

Н.Г. Незнанов

ПСИХИАТРИЯ

УЧЕБНИК

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский
государственный медицинский университет имени
И.М. Сеченова» в качестве учебника по дисциплине
«Психиатрия» для студентов учреждений высшего
профессионального образования, обучающихся
по специальностям 31.05.01 (060101.65) «Лечебное дело»,
31.05.02 (060103.65) «Педиатрия»,
32.05.01 (060104.65) «Медико-профилактическое дело»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.	5
Список сокращений	6
Раздел 1. Введение в специальность	7
Глава 1. Психиатрия как медицинская дисциплина	9
Глава 2. Распространённость психических расстройств.	12
Глава 3. Классификация психических расстройств	15
Глава 4. Правовые вопросы психиатрии	18
Глава 5. Судебно-психиатрическая экспертиза	21
Раздел 2. Психические процессы и патопсихологические методы их исследования	45
Глава 6. Психические процессы в норме	47
Глава 7. Психологические методы исследования в клинике	64
Раздел 3. Общая психопатология	91
Глава 8. Расстройства ощущений и восприятия	93
Глава 9. Расстройства мышления	102
Глава 10. Расстройства памяти	113
Глава 11. Расстройства интеллекта	118
Глава 12. Расстройства эмоций.	123
Глава 13. Расстройства воли	137
Глава 14. Расстройства сознания	145
Раздел 4. Частная психиатрия	163
Глава 15. Шизофрения, шизотипические расстройства, хронические бредовые расстройства	165
Глава 16. Маниакально-депрессивный психоз	193
Глава 17. Экзогенно-органические психические расстройства	204
Глава 18. Эпилепсия.	227
Глава 19. Психические расстройства позднего возраста	259
Глава 20. Психогенные психические расстройства	283

Глава 21. Психические расстройства при соматических заболеваниях.	319
Глава 22. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ	327
Глава 23. Расстройства личности и нарушения влечений . . .	406
Глава 24. Умственная отсталость (олигофрения).	428
Приложение. Методика обследования больных с психическими расстройствами	440
Предметный указатель	490

Глава 5

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) регламентируется соответствующими статьями Уголовного (УК), Гражданского (ГК) и Уголовно-процессуального кодексов (УПК) Российской Федерации, законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

СПЭ по уголовному делу могут назначить следователь следственного комитета или суд, исходя из собственных соображений или по ходатайству заинтересованного в процессе лица. СПЭ может подвергаться подследственный, подсудимый или свидетель, если у следственных органов или суда возникают сомнения в психическом здоровье этих лиц. Поводом для назначения СПЭ обычно служат следующие обстоятельства:

- Обращение лица в прошлом за психиатрической помощью.
- Совершение правонарушений, относящихся к особо тяжким.
- Появление психических нарушений во время следствия или суда.
- Наличие суицидальных высказываний и поступков.
- Совершение правонарушения в состоянии алкогольного опьянения.

На всех территориях Российской Федерации организованы центры СПЭ, состоящие из амбулаторных и стационарных служб. Работу в них должны проводить врачи-психиатры СПЭ, имеющие соответствующие сертификаты. Эксперты имеют право знакомиться со всеми материалами судебного дела, запрашивать недостающие для экспертной оценки медицинские документы или иные данные.

Эксперты выступают в суде как свидетели, имеют соответствующие права и обязанности, дают подписку об уголовной ответ-

ственности за заведомо ложные показания (имеется соответствующий раздел в акте СПЭ).

Амбулаторная СПЭ решает относительно несложные вопросы. Её проводят в специально оборудованных помещениях, при необходимости с привлечением специалистов другого профиля (психологов, наркологов, сексопатологов и др.). Амбулаторную СПЭ также можно проводить в следственном изоляторе (арестованным), во время судебного заседания, в кабинете следователя для предварительного решения о необходимости проведения дальнейшей СПЭ. В отдельных случаях допустима заочная экспертиза по имеющимся документам, если явка испытуемого невозможна (чаще всего из-за гибели или суицида правонарушителя, пострадавшего либо свидетеля; в таких случаях СПЭ называют посмертной).

