной части».

Поскольку состояние домов для умалишенных Приказа общественного призрения было недостаточно удовлетворительным, в них не хватало врачей-психиатров, император Николай I назначил особый комитет для переустройства дела об их попечении. И в 1835 году Указом Государственного Совета впервые был установлен порядок, по своей сути, судебно-психиатрического освидетельствования психически больных, совершивших убийство или покушение на убийство. По этому Указу судебно-психиатрическое освидетельствование производилось во врачебных управах в соответствии со специальными правилами, составленными Медицинским советом. Правонарушители, признанные душевнобольными, направлялись в дома для умалишенных. Если в течение двух лет у больного не было замечено никаких признаков болезни, он мог быть выписан из больницы, и ему могла быть возвращена собственность, находившаяся под опекой в период его лечения. Этот Указ касался только лиц высшего сословия, освидетельствование крепостных и простолюдинов было впервые введено только через 10 лет, т.е. в 1845 году.

В 1860-х гг. в период земских и судебных реформ в судебные уставы и в гласное судопроизводство в ряде судебных процессов было введено участие психиатров-экспертов. Применение новых законов, установивших ограничение гражданской правоспособности психически больных и непривлечение их к ответственности за совершенные правонарушения, полностью узаконило потребность в судебно-психиатрической экспертизе. В 1891 году Московское юридическое общество на специальном заседании рекомендовало участие врача-эксперта в предварительном следствии и в судебном заседании с правом присутствия на допросе как свидетеля, так и участия в нем. Тогда же стали разрабатываться теоретические положения концепции невменяемости, организации и принципов судебно-психиатрической оценки лиц с психическими расстройствами. На рубеже XIX-XX веков, врачи стали научно разрабатывать и внедрять организацию и методы судебно-психиатрической экспертизы в практику. В этом принимали участие крупнейшие русские психиатры-клиницисты, надо отдать должное, знать и помнить российских ученых, внесших огромный вклад в развитие отечественной судебной психиатрии:

- Константиновский Иван Васильевич – автор уникальной монографии «Русское законодательство об умалишенных…»,

- Кандинский Виктор Xрисанфович – ему принадлежит авторство не только по клиническим монографиям (например, «О псевдогаллюцинациях»), но и научный сборник «К вопросу о невменяемости»,

- Балинский Иван Михайлович, Корсаков Сергей Сергеевич – основатели фундаментальности российской психиатрии, выдающиеся судебные психиатры, уже тогда выступали на судебных процессах в качестве экспертов-психиатров.

Конец XIX и начало XX веков характеризовались бурными международными дискуссиями юристов и психиатров, с активным участием России, и в 1903 году в Уголовном уложении появляется Формула невменяемости: «Не вменяется в вину преступное деяние, учиненное лицом, которое во время учинения не могло понимать свойства и значения им совершаемого или руководить своими поступками вследствие болезненного расстройства душевной деятельности или бессознательного состояния, или же умственного неразвития, происшедшего от телесного недостатка или болезни», и это было по своей сути научно-практическим прорывом.

Особое, ведущее в ряду основоположников отечественной судебной психиатрии по праву отведено профессору Владимиру Петровичу Сербскому.

|  |  |
| --- | --- |
| «За почти 30 лет моего служения психиатрии я всегда считал своим нравственным долгом отстаивать всеми доступными мне средствами права и интересы душевнобольных». | Сербский  Владимир Петрович |

В его многочисленных научных трудах были разработаны общетеоретические вопросы судебно-психиатрической экспертизы лиц с психическими расстройствами, сформулированы основные принципы определения вменяемости-невменяемости правонарушителей с психическими расстройствами. В.П.Сербский участвовал во многих сложных и ответственных судебно-психиатрических экспертизах по делам, вызывавшим большой общественный резонанс, смело отстаивая свое всегда клинически обоснованное мнение. Он был активным участником всех психиатрических и пироговских съездов, выступая с программными докладами по вопросам судебной психиатрии. В 1885 г. им был выпущен двухтомник «Руководства по судебной психопатологии», которое на протяжении многих десятилетий, в том числе первой половины XX века, являлось настольным руководством для психиатров всего мира. В настоящее время его имя носит ведущий Федеральный центр психиатрии – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербсого» Минздрава России.

В 1899 году в Москве, в районе Пречистенки, существовал Центральный полицейский приемный покой для душевнобольных. В 1921 году приемный покой преобразован в Пречистенскую психиатрическую лечебницу для заключённых, и это считается началом Центра судебной психиатрии, который позже стал именоваться имени В.П.Сербского. Инициаторами создания такого учреждения были Народный Комиссариат здравоохранения и органы судопроизводства, что объяснялось введением в тот период в действие законодательных актов, в которых большое внимание уделялось личности правонарушителя, мотивации его поступков и требовало во многих случаях компетентного судебно-психиатрического анализа.

За более чем вековую историю существования официальное название и подчиненность Центра несколько раз менялись, но неизменной оставалась основная направленность деятельности – разработка научных основ судебной психиатрии, проведение наиболее сложных судебно-психиатрических экспертиз, методическая помощь регионам по вопросам судебно-психиатрической экспертизы, применения принудительных мер медицинского характера (принудительного лечения) и пенитенциарной психиатрии. И все эти годы Центр носит имя одного из основателей русской школы судебных психиатров, профессора Владимира Петровича Сербского.

С Центром связана деятельность многих выдающихся, известных психиатров, ученых и практиков, психиатров-криминалистов, психиатров-организаторов судебной психиатрии, это авторы учебников и фундаментальных монографий. В новейшей истории судебной психиатрии, необходимо отметить практически всех научных работников Центра Сербского, работавших ранее и работающих в настоящее время. Без преувеличения, это – элита российской судебной психиатрии!

Ориентировочно с конца 80-х годов прошлого столетия начался период особого развития Центра, и это неразрывно связывают с деятельностью Т.Б.Дмитриевой (советский и российский ученый, государственный деятель, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, в течении 20 лет (1990-2010) директор Центра Сербского, в этот же период в течении 2-х лет (1996-1998) Министр здравоохранения РФ и ведущий эксперт ВОЗ. Под руководством Т.Б.Дмитриевой, наряду с усовершенствованием системы судебно-психиатрической экспертизы, разработкой теоретических и клинических вопросов судебной психиатрии, впервые обращено должное внимание и стали развиваться проблемы социальной, биологической психиатрии, проводиться дни открытых дверей, она стала основателем становления новой роли Центра. Если ранее Центр был центром судебной психиатрии (как и было обозначено в его названии), то изменения пришли не только в название, но и в профиль деятельности: «Центр социальной и судебной психиатрии». Стало развиваться взаимоотношение с субъектами РФ, сотрудники Центра систематически стали оказывали выездную организационно-методическую помощь психиатрическим больницам, ежегодно проводились рабочие совещания в регионах РФ с участием суда, подразделений прокуратуры, ФСИН и МВД, для судебных психиатров организовывались и проводились циклы усовершенствования.

В данном учебном пособии умышленно не персонифицируются заслуги каждого, они в открытом доступе, с ними можно познакомиться подробно и обстоятельно, это действительно выдающиеся судебные психиатры. Но надо помнить и знать, что работать им пришлось в достаточно сложный советский период, когда отдельные ученые становились сторонниками не признанной в мировой психиатрии, получившей распространение лишь в СССР и некоторых других восточноевропейских странах концепции вялотекущей шизофрении, которая широко использовалась в советской репрессивной психиатрии

В судебно-психиатрических экспертизах, направленных против советских диссидентов, нередко и диагностировали вялотекущую шизофрению со всеми вытекающими последствиями, как то – невменяемость, принудительное лечение, как правило в специальных психиатрических больницах (СПБ) системы МВД СССР, и т.п.). Этого из истории не выкинешь, об этом надо знать хотя бы для того, чтобы подобное не повторялось.

Дальнейшее развитие Центра по ранее обозначенным проблемам, в том числе в области нового направления – «психиатрия чрезвычайных ситуаций», также неразрывно связано с деятельностью его руководителей: 2010-2022 Генеральный директор Центра доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН З.И.Кекелидзе, и с 2022 года по настоящее время Генеральный директор Центра доктор медицинских наук С.В.Шпорт.

**ОБЩАЯ И СУДЕБНАЯ ПСИИХАТРИЯ**

Но, возвращаемся к академическому понятию предмета «судебная психиатрия». Общая психиатрия и судебная психиатрия, что общего и в чем различие?

Как мы уже знаем, начало XX века можно считать временем, когда научно-медицинские взгляды на природу помешательства становятся полностью доминирующими и судебная психиатрия обретает вполне современный облик, основы которого продолжают оставаться актуальными и в настоящее время. Это относится к организации судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения психически больных, совершивших уголовно наказуемое деяние.