Стационарная СПЭ представлена двумя видами отделений: стражным и нестражным. Первое предназначено для проведения СПЭ арестованных с охраной органами милиции, второе — для СПЭ неарестованных.

На обследование испытуемого (с привлечением в необходимых случаях специалистов другого профиля), составление акта СПЭ и его отправление в учреждение, направившее на экспертизу, отводится срок в 30 дней.

В состав комиссии СПЭ должны входить не менее трёх психиатров; акт подписывают все члены комиссии, в том числе и приглашенные специалисты. Если один из экспертов не согласен с выводами, он пишет особое мнение; в таких случаях назначают повторную экспертизу с привлечением других экспертов.

Невменяемость (статья 21 Уголовного кодекса Российской Федерации)

1. Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.
2. Лицу, совершившему предусмотренное УК опасное деяние в состоянии невменяемости, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера, предусмотренные настоящим Кодексом.

Невменяемость, как она сформулирована в комментируемой статье, исключает уголовную ответственность лица, совершившего общественно опасное деяние, если она установлена в предусмотренном законом порядке. Основанием для такого решения является заключение СПЭ, которое, наряду с другими данными дела, первоначально оценивает следователь, а окончательно — суд.

Уголовный закон включает два критерия невменяемости — медицинский (биологический) и юридический (психологический). Лишь совокупность этих критериев определяет невменяемость лица, так как каждый из них в отдельности характеризует только одну сторону (медицинскую или юридическую) психического отношения лица к совершенному общественно опасному деянию.

- Медицинский (биологический) критерий невменяемости состоит с точки зрения закона из четырех признаков: хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики. Хотя применённая в статье классификация психических расстройств не вполне последовательна, так как одно и то же заболевание может быть отнесено сразу к двум из приведённых признаков (например, хроническое психическое расстройство может протекать в виде повторяющихся кратковременных обострений, приступов, фаз; слабоумие носит, как правило, хронический характер); она охватывает практически все наблюдаемые на практике болезненные расстройства психики.

— К хроническим психическим расстройствам при таком понимании следует относить не только традиционно включаемые в разряд хронических заболеваний шизофрению, МДП, прогрессивный паралич, но и любые другие трудноизлечимые и неизлечимые болезненные расстройства, развивающиеся на почве эпилепсии, органических поражений головного мозга и т.п.

— Под временным психическим расстройством понимают кратковременные или более затяжные, но заканчивающиеся выздоровлением, психические заболевания психотического уровня. К ним относятся, например, острые алкогольные и другие интоксикационные психозы, реактивные состояния, различные припадки с глубоким помрачением сознания и, наконец, исключительные состояния.

- Слабоумие — выраженное снижение или недоразвитие интеллекта, причиной которого могут быть атеросклероз мозговых сосудов, старческая атрофия головного мозга, грубые поражения центральной нервной системы (ЦНС) (травматические, инфекционные, интоксикационные и т.д.), генетические факторы.
- К иным болезненным состояниям психики относят любые психические расстройства, не попадающие в три предыдущих признака медицинского критерия. Традиционно среди них рассматриваются, например, тяжёлые формы психопатии, психические расстройства, вызванные соматическими заболеваниями, и некоторые другие.
- Любое из перечисленных заболеваний или дефектов психической деятельности при наличии юридического (психологического) критерия может оказаться достаточным для признания лица невменяемым и освобождения его от уголовной ответственности.
- Юридический (психологический) критерий невменяемости отражает глубину психического расстройства, соответствующего одному из признаков медицинского критерия, и характеризует в основном две стороны нарушений психической деятельности: отсутствие у лица способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) — интеллектуальный признак; отсутствие способности руководить ими — волевой признак. Для признания лица невменяемым в аспекте психологического критерия достаточно одного из этих признаков, хотя на практике у каждого конкретного больного, признаваемого невменяемым, в большинстве случаев имеют место оба признака и можно говорить лишь о преобладании одного из них.
- Интеллектуальный признак свидетельствует, что лицо, совершившее то или иное действие или бездействие, не понимало фактических обстоятельств содеянного или не могло осознавать их общественное значение.
- Волевой признак психологического критерия невменяемости состоит в неспособности лица руководить своими действиями. Это относительно самостоятельный признак, который и при отсутствии интеллектуального может свидетельствовать о невменяемости. Неслучайно в законе между

этими признаками стоит союз «либо». Иногда лицо, совершая общественно опасное деяние, при определённом состоянии психики может сохранять возможность формальной оценки событий, их понимания, но не способно управлять своим поведением и, в частности, воздержаться от опасного поступка. В таких случаях о наличии психологического критерия невменяемости можно судить на основании одного волевого признака. С другой стороны, способность осознавать характер своих действий (интеллектуальный признак) всегда свидетельствует и о неспособности руководить ими, и, следовательно, о наличии обоих признаков психологического критерия невменяемости.

При констатации одного из рассмотренных критериев (обычно медицинского) и отсутствии второго лицо признают вменяемым и, следовательно, подлежащим уголовной ответственности. Если установлено, что при совершении общественно опасного деяния присутствовали оба критерия (медицинский и юридический), то вменяемость лица полностью исключается, даже если болезненное состояние продолжалось очень короткое время.

Вопрос о вменяемости рассматривают и решают всегда ретроспективно, в отношении уже совершённого конкретного деяния. Признание лица невменяемым в отношении одного деяния не исключает возможности признания вменяемым в отношении другого. Следовательно, в случае повторного привлечения лица к уголовной ответственности необходимо вновь провести СПЭ для решения вопроса о вменяемости в отношении нового деяния.

Под действием или бездействием, о которых идёт речь в комментируемой статье, понимают общественно опасное деяние, предусмотренное одной или несколькими статьями Особенной части УК.

В части 2 статьи 21 УК указано, что по решению суда лицу, признанному невменяемым, могут быть назначены меры принудительного характера. Это означает, что при определённых обстоятельствах общественно опасного деяния, данных, характеризующих личность, а также особенности психического расстройства лица, его совершившего и признанного невменяемым, упомянутые меры могут и не применяться.

В отличие от статьи 11 УК РСФСР в комментируемой статье ничего не говорится о лицах, которые заболели психическим рас-

стройством после совершения преступления. Это объясняется тем, что их признают вменяемыми и, таким образом, к проблеме невменяемости, рассматриваемой в данной статье УК, они отношения не имеют.

Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости (статья 22 Уголовного кодекса Российской Федерации)

1. 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.
2. Психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера.

В статье 22 речь идёт об уголовной ответственности лиц, признанных вменяемыми в отношении совершённого преступления, но страдающих психическими расстройствами, ограничивающими их способность сознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководить ими. Законодательством ряда стран, например Венгрии, Германии, Польши, Японии, предусмотрено признание таких лиц совершившими преступление в состоянии уменьшенной (ограниченной) вменяемости, в связи с чем им назначают более мягкое наказание, чем другим лицам, совершившим аналогичные преступления при тех же условиях, но при отсутствии психического расстройства.

Комментируемая статья в Российском уголовном законодательстве появилась впервые, её не было в нашем законодательстве и до 1917 г. Включение такой статьи в УК объясняется прежде всего тем, что значительная часть преступлений (например, до 65–70% преступлений против личности) совершается лицами, обнаруживающими психические аномалии. Кроме того, как показал опыт, такие лица нуждаются в повышенном внимании в ходе предварительного следствия судебного разбирательства, иногда они заслуживают снисхождения, нередко во время исполнения наказания им показано лечение.