Предмет включает, помимо медицинских описаний и квалификаций, которые приняты в общей психиатрии, и дополнительную судебно-психиатрическую квалификацию, которая называется судебно-психиатрической оценкой. Например: врачи-психиатры, обследовав обвиняемого, приходят к выводу о том, что он длительное время страдает хроническим психическим расстройством – параноидной шизофренией, соответствующего течения и в форме соответствующего синдрома. В психиатрии такого диагноза бывает достаточно, чтобы решить, или почти решить, о необходимости для пациента психиатрической помощи и способе ее оказания. Для судебного психиатра приведенный диагноз и другие клинические признаки заболевания тоже необходимы, но крайне недостаточны. Судебный психиатр должен использовать дополнительные критерии, которые характеризуют выявленное заболевание. В частности, ответить на вопрос: мог или не мог обвиняемый во время совершения инкриминируемого ему деяния «осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими». Этот критерий, по сути, определяет глубину (тяжесть) поражения психической сферы обвиняемого в степени, которая исключает, или не исключает, его вменяемость и ответственность за содеянное.

Каковы же сходство и различия общей и судебной психиатрии?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Общая психиатрия | Судебная психиатрия |
| Объект | - психически здоровый  - психически больной | - психически здоровый  - психически больной  - лицо, совершившее ООД |
| Предмет | - психическая деятельность  - психические расстройства  - психиатрическое лечение  - медико-социальная  реабилитация | - психическая деятельность  - психические расстройства  - совершенное ООД |
| Право | - Закон «О псих. помощи…»  - Закон «Об основах охраны  здоровья…»  - ведомственные акты МЗ | - УК, УПК, ГК, ГПК, УИК, КоАП  - Закон «Об основах охраны здоровья…»  - Закон «О псих. помощи…»  - Закон «О гос. эксп. деят…»  - ведомственные акты МЗ  - межведомственные акты: МЗ + др. |
| Средства | - медицинские | - медико-юридические:  - СПЭ  - ПММХ |
| Исполнит | - врач-психиатр | - врач-судебно-психиатрический  эксперт  - врач-психиатр |

Критерии судебно-психиатрической оценки могут отражать не только глубину (тяжесть), но и некоторые другие особенности психических расстройств. Например, принудительные меры медицинского характера применяются к невменяемому лишь при условии, что он по своему болезненному состоянию представляет опасность. А так, как психическое расстройство привело, или способствовало ООД, то опасность представляют практически все, ну или за малым исключением.

В этой связи, следует обратить внимание, что в итоговом документе суда при признании подсудимого невменяемым, в пункте № 1 значится «И-ва И.И., обнаруживающего признаки тяжелого хронического психического расстройства … освободить от уголовной ответственности…»и далее по тексту: в пункте № 2: «применить в отношении И-ва И.И. принудительные меры медицинского характера – принудительное лечение в…» и т.д.

Таким образом, что очень важно, принудительное лечение не является наказанием, и не назначается взамен предполагаемого по соответствующей статье УК РФ срока наказания.

При изменении психического состояния принудительные меры медицинского характера подлежат изменению, прекращению, даже если полного излечения не наступило, и гражданин продолжает оставаться психически больным.

В отличие от общепсихиатрических судебно-психиатрические критерии психического расстройства отражают такие его особенности, которые и делают его юридически значимым в уголовном и гражданском судопроизводстве, обусловливают специфические правовые последствия. Так, больной, не способный осознавать значение своих действий или руководить ими, не должен нести за их совершение уголовной ответственности, поскольку его поведение нельзя считать виновным. Свидетель, не способный правильно (адекватно) воспринимать окружающее, не должен допускаться к даче показаний ввиду реальной угрозы получения судом болезненно искаженных, недостоверных сведений, способных негативно сказаться на установлении судебной истины. Критерии психических расстройств, по которым производится их судебно-психиатрическая оценка, либо прямо содержатся в законе (в статьях о невменяемости, гражданской недееспособности и т.п.), либо вытекают из его смысла и характера рассматриваемого судом дела.

Обе медицинские дисциплины, т.е. общую и судебную психиатрию, нельзя как смешивать, так и противопоставлять. Примером их смешения являются суждения, по которым задача судебных психиатров — установить наличие или отсутствие у гражданина психического расстройства, определить, болен данный субъект или здоров. Если гражданин психически болен, то суд, в зависимости от характера дела, принимает соответствующее решение — освобождает больного от уголовной ответственности как невменяемого, или признает недееспособным и прочее.

Для признания гражданина невменяемым, недееспособным, нуждающимся в принудительном лечении или, например, непригодным к определенным видам профессиональной деятельности одних лишь клинических квалификаций, включая медицинский диагноз заболевания, недостаточно. Так, для признания лица невменяемым, кроме установления его психического состояния, нужно также доказать, что именно это лицо совершило деяние, по поводу которого ведется данное уголовное производство. Однако такого рода вопросы в компетенцию судебного психиатра не входят. Сам по себе диагноз психического расстройства, установленный гражданину в процессе психиатрического обследования, не является юридически значимым обстоятельством и не влечет наложения на гражданина никаких правовых ограничений (ч. 3 ст. 5 Закона РФ «О психиатрической помощи…»).

Однако было бы неверным противопоставлять судебную психиатрию общей и говорить о существенных расхождениях между ними. Судебная психиатрия использует весь научный инструментарий, разработанный общей психиатрией в области диагностики и лечения психических расстройств. В общепсихиатрической практике психически больным именуется любое лицо, которому установлен диагноз психического расстройства. Судебный психиатр использует иное понятие психического расстройства — не медицинское, а юридическое. С точки зрения гражданского права, например, психически больным является лицо, признанное судом недееспособным. Лицо же, в отношении которого такого решения нет, хотя и обнаруживает признаки психического расстройства, юридически считается психически здоровым. Суть данного положения состоит в том, что не всякое психическое расстройство способно иметь юридическое значение и влечь правовые последствия.

Вот почему следует различать психические расстройства, имеющие значение для установления виновности подэкспертного, дееспособности гражданина, и психические расстройства, не влияющие на субъективную сторону преступления или отбытие наказания. Многие граждане, страдающие психическими расстройствами и, следовательно, не могущие считаться психически здоровыми, не утрачивают способности к самостоятельному совершению юридических действий. Они могут нести уголовную ответственность и отбывать наказание, совершать сделки, исполнять свои профессиональные обязанности, давать показания в суде. Таким образом, общая психиатрия и ее прикладная отрасль — судебная психиатрия являются науками о психических расстройствах.

Различаются обе медицинские дисциплины прежде всего по целям, с которыми они изучают названные расстройства. Для общей психиатрии это оказание психиатрической помощи больным, а для судебной — установление психического состояния испытуемого и оказание содействия правосудию в решении главной проблемы, которая возникает в ходе судебно-следственных действий: преступник или психически больной совершил те или иные противоправные действия, суд и следствие имеет ли оно дело с преступником или психически больным человеком. Ведь с точки зрения законодательства и права психически больной человек, совершивший общественно опасное деяние, не считается преступником, и к нему не применяются карательно-воспитательное воздействие. Однако такое лицо нуждается в принудительных мерах медицинского характера. Именно это и определило практическую задачу судебной психиатрии: выявить у субъекта исследования психические расстройства до и во время деяния (ретроспективно), и в период экспертизы (при обследовании), изучить и оценить их применительно к правовым нормам отечественного правосудия и здравоохранения.

Практически это означает, что судебная психиатрия обязана:

1. Осуществлять судебно-психиатрическую экспертизу при вынесении вопроса о невменяемости лиц, привлекаемых к уголовной ответственности и вызывающих сомнение в их психическом здоровье.

2. Давать экспертные заключения о недееспособности психически больных людей в гражданском судебном процессе.

3. Определять процессуальную дееспособность и (в необходимых случаях) психическое состояние подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, потерпевших, свидетелей, истцов и ответчиков в уголовном и гражданском процессах.

4. Предупреждать общественно опасные действия психических больных (лечением, наблюдением, реабилитацией и т.д.), в том числе путем выбора принудительных мер медицинского характера.

5. Оказывать помощь (в ряде случаев) в определении следственных действий (планировании расследования, выдвижении версии и т.п.) и методики расследования при отдельных видах правонарушений. Следует еще раз подчеркнуть, что цель и задачи судебной психиатрии определили ее основные разделы. Они следующие:

- судебно-психиатрическая экспертиза;

- определение и организация принудительных мер медицинского

характера;

- методическая помощь социальной психиатрии (пенитенциарной

психиатрии) в организации психиатрической помощи.

Для выполнения поставленной перед судебной психиатрией целью и задач, она тесно взаимодействует как с юридическими науками (криминалистикой, криминологией, теорией оперативно-розыскной деятельности, уголовным, гражданским и исправительно-трудовым правом и др.), так и общественными науками (философией, социологией, психологией, педагогикой, логикой, этикой), но главным образом с медицинскими науками (клинической психиатрией, судебной медициной и биологией, медицинской психологией, неврологией, терапией и многими другими).

Таким образом, при необходимость судебно-психиатрической оценки психического здоровья людей, актуализируются такие понятия как субъект, предмет, цель, задачи и особенности судебной психиатрии.

По аналогии с отраслевыми юридическими науками судебная психиатрия структурно может быть представлена в виде двух взаимосвязанных частей – Общей и Особенной. Общая часть включает изучение таких вопросов, как предмет и задачи судебной психиатрии, правовые и организационные формы проведения судебно-психиатрической экспертизы, проблемы невменяемости, ограниченной вменяемости, судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших и т.д. Конкретные виды психических расстройств, их симптоматика изучается в Особенной части судебной психиатрии. Основным методом обследования психически больных остается клинический метод с четким и обоснованным психопатологическим анализом состояния обследуемого.

**ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ**

Так, чем же, вернее, каким документами руководствуется и регулируется судебная психиатрия? И оказывается, чтобы ее познать, и профессионально ею владеть, одного медицинского образования, точнее компетентности в медицинских (психиатрических) вопросах недостаточно. Это не значит, что без юридического образования не обойтись, но самостоятельно изучить и твердо знать соответствующие разделы юриспруденции очень даже желательно.

Судебная психиатрия руководствуется двумя основными группами законов РФ, которые условно можно разделить на:

«непрофессиональные» законы

- Уголовный кодекс

- Уголовно-процессуальный кодекс

- Гражданский кодекс

- Гражданско-процессуальный

- Кодекс об административных правонарушениях

- Семейный кодекс

- Кодекс административного судопроизводства

и «профессиональные» законы

- ФЗ от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан

в Российской Федерации»

- Закон РФ от 02.07.1992 года № 3185-1 «О психиатрической

помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

- ФЗ от 31.05.2001 года «О государственной судебно-экспертной

деятельности в Российской Федерации»

- ФЗ от 07.05.2009 года № 92 «Об обеспечении охраны

психиатрических больниц (стационаров) специализированного

типа с интенсивным наблюдением»

Существует единая формулировка для всех судебных экспертиз.

«Судебная экспертиза – процессуальное действие, состоящее из проведения исследований и дачи заключения экспертом по вопросам, разрешение которых требует специальных знаний в области науки, техники, искусства или ремесла, и которые поставлены перед экспертом судом, следователем, дознавателем, в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу»

Вне всяких сомнений, врач-психиатр, работая в практическом здравоохранении, из направлений судебной психиатрии, с большой долей вероятности, столкнется с необходимостью применения принудительных мер медицинского характера – принудительным лечением. Но выхватить его из общего контекста – значит ограничиться и преподнести непоследовательный и неполноценный по своему объему материал. Поэтому образовательная программа предусматривает формирование элементарных познаний в области судебно-психиатрической экспертизы, т.к. именно с нее начинается судебная психиатрия, именно на СПЭ формулируется экспертное заключение, которое в последующем рассматривается следствием, судом, и делаются соответствующие выводы. А уже следующим логичным этапом, при соответствующих обстоятельствах, судом могут быть применены принудительные меры медицинского характера – принудительное лечение. Далее, в указанной последовательности.

**СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Из перечня законов, регулирующих судебно-психиатрическую экспертизу следует, что СПЭ проводится в основном по уголовным и гражданским делам, востребованность по административным делам крайне низкая, поэтому подробно рассматривать их не будем. Итак, судебно-психиатрическая экспертиза – это вид судебной экспертизы, проводимый с использований специальных знаний в области психиатрии.

Для уточнения по данному разделу, поставим перед собой вопросы и ответим на них. Итак, какие существуют виды экспертиз?

- амбулаторная (основной вид СПЭ)

- стационарная

- однородная судебно-психиатрическая экспертиза

- комплексная психолого-психиатрическая

- комплексная сексолого-психиатрическая

- особые виды СПЭ (посмертная, заочная и другие)

Все виды экспертиз, как правило, проводятся комиссионно, т.е. не менее 2-х экспертов, соответственно комплексная не менее 3-х экспертов

Где производится СПЭ?

- по уголовным делам – в государственных судебно-психиатрических

экспертных учреждениях (ГСПЭУ)

- по гражданским делам – в государственных судебно-психиатрических

экспертных учреждениях (ГСПЭУ) и в медицинских организациях

(МО), при наличии лицензии на данные экспертизы (Распоряжение

Правительства РФ от 16.12.2021 № 3214-р)

- экспертизы также могу проводиться в кабинете следователя и в

судебном заседании

В отношении кого проводится СПЭ?

- обвиняемый

- подозреваемый

- свидетель

- потерпевший

- гражданский истец или ответчик

Кто допущен к производству СПЭ?

- исключительно врачи-судебно-психиатрические эксперты

- психологи и сексологи (прошедшие подготовку и работающие в судебно-экспертных учреждениях)

Назначают СПЭ исключительно органы дознания, следствия и суд.

Таким образом, гражданин лишен возможности без назначения ему экспертизы обратиться в ГСПЭУ, иную МО и потребовать проведения экспертизы.

В Российской Федерации подавляющее большинство СПЭ проводится в государственных учреждениях психиатрического профиля, где судебно-психиатрические функции выполняют судебно-психиатрические экспертные отделения (далее — СПЭО), вследствие чего, имеющие их в своей структуре государственные учреждения (психиатрические больницы и диспансеры) приравниваются к статусу ГСПЭУ. Типичное ГСПЭУ – Центр Сербского, и совокупность государственных ГСПЭУ, составляют государственную судебно-экспертную службу страны. В настоящее время судебно-психиатрическая экспертная служба России организована и функционирует во всех 85-ти субъектах РФ, более чем в 130 медицинских организациях, более 1100 должностей занято врачами-судебно-психиатрическими экспертами (не считая сексологов и психологов). Модель государственного судебно-психиатрического экспертного учреждения субъекта РФ выглядит следующим образом:

**РЕГИОНАЛЬНОЕ ГСПЭУ**

ОТДЕЛЕНИЕ АМБУЛАТОРНЫХ СУДЕБНО-ПСИИХАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

ОТДЕЛЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ДЛЯ ЛИЦ, НЕ СОДЕРЖАЩИХСЯ ПОД СТРАЖЕЙ

ОТДЕЛЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ДЛЯ ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ ПОД СТРАЖЕЙ

В идеале, в каждом субъекте РФ должна быть реализована указанная модель. Возможно, в немногочисленных по населению субъектах, будет нерентабельно открывать и содержать полноценные стационарные отделения. Вопрос предлагается решить за счет создания межобластных отделений и центров, но тут же встает проблема финансирования и законодательная вилка: экспертные отделения не являются лечебными, и здравоохранению нужны, но не так как судам и следствию; суды и следствие являются монопольными заказчиками экспертиз, но строки финансирования на функционирование ГСПЭУ в их бюджете нет. Эта проблема общегосударственная, решается и будет решаться на государственном уровне.

Итак, для производства стационарной СПЭ при психиатрических учреждениях открываются специализированные судебно-психиатрические стационарные отделения, отдельно для лиц, содержащихся под стражей «стражные» отделения), и лиц, не содержащихся под стражей («бесстражные» отделения). В «стражных» отделениях должна быть немедицинская служба охраны и обеспечения безопасности и действовать правовые ограничения, которые предусмотрены законодательством о заключении под стражу. Пребывание в этих отделениях лиц, не заключенных под стражу, так же, как и арестованных в «бесстражном» отделении, запрещено. Организация «стражных» и «бесстражных» стационарных отделений предусмотрена Федеральным законом от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

В отличие от стационарных, амбулаторные отделения СПЭ не подразделяются на «стражные» и «бесстражные». Работающие в этих отделениях эксперты проводят экспертизы в отношении всех лиц, которые направлены на амбулаторную экспертизу.

Государственные СПЭУ (отделения) находятся в ведении органов управления здравоохранением субъектов РФ, которые принимают решение об организации или закрытии в психиатрическом учреждении судебно-психиатрического отделения. Работа СПЭУ организована по зонально-территориальному принципу, согласно которому экспертное учреждение обслуживает органы предварительного следствия или суды на определенной территории. Поручение СПЭ другому СПЭУ (отделению), которое не обслуживает правоохранительные органы данной территории, возможно только в порядке исключения при наличии на то объективных причин.

Ведущим в системе государственных СПЭУ России является Центр Сербского, который осуществляет функции практического экспертного учреждения, проводя СПЭ, а также выполняет роль научно-методического центра по основным направлениям судебной психиатрии.

Рассмотрим задачи, которые необходимо решать судебно-психиатрическим экспертизам, при этом выделяют 2 основных раздела.

1. Задачи судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе:

- определение невменяемости, вменяемости либо ограниченной вменяемости обвиняемых, подозреваемых или подсудимых;

- рекомендации о мерах медицинского характера в отношении лиц, признанных невменяемыми;

- установление возможности производства по делу в случаях возникновения психического расстройства у обвиняемого после привлечения к уголовной ответственности;

- определение о возможности участвовать в судебно-следственных действиях и давать показания потерпевших (в отдельных случаях – свидетелей);

- выяснение вопроса о «беспомощном состоянии» потерпевших.

2. Задачи судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе:

- определение недееспособности либо дееспособности лица и учреждении опеки над ним;

- установление недействительности сделки, совершенной лицом с психическим расстройством;

- в семейном праве определение недействительности брака, возможности воспитания детей лицами с психическими расстройствами;

- установление недействительности завещания, составленного лицом с психическим расстройством;

- выяснения вопросов, связанных с правовыми отношениями граждан с психическими расстройствами.