Как и при признании лица невменяемым (статья 21 УК), законом предусмотрена констатация двух критериев: медицинского (психическое расстройство) и юридического (утрата способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими).

Формулировка медицинского критерия, хотя и более краткая, чем в статье 21, не даёт оснований исключить из неё какой-либо из четырёх перечисленных там психических расстройств: хроническое, временное, слабоумие, иное болезненное состояние психики. Речь может идти лишь о преобладании в случаях, предусмотренных комментируемой статьей, менее тяжёлых психических расстройств, относимых обычно к категории так называемых пограничных состояний, поскольку в данном случае, несмотря на их наличие, сохраняется способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, а также руководить ими, хотя и не в полной мере.

Важно подчеркнуть, что клинической и экспертной оценке подлежат не любые психические расстройства субъекта, а лишь те из них, которые в данной конкретной обстановке совершения преступления действительно ограничивали указанную способность. Так, например, повышенную эмоциональную возбудимость вследствие психопатии или травматического поражения головного мозга, если субъект совершил агрессивные действия в ответ на оскорбление или аморальный поступок потерпевшего, следует оценить как фактор, ограничивающий его способность руководить своими действиями. Такое же расстройство при совершении мошеннических действий не ограничивает эту способность.

Юридический критерий в данной статье отличается от аналогичного критерия в статье 21 в большей степени, поскольку речь идёт не о полной утрате лицом способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, а лишь о её ограничении. В этом заключается принципиальное отличие невменяемости, которое делает деяние, совершенное таким лицом, преступлением, что и влечёт за собой его уголовную ответственность. Законодатель не применяет понятие ограниченной вменяемости, поскольку имеет в виду психические расстройства, которые могут учитываться судом при вынесении приговора, но не обязательно приводят к смягчению наказания, и ни при каких условиях не могут привести

к освобождению лица от уголовной ответственности. Преступление, совершённое лицом в состоянии психического расстройства, не исключаящего вменяемости, не обусловлено непосредственно этим расстройством. Следователь и суд, опираясь на заключение СПЭ, на материалы дела, собранные на предварительном следствии и в судебном заседании, должны выяснить, в какой степени психические нарушения повлияли на поведение лица при совершении преступления. При этом психические отклонения необходимо анализировать в каждом конкретном случае с позиции как интеллектуального (осознание фактического характера и общественной опасности деяния), так и волевого (способности руководить своими действиями) признаков юридического (психологического) критерия.

Комментируемая статья не относится к лицам, страдающим алкоголизмом, независимо от того, совершено правонарушение в состоянии опьянения или без употребления алкоголя.

Уголовная ответственность лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения (статья 23 Уголовного кодекса Российской Федерации)

Лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванного употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности.

Законодательство не относит опьянение к признакам медицинского критерия невменяемости, приведённым в статье 21 УК. Комментируемая статья прямо указывает, что опьянение не может быть основанием для признания лица невменяемым. Следовательно, беспредметно обсуждение вопроса о том, способно ли лицо, находящееся в состоянии опьянения, осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими (юридический критерий невменяемости). По-видимому, в зависимости от степени и характера опьянения, возможен и положительный, и отрицательный ответ на этот вопрос. Тем не менее в любом случае лицо, находившееся при совершении деяния в состоянии опьянения, должно быть признано вменяемым, но не потому, что оно всегда может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, а вследствие отсутствия медицинского критерия

невменяемости, так как комментируемая статья содержит прямое указание на вменяемость этих лиц.

Очевидно, что причина столь однозначного отношения законодателей к состоянию опьянения заключается в высокой распространённости злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими одурманивающими средствами и прямой связью этого порока с преступностью. Имеет значение и тот факт, что лицо, принимающее алкоголь, наркотическое или другое психоактивное вещество (ПАВ), как правило, осведомлено о его действии, может произвольно выбирать дозы вещества и, следовательно, регулировать глубину развивающегося опьянения. Таким образом, сам факт возникших при этом психических отклонений и их глубина определяется его желанием, в отличие от болезненных расстройств, возникающих помимо воли заболевшего.