Из общеорганизационных моментов надо знать, что судебно-психиатрическая экспертиза, как и все другие экспертизы могу быть:

- первичные – собственно сама стандартная экспертиза;

- повторные – орган, назначивший экспертизу не согласен с результатами экспертизы и назначается повторная СПЭ;

- дополнительные – в том случае, когда появились дополнительные данные, подлежащие экспертизе.

Решая индивидуально вопрос о необходимости назначения и производства СПЭ, необходимо исходить из общего требования закона о назначении СПЭ всегда, когда для правильного разрешения судебного дела необходимы специальные исследования. Условно основания подразделяются на так сказать обязательные и общие.

Основания для обязательного назначения СПЭ (ст. 196 УПК, ст. 283 ГПК):

1. сомнение во вменяемости или в способности подозреваемого, обвиняемого самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе;
2. сомнение в способности потерпевшего правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;
3. установить психическое состояние подозреваемого, обвиняемого в совершении в возрасте старше восемнадцати лет преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего возраста четырнадцати лет, для решения вопроса о наличии или об отсутствии у него расстройства сексуального предпочтения (педофилии);
4. признание гражданина недееспособным (ст. 283 ГПК).

Общие основания для назначения СПЭ:

1. наличие данных о том, что лицу в прошлом оказывалась психиатрическая или наркологическая помощь (диагностировалось психическое расстройство, оказывалась амбулаторная психиатрическая помощь, лицо помещалось в психиатрический стационар, признавалось невменяемым по другому уголовному делу, негодным к военной службе по состоянию психического здоровья и т.п.);
2. обучение в учреждении для лиц с задержкой или отставанием в психическом развитии;
3. сведения о перенесенных черепно-мозговых травмах, тяжелых инфекционных и иных заболеваниях, протекавших с психическими расстройствами;
4. странности в поступках и высказываниях лица, которые могут свидетельствовать о наличии у него психического расстройства, его собственные высказывания об испытываемых им болезненных (психопатологических) переживаниях и др.;
5. особенности поведения лица во время судебно-следственных действий (необычные высказывания, немотивированный отказ отвечать на вопросы, рассеянность или неоправданная веселость, бессмысленные поступки во время допросов (NB! Симуляция психических расстройств – основание для назначения СПЭ);
6. указания на наличие у лица психических расстройств или неадекватного поведения в прошлом со слов свидетелей;
7. кажущаяся безмотивность и неадекватность юридически значимых действий, противоречие между совершенным действием и личностью обвиняемого, иногда необычная жестокость.

Обязательность проведения СПЭ по данным обстоятельствам означает, что перечисленные в законе обстоятельства не считаются доказанными, если СПЭ не проведена. Нельзя признать лицо невменяемым или недееспособным без установления у него психического расстройства в аспекте его влияния на процессуально-релевантные способности (юридический критерий вменяемости и недееспособности), что невозможно установить без участия эксперта-психиатра.

В УК РФ (статья 21) сформулировано понятие невменяемости: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия, либо иного болезненного состояния психики». Из чего следуют 4 причины, одну из которых врачам-экспертам предстоит подтвердить или опровергнуть, и по которым лицо может быть признано судом невменяемым:

- хроническое психическое расстройство,

- временное психическое расстройство

- слабоумие,

- иное болезненное состояние психики.

Перечень исчерпывающий.

Порядок организации экспертной деятельности СПЭУ и отделений определяется ведомственными нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации. Ныне действует Порядок проведения СПЭ, это приказ МЗ РФ от 12.01.2017 года № 3н «Об утверждении Прядка проведения судебно-психиатрической экспертизы». Из данного Порядка следует, что производство СПЭ включает в себя три этапа

1-й этап: установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности;

2-й этап: судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов;

3-й этап: подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом, судьей, лицом, производящим дознание, следователем.

Из чего следует, что 1-й и 2-й этапы – это обыкновенная клиника (анамнез, катамнез, исследования, в т.ч. психологическое, если требуется – сексологическое и т.д.) т.е. то, чем повседневно занимаются врачи-психиатры, и только 3-й этап существенно отличается. На это даже регламентированы вполне разумные сроки. Так, на 1-й и 2-й этапы в стационарной СПЭ отводится не более 30 суток, возможно процессуальное и обоснованное продление, но есть ограничение: в любом случае стационарная СПЭ не более 90 суток.

Для амбулаторной СПЭ и стационарной СПЭ заключение составляется не позднее 10 рабочих дней после окончания 1-го и 2-го этапов (для АСПЭ как правило заканчиваются в первый же день освидетельствования, если нет дискуссий).

Для наглядности – пример из практики, краткое заключение СПЭ по уголовному делу, по стандартным вопросам: «Страдает ли…?», «Чем страдает…?», «Мог ли осознавать…?»

Итак, *«…на основании изложенного комиссия приходит к заключению, что гражданин А. страдает хроническим психическим расстройством в форме параноидной шизофрении. Об этом свидетельствуют анамнестические сведения о появлении у испытуемого с 15-ти летнего возраста типичных для шизофренического процесса спонтанных аффективных нарушений, слуховых расстройств восприятия, бредовых идей отношения, преследования, физического воздействия с присоединением в последующем нарастающих негативных изменений психики в виде замкнутости, обособленности, подозрительности, что обусловливало его неадекватное поведение, социальную дезадаптацию и являлось причиной неоднократных госпитализаций испытуемого в психиатрические стационары с диагнозом «шизофрения». Вышеуказанное заключение подтверждается также выявлением у испытуемого при настоящем клиническом психиатрическом обследовании характерных для шизофренического процесса негативных изменений психики в виде нарушений мышления (склонность к рассуждательству, снижения целенаправленности суждений, соскальзывания, паралогичность), изменений в эмоционально-волевой сфере (парадоксальность, неадекватность эмоциональных реакций, амбивалентность, апатичность) в сочетании с бредовой настроенностью, нарушением критических способностей. Поэтому, гражданин А., как страдающий указанным хроническим психическим расстройством, в момент совершения инкриминируемого ему деяния не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими».*

Следует обратить внимание, что термин «вменяемость» отсутствует, это исключительная прерогатива суда, текст не изобилует непонятными медицинскими терминами, а если эксперты без них не могут обойтись, то тут же должны дать расшифровку. Далее следует доказательный ответ на вопрос нуждается ли в применении принудительных мер медицинского характера, и обоснование каких конкретно: (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение, принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа, принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа, принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением).

В отдельных случаях подэкспертный не нуждается в применении принудительных мер медицинского характера, и будет достаточно стационарного лечения на общих основаниях, или продолжения обычного диспансерного наблюдения, которое, как известно, проводится амбулаторно.

Заключение комиссии врачей СПЭ должно основываться на общем принципе необходимости и достаточности,рекомендуемой для применения судом меры для предотвращения новых опасных действий со стороны пациента, а также для проведения показанных ему лечебно-реабилитационных мероприятий. В этом вопросе между собой всего конкурируют 2 критерия: медицинский и юридический.

Рассмотрим импровизированный наглядный пример.

*Лицо с умственной отсталостью увидел в общественном месте лежащую сумку с пачками денег, присваивает ее, т.е. совершает открытое хищение, радостный бежит к родителям с «добычей», но задерживается полицией.*

Юридический критерий – хищение в особо крупном размере, опасен для общества.

Медицинский критерий – особой опасности не представляет.

*Лицо, страдающее шизофренией с дефектом личности, провоцирует драку с соседом, наносит телесные повреждения без вреда для здоровья.*

Юридический критерий – возможны варианты: примирение сторон, административное наказание, условное наказание

Медицинский критерий– преступление против личности по болезненным мотивам относится к тяжелым общественно-опасным деяниям.

Кроме необходимости и достаточности, разумного соотношения медицинского и юридического критериев, при выборе рекомендуемых принудительных мер медицинского характера следует учитывать ряд клинико-психопатологических и социально-психологических признаков, взаимодействие которых может привести к формированию психопатологического механизма ООД.

Так чем же руководствуются врачи СПЭ, что заставляет их принимать то, или иное решение в отношении пациента, с которым в будущем будут работать врач-психиатры в период принудительного лечения и после его окончания?

К клинико-психопатологическим факторам риска совершения ООД относятся преимущественно следующие формы психической патологии:

- личностные расстройства, или, иначе говоря, психопатоподобные синдромы с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений (в том числе гебоидный синдром);

- бредовые идеи определенного содержания, особенно направленные против конкретных лиц или организаций (персонифицированные) и сопровождающиеся аффективной напряженностью (прежде всего идеи ревности, преследования, сексуального воздействия и т.п.);  
- периодические и пароксизмальные психотические состояния, сопровождающиеся агрессивностью и имеющие тенденцию к частому возникновению;

- депрессивные состояния с бредом самообвинения (риск совершения ООД по механизму «расширенного самоубийства»);

- маниакальные и гипоманиакальные состояния с общей расторможенностью и псевдопредприимчивостью.

При различных психопатологических состояниях риск совершения ООД увеличивают также следующие факторы:

- проявления социальной дезадаптации в виде отсутствия работы и трудовой занятости, материальной необеспеченности, жилищно-бытовой неустроенности (особенно отсутствие постоянного места жительства), семейного неблагополучия, подверженности влиянию со стороны других лиц;

- склонность к систематическому употреблению алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих психоактивных веществ;

- повторность совершения общественно опасных деяний (как до, так и после начала психических расстройств);

- нарушения больничного режима при прежних госпитализациях в психиатрические стационары.

Следует особо отметить вопросы, где судебно-психиатрическая экспертиза и принудительное лечение очень тесно взаимодействуют, это критерии для применения принудительных мер медицинского характера. Этими критериями руководствуются врачи-судебно-психиатрические эксперты при выборе рекомендуемого вида применения ПММХ, этими же критериями руководствуются и врачи-психиатры при комиссионном рассмотрении вопроса изменения или отмены принудительных мер медицинского характера, и это обеспечивает единство методологического подхода в обоих направлениях деятельности.

СПЭ состоялась, экспертами проведены исследования в соответствии с Законом и требованиями Порядка, учтено все. И чем же завершается экспертиза, если в отношении подэкспертного вынесено экспертное решение «не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими», и он опасен для окружающих или самого себя, т.е., по сути, невменяемого? А завершается обоснованными рекомендациями применения принудительных мер медицинского характера (их всего 4), либо также обоснованными рекомендациями их неприменения.

**ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА**

Итак, рекомендуемые врачами-судебно-психиатрическими экспертами принудительные меры медицинского характера – принудительное лечение (представляется от самого высокого уровня безопасности до самого простого, с приведением среднестатистических данных по РФ за 2010-2020 г.г.):

1. принудительное лечение в психиатрической больнице (стационаре) специализированного типа с интенсивным наблюдением,

(данный вид принудительного лечения, из признанных невменяемыми, рекомендовался экспертами в 4% случаев)

1. принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) специализированного типа,

(данный вид принудительного лечения, из признанных невменяемыми, рекомендовался экспертами в 24% случаев)

1. принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) общего типа

(данный вид принудительного лечения, из признанных невменяемыми, рекомендовался экспертами в 55% случаев)

1. амбулаторное принудительное наблюдение и лечение

(данный вид принудительного лечения, из признанных невменяемыми, рекомендовался экспертами в 14,5% случаев)

Кроме того, в 2,5% случаев принудительные меря медицинского характера не рекомендовались, а рекомендовалось наблюдение или лечение на общих основаниях.

Раздел «принудительные меры медицинского характера» для клинических ординаторов, обучающихся по специальности «психиатрия», более значим, т.к. в последующем, работая в практическом здравоохранении, врач-психиатр неминуемо столкнется с принудительным лечением в той или иной степени.

Принудительные меры медицинского характера – меры государственного принуждения, как правило, являющиеся разновидностью иных мер уголовно-правового характера и реализуются исключительно судом в отношении к лицам, страдающим психическими расстройствами и совершившим общественно-опасные деяния.

Принудительные меры медицинского характера не являются видом наказания и не признаются формой реализации уголовной ответственности. Основной целью данных мер является излечение или улучшение состояния здоровья лица и устранение его опасности для себя и для окружающих.

Между понятиями «недобровольные психиатрические меры» и «принудительные меры медицинского характера» (последние включают в себя принудительное психиатрическое лечение) есть существенные юридические различия. Принудительное психиатрическое лечение обычно осуществляется по отношению к лицам, совершившим общественно опасные деяния, в случае же недобровольных мер (недобровольная госпитализация) это условие необязательно.

Особо следует подчеркнуть и запомнить, что принудительные меры медицинского характера назначаются, изменяются и отменяются только судом! И еще важный момент: наказание предполагает определенный срок, но т.к. принудительно лечение не является наказанием, то срок лечения судом не назначается; суд может изменить или отменить ПЛ по представлению комиссии врачей-психиатров.

Если для СПЭ есть свой Закон – «О государственной судебно-экспертной деятельности» от 2001 года, есть Порядок проведения именно СПЭ от 2017 года, то применение принудительных мер медицинского характера трактуется и регулируется непосредственно УК РФ, что необходимо рассмотреть более детально.

Статья 97 «Основания применения принудительных мер медицинского характера» определяет, что ПММХ могут быть назначены судом лицам:

- совершившим деяния, предусмотренные УК РФ в состоянии невменяемости;

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

- совершившим преступление и страдающим психическим расстройствами, не исключающими вменяемости, или, проще говоря, в состоянии ограниченной вменяемости;

- совершившим преступления и признанными нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании.

В этой же статье указывается и уточняется, что:

- принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо опасностью для себя или других лиц;

- в отношении лиц, не представляющих опасности по своему психическому состоянию, суд может передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса лечения этих лиц, или направления их в психоневрологические учреждения социальной защиты;

- и то, что порядок исполнения ПММХ определяется уголовно-исполнительным законодательством РФ.

Статья 98 «Цели применения принудительных мер медицинского характера»

Целями применения ПММХ являются излечение лиц, или улучшения их психического состояния, до состояния при котором он становится не опасным для себя или окружающих, а также целью является предупреждение совершения ими новых деяний предусмотренных УК РФ

Статья 99 «Виды принудительных мер медицинского характера»

Суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:

- амбулаторное 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, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении от алкоголизма, наркомании, либо в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить ПММХ в виде АПНЛ у психиатра, т.е. наказание + АПНЛ.

Статья 100 «Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра»

АПНЛ у психиатра может быть назначено, если есть основания по рассмотренной ранее статье 97 («основания для применения ПММХ») и, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар.

Рекомендация АПНЛ может быть как первичная мера, это в случае когда ООД совершено в состоянии временного или психотического обострения психического расстройства, которое к настоящему времени прошло и его повторение маловероятно; либо как очередная, или завершающая мера, в порядке изменения формы принудительного лечения (перевод из ПЛ в стационаре общего типа на АПНЛ). Например, с такими, но не обязательными вариантами формулировок:

- для первичных: «…поскольку временное расстройство (психотический приступ, фаза, пароксизм), во время которого совершено ООД, в настоящее время полностью прошло, пациент не нуждается в лечении в психиатрическом стационаре, однако перенесенное в прошлом инфекционное (травматическое, сосудистое) поражение головного мозга и резидуальная неврологическая симптоматика не позволяют полностью исключить возможности повторения подобных состояний, пациент нуждается в АПНЛ у психиатра»;

- в случае изменения формы ПЛ:«…достигнуто стойкое улучшение психического состояния пациента, продуктивная психотическая симптоматика отсутствует, поведение упорядоченное, наличие социально приемлемых и реальных планов на будущее, – все это делает пациента не опасным для окружающих. Однако, данные о неустойчивости его социальной адаптации в прошлом говорят о необходимости контроля и поддержки со стороны ПНД (или психкабинета поликлиники), а также продолжения медикаментозной терапии, в связи с чем пациент нуждается в АПНЛ у психиатра».

И в отношении о 2,5% неприменения ПММХ. Это не просто желание пациентов или мнение экспертов, как и везде в экспертизе, необходимо соответствующее обоснование, например, что ООД совершено либо в результате временного расстройства психической деятельности без тенденций к повторению, либо явилось результатом отсутствия психиатрической помощи при пассивности и беспомощности пациента (например: тяжелая умственная отсталость, практически беспомощность, и если такой пациент, будучи голодным, следуя инстинктивному удовлетворению витальной потребности, схватил что-то с прилавка и съел, то какая тут опасность для общества? Соответствующий уход, наблюдение и данного общественно-опасного деяния не было бы).

И в подобных случаях практикуются рекомендации:

- может быть направлен в ПБ для лечения на общих основаниях,

- может быть передан по наблюдение ПНД с решением вопроса о направлении в психоневрологическое учреждение социального обеспечения (ПНИ).

Статья 101 «принудительное лечение в психиатрическом стационаре»

1. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре может быть назначено, если есть основания по ранее рассмотренной статье 97 («основания для применения ПММХ»), если характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре.

2. Принудительное лечение в стационаре общего типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в стационарном лечении и наблюдении, но не требует интенсивного наблюдения (как правило назначается больным, совершившим общественно опасные деяния в психотическим состоянии, при вероятности повторения психоза и недостаточной критики, а также больным с слабоумием или психическим дефектом, если первично, и нет грубых нарушений режимов).

При этом необходимо уточнить, что совершенное пациентом ООД, либо обусловлено выраженным психическим расстройством (например - обострением), которое является курабельным и преходящим, либо связано с внешними неблагоприятными обстоятельствами, что у пациента нет тенденций к грубым нарушениям больничного режима и стойких асоциальных установок, но отсутствие достаточно критического отношения к своему болезненному состоянию не позволяет рассчитывать на добровольное проведение показанных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Это может быть как первично рекомендованная форма ПЛ, так и этапом изменений ПММХ, как в сторону их усиления, так и в сторону послабления.

3. Принудительное лечение в стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения (пациент представляет опасность из-за склонности к повторным ООД, это – личностные расстройства, которые ранее именовались как психопатоподобные, выраженные проявления дефекта личности. Здесь штат персонала должен быть увеличен, продекларирована наружная охрана, которая фактически не предусмотрена, и норматива по этому поводу пока нет).