Одной из задач СПЭ по делам, в которых преступление совершено лицом, находившимся в состоянии опьянения, является отграниченное опьянение от других, в подлинном смысле болезненных состояний, которые хронологически могут развиваться после приёма алкоголя или другого ПАВ, и могут быть даже в какой-то мере обусловлены их приёмом, но по клинической картине и механизму возникновения опьянением не являются. Прежде всего, подразумевается патологическое опьянение, которое диагностируют только после употребления алкоголя (но не других ПАВ). Несмотря на терминологическое сходство, патологическое опьянение не является опьянением в собственном смысле. Это болезненное, психотическое состояние, спровоцированное приёмом алкоголя и развивающееся на фоне органического поражения ЦНС, особенно сопровождающегося повышением внутричерепного давления, либо ослабляющего действия различных временных неблагоприятных факторов (недосыпание, недоедание, переутомление, эмоциональное напряжение и т.п.).

Необходимо подчеркнуть, что патологическое опьянение в судебно-психиатрической практике наблюдают очень редко. Теоретически нельзя исключить возможность повторного возникновения патологического опьянения у одного и того же лица; тем не менее в литературе практически отсутствуют описания повторных случаев патологического опьянения.

Патологическое опьянение развивается спустя некоторое время после приёма алкоголя и не зависит от его количества. Описаны

случаи несомненно патологического опьянения, возникшего как после очень небольших доз сухого вина или пива, так и после употребления большого количества крепких алкогольных напитков. От момента приёма алкоголя до развёртывания болезненного состояния проходит несколько минут (обычно не более 1 ч). Во время этого скрытого периода никаких отклонений от нормы в поведении не обнаруживают. Больные производят впечатление пьяных или почти трезвых, хотя нередко присутствуют указания на беспокойство, растерянность, тревожную напряжённость в латентном периоде. Вслед за ним внезапно наступает резкое изменение сознания с дезориентировкой в окружающем, аффектом беспокойства, страха, достигающим безотчётного ужаса. В этом состоянии возможны оживление прошлых неприятных переживаний, опасных ситуаций, воспроизведение ряда событий из ранее прочитанных книг или просмотренных фильмов с их перенесением в воображаемую действительность. В отличие от простого опьянения, при патологическом отсутствует контакт с окружающими, речь становится крайне немногословной, слова произносятся отрывочно, часто в форме приказа, представляют собой угрозы или призывы о помощи, т.е. отражают тематику болезненных расстройств. Характерный признак патологического опьянения — хорошая координация движений, сохранность равновесия, способность к быстрому передвижению, стремительность, ловкость. В случаях перехода простого опьянения в патологическое у окружающих создается впечатление внезапного протрезвления. Совершаемые в патологическом опьянении поступки обычно направлены на устранение воображаемой опасности, реже носят характер хаотических беспорядочных действий.

Патологическое опьянение продолжается от одного до нескольких часов и заканчивается глубоким сном, после которого наступает полная амнезия или остаётся смутное воспоминание о пережитом, которое носит отрывочный характер. Иногда больные помнят основное содержание своих переживаний и объясняют свои агрессивные действия как защиту или самооборону. Выделяют две формы патологического опьянения: галлюцинаторно-параноидную и epileptoидную.

- Галлюцинаторно-параноидная форма — сумеречное помрачение сознания с возникновением бреда, устрашающих галлюцинаций, но с внешне правильным и целенаправленным по-

ведением. При совершении агрессии такие лица представляют значительную опасность для окружающих: их поступки отличаются внезапностью, жестокостью, так как больные способны производить неожиданное нападение на своих жертв, проявляя при этом ловкость и совершая ряд сложных, упорядоченных действий.