Тем не менее в данном случает необходимо показать, что пациент хотя и не представляет особой опасности для общества, но в силу психических нарушений, носящих стойкий или рецидивирующий характер, обнаруживает тенденцию к асоциальному образу жизни, повторным ООД и внутрибольничным нарушениям, требующим специально организованного режима.

Это также может быть как первично рекомендованная форма ПЛ, так и этапом изменений ПММХ, как в сторону их усиления, так и в сторону послабления.

4. Принудительное лечение в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения (это тяжкие деяния, неоднократные совершения ООД, нападения и побеги при ПЛ, неблагоприятный реабилитационный прогноз и т.п.).

В данном случает необходимо показать, что пациент в силу тяжести совершенного деяния, его повторности (или многократности), либо грубых расстройств поведения, препятствующих проведению необходимых лечебно-реабилитационных мероприятий, представляет особую опасность для общества.

Как следует из изложенного, для каждого вида принудительного лечения фактически существует несколько критериев (медицинский, юридический, социальный и т.д.), которые необходимо учитывать, и субъективизм здесь должен быть сведен практически к нулю.

В целях предотвращения социальной дезадаптации лиц, страдающих психическими расстройствами, принудительное лечение в стационарах общего и специализированного типов проводится преимущественно по месту жительства, почти в каждом субъекте РФ. Для психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН) организовать принудительно лечение по месту проживания не представляется возможным.

В настоящее время в РФ психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением – 8, все они одной единой формы собственности – федеральное казенное учреждение (ФКУ) и находятся в непосредственном подчинении МЗ РФ, коечный фонд в общей сложности более 5000 коек, и каждая больница обслуживает несколько субъектов России. ПБСТИН расположены в следующих субъектах:

Волгоград (с. Дворянское)

Казань

Калининград (г. Черняховск)

Кострома (п. Рослово)

Орел

Смоленск (г. Сычевка)

Санкт-Петербург

Новосибирск

Самые большие из них – это Казанская, более 1000 коек, Смоленская и Санкт-Петербургская, каждая около 1000 коек. Женщины проходят лечение в 2-х ПБСТИН: Казань для всех и Орел для туберкулезной патологии, в с. Дворянское госпитализируются мужчины Юга РФ.

Охрана больниц осуществляется в соответствии с ФЗ от 07.05.2009 № 92 «Об обеспечении охраны ПБСТИН» соответствующими подразделениями Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН). Учреждения имеют наружный и внутренний периметры, следовые полосы, КПП, шлюзы для прохода и проезда и т.п. для исключения побегов и нештатных ситуаций.

По примеру ФКУ «Волгоградская ПБСТИН» в с. Дворянское Камышинского района: коечный фонд – 710 коек, средняя длительность лечения 3,5 года, мощная лечебно-диагностическая база, достойное лекарственное обеспечение и многоуровневая комплексная реабилитация.

В более расширенном представлении каждое принудительное лечение должно рассматриваться как минимум в 2-х понятийных ипостасях:

1. Совершился факт общественно опасного деяния со стороны лица, страдающего психическими расстройствами, лицо признано невменяемым и подлежащим принудительному лечению. ПЛ не наказание, но, тем не менее, следует за ООД, и призвано купировать, нивелировать те расстройства, которые привели пациента к совершению ООД.

2. В этот же период, ПЛ должно быть организовано так, чтобы это было комплексные полипрофессиональные лечебные, реабилитационные, социальные мероприятия, направленные не только на лечение болезненных проявлений, которые привели или способствовали уже свершившегося по факту деяния, но и на профилактику возможных повторных правонарушений. И именно в период первичного ПЛ закладывается фундамент дальнейшего статуса нашего пациента.

Схематично, для каждого вида принудительного лечения в стационарных условиях (общего типа, специализированного типа, специализированного типа с интенсивным наблюдением) применимо универсальное моделирование этапов принудительного лечения:

|  |  |
| --- | --- |
| Модель и этапы принудительного лечения в стационаре | |
| 0 этап | Карантинный |
| 1 этап | Адаптационно-диагностический |
| 2 этап | Интенсивные лечебно-реабилитационные мероприятия |
| 3 этап | Стабилизация достигнутого эффекта |
| 4 этап | Заключительный (подготовка к выписке, переводу) |

Модель предусматривает не строго обязательную, но рекомендуемую последовательность этапов, и это зависит от:

- насколько подготовлен пациент для перехода на следующий этап;

- послабления режима окажут положительное влияние на процесс лечения и реабилитации, или спровоцирует девиантные формы поведения.

Конечно же, если ПЛ начато на этапе «ПЛ в стационаре специализированного типа», то стремление к соблюдению модели будет требоваться именно на данном этапе, а продолжение «ПЛ в стационаре общего типа» соответственно минимизирует:

- адаптационно-диагностические мероприятия,

- интенсивные лечебно-реабилитационные мероприятия,

которые уже проведены, и будет акцентировано внимание на:

- стабилизацию достигнутого эффекта,

- подготовку к выписке (переводу).

А при первичном «ПЛ в стационаре общего типа» все внимание будет сконцентрировано на соблюдении последовательности и «подготовке к выписке».

Выделение этапов принудительного лечения, безусловно является схематичным, и не строго в каждом случае оно возможно и необходимо, допустимы индивидуальные отклонения от этой схемы. Они могут касаться, в частности, соотношений длительности различных этапов, вплоть до полного отсутствия некоторых из них. Одни пациенты надолго задерживаются на этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятиях, поскольку не удается добиться улучшения или компенсации психических расстройств. Для других, особенно для пациентов с повторными ООД, затягивается этап стабилизации в связи с отсутствием уверенности в прочности достигнутого эффекта и, следовательно, возможности начать подготовку к выписке. Не менее редким отклонением от приведенной схемы является возвращение, иногда неоднократное, к уже пройденному этапу. Это бывает связано с обострением эндогенного процесса, с психогенными декомпенсациями состояния, с ошибочным выводом об окончании данного этапа и возможности перехода к следующему, что может быть обусловлено, например, диссимуляцией больного.

Каждый из выделенных этапов имеет свои задачи. Однако и задачи, и направленность, и характер лечебно-терапевтических мер каждого этапа должны быть определенным образом дифференцированы, они не могут быть одинаковыми для всех больных, проходящих принудительное лечение. Все мероприятия должны быть ориентированы на факторы, которые непосредственно участвуют в генезе ООД.

Наиболее полно все эти параметры интегрированы в понятии психопатологического механизма ООД и психопатологические механизмы, их всего два, предлагается делить на:

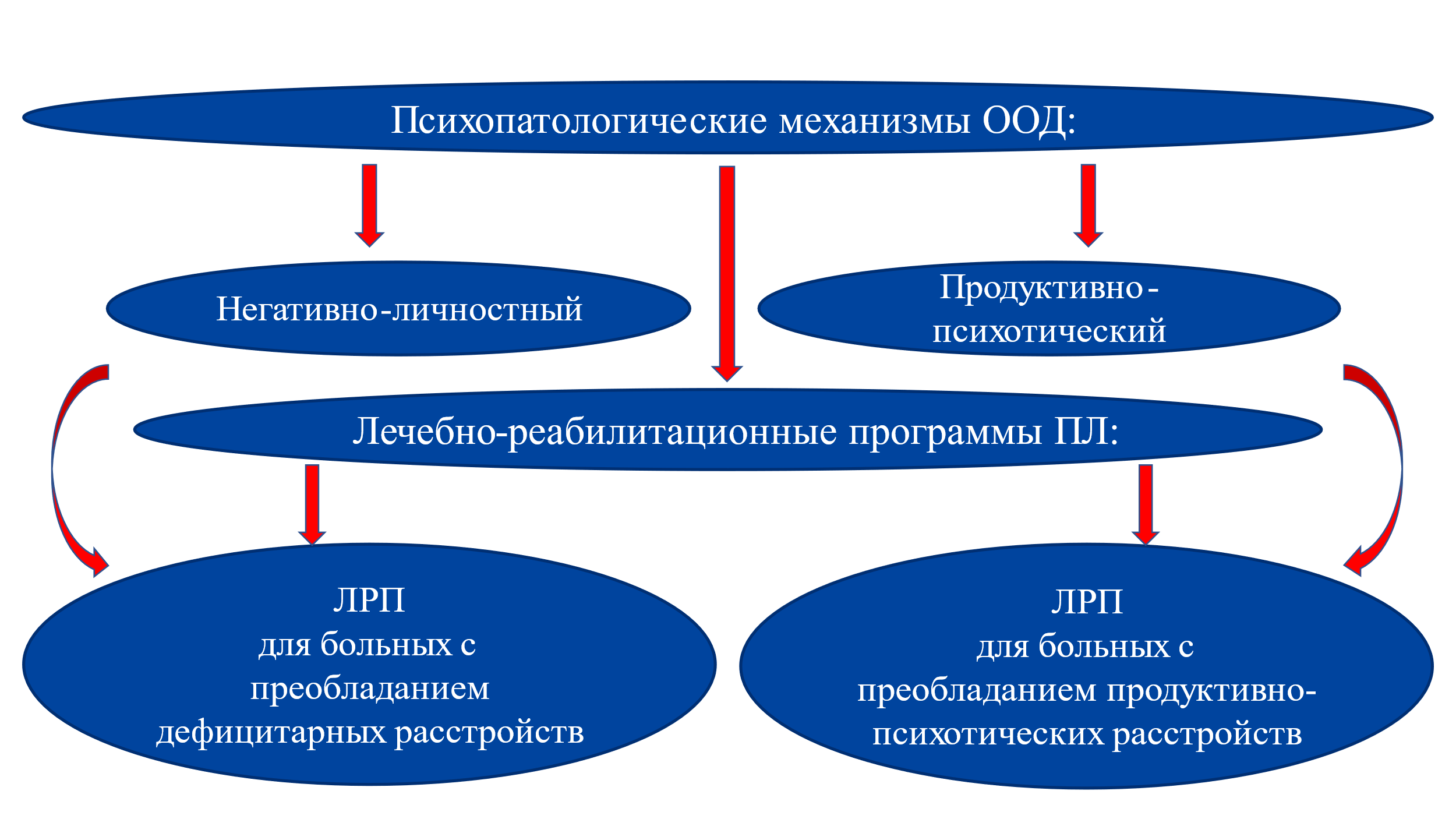
- негативно-личностные – связанными с дефицитарными психическими расстройствами и изменениями личности;

- и продуктивно-психотические – обусловленные влиянием той или иной продуктивной психотической симптоматики (бред, галлюцинации и т.п.) Это впервые было описано профессором Центра Сербского М.М.Мальцевой в 1987 году, и сохраняет актуальность до настоящего времени.

Несмотря на некоторую условность и относительность такого деления, подход к лечению, прогнозированию дальнейшего развития заболевания, длительности госпитализации, а также оценка степени общественной опасности, определение критериев прекращения принудительного лечения в отношении пациентов двух названных категорий существенно различаются.

И, что самое ценное, это применимо не только для принудительного лечения, но и в общей практике врача-психиатра. Все усилия амбулаторно или в стационаре, с пациентом с преобладанием негативной симптоматики, и пациентом, где болезненные проявления диктует продуктивная симптоматика, будут различны и вынужденно дифференцированы, даже если это будет одна нозологическая принадлежность. И это не просто теоретическая разработка, не формулировка ради формулировки, т.к. далее следует практическое применение.

В этот же период Центром Сербского (профессор В.П.Котов) разработаны групповые программы лечебно-реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения, которые способствуют максимально качественному исполнению решения суда по применению принудительных мер медицинского характера на всех его этапах, при этом фактор субъективности сводится к минимуму.



Детализированные подробности групповых программ лечебно-реабилитационных мероприятий изучаются врачами-психиатрами в рамках НМО (непрерывного медицинского образования) и при работе в практическом здравоохранении в государственных амбулаторных или стационарных учреждениях, для клинических ординаторов достаточно иметь общее представление.

В основе лечебно-реабилитационных программ лежит не нозологическая принадлежность, а группы пациентов, которые сформированы по 2-м критериям:

- общий механизм ООД;

- близость, схожесть диагностики и клинических проявлений.

При этом, существует четкая константа: пациенты с дефицитарными расстройствами совершают ООД в основном по типу ситуационно спровоцированных действий психически нездоровой личности, по сути, это реакция больного человека на внешние события, тогда как пациенты с продуктивно-психотическими расстройствами совершают ООД в основном под воздействием бреда, галлюцинаций и прочих психотических расстройств.

Пациенты с преобладанием дефицитарной симптоматики разделены на 5 групп, и характеризуются следующими особенностями, но не нозологиями:

1. Эмоциональная бесконтрольность, повышенная внушаемость и подчиняемость (это больные с глубокими церебрастеническими явлениями, с эмоционально-волевыми нарушениями, с общим психическим снижением вплоть до деменции).
2. Интеллектуальная недостаточность (интеллектуальный дефект, который сформировался в результате недоразвития, так называемые умственные отсталости, или наступил в результате интеллектуального снижения, разрушения интеллекта в результате заболевания).
3. Личностные нарушения, в том числе изменения личности (здесь речь идет о глубоких аномалиях характера, это тяжелые, стойкие расстройства личности, это глубоко несчастные люди, которые обречены быть вне общества, они не уживаются с нами, мы не можем ужиться с ними, сюда же относятся личностные расстройства малопрогредиентного процессуального заболевания).
4. Расторможенность и извращенность влечений (это пациенты с малообратимыми, нередко – необратимыми дефицитарными расстройствами и изменением личности с расстройством влечений, в основном сексуального влечения – парафилии).
5. Постпсихотические состояния у больных с синдромом зависимости от алкоголя (это наши обыкновенные хронические алкоголики, совершившие ООД в состоянии алкогольного психоза и признанными невменяемыми; необычность или уникальность этой группы в том, что ООД они совершили по продуктивно-психотическому сценарию, под воздействием галлюцинаций, которые уже прошли, и перед нами дефектный алкоголик, и ПЛ ему проводится как пациенту с дефицитарной симптоматикой).

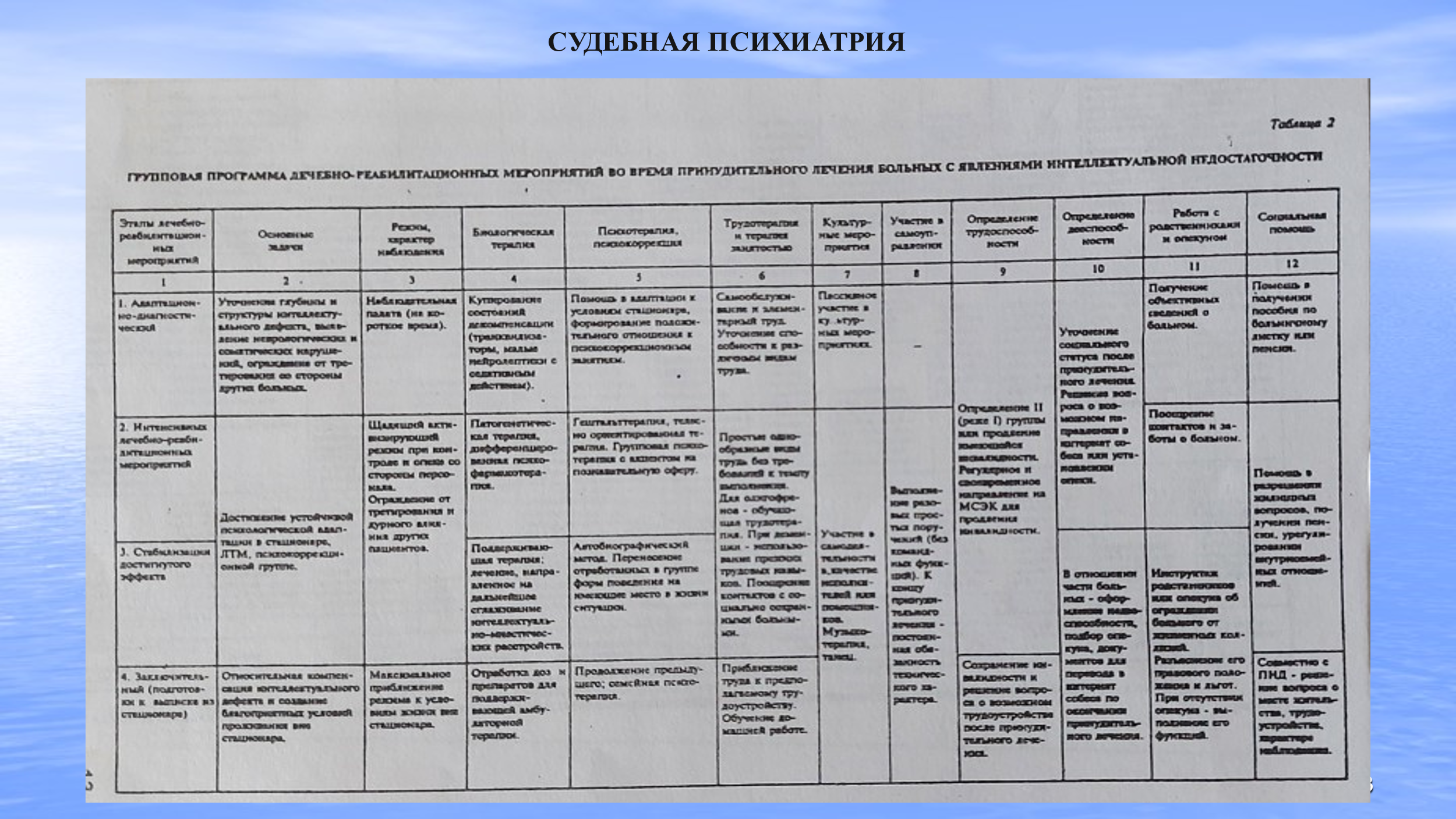
Пациенты с преобладанием продуктивно-психотических расстройств, в свою очередь разделены на 4 группы, и так же, характеризуются особенностями, но не нозологиями:

1. Хронические непрерывнотекущие бредовые психозы (как правило, это больные с паранойяльными синдромами, течение малопрогредиентное, дефект личности может не наступить, но течение непрерывное и практически малокурабельно; для них характерно житейское правдоподобие содержания бредовых идей и их тщательная «логическая» разработанность делают заболевание, с одной стороны, трудно и поздно выявляемым, с другой стороны позволяет больному долгие годы, даже десятилетия, сохранять стратегию последовательного бредового поведения, включая и совершение ООД)
2. Приступообразно протекающие психозы, преимущественно галлюцинаторно-бредовые и аффективные (сюда вошли пациенты с полиморфными психотическими приступами, и ООД как бы уже находятся в структуре галлюцинаторно-бредовой и аффективной симптоматики, осталось только их совершить).
3. Пароксизмальные психические расстройства (заслуживают особого внимания, это обычные, как правило, законопослушные граждане, и становятся опасными только при возникновении кратковременного расстройства сознания, следовательно судить о вероятности новых ООД следует по характеру и частоте таких пароксизмов; разница только в том, и она существенная – пароксизмы закономерно повторяются или это единичный экзогенно спровоцированный пароксизм, который посетил пациента, поспособствовал совершению ООД, и больше никогда не повторится, и вообще, это встречается довольно редко, но как принудительно лечить при единственном пароксизме, и что при этом делать, по сути никто не знает, проще не применять ПЛ, если удастся доказать единичный характер пароксизма).
4. Реактивные психозы (группа собирательная, искусственно созданная, поскольку само ООД совершается до психоза и не связано развившимся в последующем психическим расстройством, и понятие механизма ООД здесь не применимо; цель ПЛ не снижение общественной опасности, а восстановление способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, по сути, если вопрос о вменяемости не решен, ПЛ выполняет экспертную функцию).

Все это кратко изложено в таблице:

|  |  |
| --- | --- |
| ГРУППОВЫЕ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ | |
| Особенности больных с преобладанием негативно-личностных расстройств | Особенности больных с преобладанием продуктивно-психотических рас-ств |
| 1. Повышенная внушаемость | 6. Хронические бредовые психозы |
| 2. Интеллектуальная недостаточность | 7. Приступообразные психозы |
| 3. Личностные нарушения | 8. Пароксизмальные псих.расстройства |
| 4. Расторможенность влечений | 9. Реактивные психозы |
| 5. Постпсихотика |  |

Итак, следует, что в общей сложности существует 9 групп, а по своей сути, это 9 групповых программ лечебно-реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения, каждая программа представлена в виде таблицы. Например, вот так выглядит лечебно-реабилитационная программа для больных с интеллектуальной недостаточностью.



В каждой лечебно-реабилитационной программе представлены все 4 этапа (карантинный не учитывается), а так для каждого этапа определены действия, которые необходимо будет реализовать за время принудительного лечения:

- основные задачи

- режим и характер наблюдения

- биологическая терапия

- психотерапия и психокоррекция

- трудотерапия и терапия занятостью

- культурные мероприятия

- участие в самоуправлении

- определение трудоспособности, т.е. МСЭ

- определение дееспособности

- работа с родственниками или опекуном

- социальная помощь

Для чего эти программы? Считается, что их применение позволит придать необходимую планомерность и последовательность лечебно-реабилитационному процессу, сделать его персонифицированным и полипрофессиональным. Ожидаемый результат: уменьшение общественно-опасных действий (ООД) лиц, страдающих психическими расстройствами, снижение случаев применения принудительных мер медицинского характера ПЛ и т.п., даже с учетом, что преступность в среде психбольных в 8-9, а порой в 10 раз меньше, чем в обычной популяции населения.

И, коротко, о сроках принудительного лечения, которые зависят от многих факторов, прежде всего:

- какой вид ПЛ был определен судом?

- для ПЛ пациент первичный, или совершил повторное ООД?

- механизм ООД (продуктивный-психотический, или негативно-

личностный?

- соотношение медицинского и юридического критериев

- решение суда направлено на уменьшение, или усиление

принудительных мер медицинского характера?

Из чего следует, что вопросы о сроках принудительного лечения рассматриваются исключительно индивидуально.

Следует соблюдать рекомендованную последовательность, после этапа АПНЛ целесообразен перевод переводятся на АДН, во время которого пациенты продолжают получать терапию по назначению врача-психиатра, а также профилактируются как психиатром, так и и сотрудником полиции. АДН назначается и отменяется решением ВК.

**ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

Пенитенциарная (тюремная) психиатрия – специфический раздел судебной психиатрии, и для общего представления достаточно обозначить ее задачи, их не много, всего 2:

* выявление, наблюдение и лечение лиц с психической патологией в местах лишения свободы;
* проведение принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра лиц, признанных подпадающими под действие ст. 22 УК РФ («ограниченно вменяемых»), осужденных к лишению свободы.

**РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Психиатрия Национальное руководство / под ред. Т.Б.Дмитриевой М., издательская группа ГОЭТАР-Медиа, 2009.
2. Т.Б.Дмитриева, Ф.Ф.Ткаченко, Н.К.Харитонова, С.Н.Шишков Судебная психиатрия: учебное пособие. — М.: ФГУ ГНЦССП им. Сербского, 2008.
3. Психиатрия Ростовская научно-педагогическая школа / под ред. В.А.Солдаткина – Ростов-на-Дону, ПрофПресс, 2016.
4. Судебная психиатрия: руководство для врачей / под ред. Г.В.Морозова – М., Медицина 1988.
5. Клиническая психиатрия / под ред. Т.Б.Дмитриевой М., 1998.
6. Психиатрия / под ред. А.Г.Гофмана, М., «МЕДпресс-информ», 2006
7. Уголовный кодекс РФ
8. Уголовно-процессуальный кодекс РФ
9. Гражданский кодекс РФ
10. Гражданско-процессуальный кодекс РФ
11. Закон РФ от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
12. Закон РФ от 02.07.1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
13. Закон РФ от 31.05.2001 года № 73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»
14. Приказ МЗ РФ от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» / зарегистрирован МЮ РФ от 14.11.2022 года рег. № 70940
15. Приказ МЗ РФ и МВД РФ от 30 апреля 1997 г. N 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами»

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

Выберите один или несколько правильных ответов.

01. Судебная психиатрия это:

1) специальный раздел криминалистики

2) раздел юриспруденции

3) экспертно-криминалистический предмет

4) специальный раздел психиатрии

5) только пенитенциарная психиатрия

02. Разделы судебной психиатрии:

1) судебно-психиатрическая экспертиза

2) принудительные меры медицинского характера

3) социальная психиатрия

4) биологическая психиатрия

5) пенитенциарная психиатрия

03. В психиатрии осуществляет принудительное лечение:

1) врач-судебно-психиатрический эксперт

2) врач-психотерапевт

3) врач-судебно-психиатрический эксперт и врач-психотерапевт

4) врач-психиатр

5) врач-невролог и врач-психотерапевт

04. Объекты общей психиатрии:

1) определенная возрастная группа населения

2) психически здоровые

3) только детское население

4) лица, страдающие психическими расстройствами

5) только лица пожилого возраста

05. Объекты судебной психиатрии:

1) лица, страдающие психическими расстройствами

2) психически здоровые лица

3) только детское население

4) только лица пожилого возраста

5) лицо, совершившее общественно-опасное деяние

06. Судебно-психиатрическую экспертизу назначают:

1) органы управления здравоохранением, Росздравнадзор

2) органы дознания, следствия и суд

3) только суд

4) только органы следствия и дознания

5) только органы следствия и суд

07. В комиссионной экспертизе участвует экспертов:

1) один

2) один-два

3) не менее двух

4) три

5) не менее трех

08. Судебно-психиатрическую экспертизу проводят:

1) врачи-судебно-медицинские эксперты

2) врачи-психиатры

3) врачи-психиатры и врачи-психотерапевты

4) врачи-психиатры и врачи-судебно-психиатрические эксперты

5) врачи-судебно-психиатрические эксперты

09. Факт невменяемости устанавливает:

1) суд и органы управления здравоохранением

2) врач-психиатр и органы опеки

3) суд и органы следствия

4) исключительно суд

5) врач-судебно-психиатрический эксперт

10. Факт недееспособности устанавливает:

1) органы опеки и органы управления здравоохранением

2) врач-психиатр и органы опеки

3) суд и органы опеки

4) врач-судебно-психиатрический эксперт

5) исключительно суд

11. Принудительное лечение назначается:

1) органом управления здравоохранением

2) главным врачом психиатрической больницы

3) исключительно судом

4) судебно-психиатрической экспертизой

5) главным психиатром субъекта РФ

12. Психопатологические механизмы общественно опасных действий:

1) продуктивно-психотический и реабилитационный

2) негативно-личностный и продуктивно-психотический

3) реабилитационный и продуктивно-психотический

4) судебно-психиатрический и продуктивно-психотический

5) негативно-личностный и судебно-психиатрический

**ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:**

**01.** 4

**02**. 1, 2, 5

**03.** 4

**04.** 2, 4

**05.**  1, 2, 5

**06.** 3

**07.** 3

**08.** 5

**09.** 4

**10.** 5

**11.** 3

**12.** 2