- Эпилептоидная форма — сумеречное помрачение сознания с внезапным двигательным возбуждением, которое сопровождается аффектом безудержного гнева и ярости и проявляется в бессмысленных, хаотических, агрессивных актах, которые совершаются с невероятной жестокостью, злобностью.

Для разграничения патологического от простого алкогольного опьянения предложены следующие группы признаков.

- Признаки, специфические только для патологического опьянения:
 - характерный внешний вид;
 - бредовые высказывания; стереотипии;
 - равнодушное отношение к содеянному;
 - отсутствие сопротивления при аресте.
- Признаки простого опьянения, отсутствующие при патологическом:
 - эйфория, суетливость, раздражительность;
 - склонность к конфликтам, дебошам, скандалам, сопротивление при задержании.
- Признаки, возможные как при простом, так и при патологическом опьянении:
 - сон, амнезия.

В целом, дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения — одна из самых трудных и ответственных задач СПЭ. Изменённые формы опьянения (параноидная, дисфорическая и др.) не относятся к патологическому, следовательно, уголовная ответственность при совершении преступления определяется в соответствии со статьёй 23.

Освобождение от наказания в связи с болезнью (статья 81 Уголовного кодекса Российской Федерации)

1. 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.
2. Лицо, заболевшее после совершения преступления иной тяжёлой болезнью, препятствующей отбыванию наказания, может быть судом освобождено от отбывания наказания.
 3. Военнослужащие, отбывающие арест либо содержание в дисциплинарной воинской части, освобождаются от дальнейшего отбывания наказания в случае заболевания, делающего их негодными к военной службе. Неотбытая часть наказания может быть заменена им более мягким видом наказания.
 4. Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, в случае их выздоровления могут подлежать уголовной ответственности и наказанию, если не истекли сроки давности.

В рассматриваемой ситуации оказывается важным установить наличие психического расстройства, при котором становится очевидным, что подозреваемый, обвиняемый, подсудимый или осуждённый в ходе предварительного следствия, заключения или отбывания наказания не может быть субъектом процессуальных или уголовно исполнительных отношений. Такие лица лишены возможности из-за психического расстройства понимать смысл предъявленного обвинения, показания свидетелей, осознавать вину, наступление уголовной ответственности и наказания.

Если установлено, что развившееся психическое расстройство носит характер хронического (неизлечимого, необратимого) или относится к категории слабоумия (например, больные хроническими алкогольными психозами), принимают решение об освобождении от наказания или дальнейшего отбывания наказания и назначении при необходимости принудительного лечения. Если психическое расстройство носит временный (обратимый) характер (острые алкогольные психозы), следователь или суд лишь приостанавливают производство по уголовному делу. По выздоровлении лица, когда производство по делу приостановлено до вынесения приговора, оно возобновляется и продолжается в обычном порядке. В том случае, когда выздоровевшее лицо уже было осуждено или отбывало наказание, оно возвращается в место исполнения наказания в соответствии с приговором в соответствии с частью 4 статьи 81 (в случаях, предусмотренных частями 1 и 2 этой статьи,

когда не истекли сроки давности уголовной ответственности или сроки давности исполнения обвинительного приговора). Лица с хроническим алкоголизмом не относятся к этой рубрике статьи.

Основание применения принудительных мер медицинского характера (статья 97 Уголовного кодекса Российской Федерации)

1. Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:
 - а) совершившим деяние в состоянии невменяемости;
 - б) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;
 - в) совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;
 - г) совершившим преступление и признанных нуждающимися в лечении от алкоголизма и наркомании.
2. Лицам, указанным в части 1 настоящей статьи, принудительные меры медицинского характера назначают только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда с опасностью для себя и других людей.

Принудительное лечение, назначенное по приговору суда, необходимо отличать от недобровольных мер психиатрической помощи — психиатрического освидетельствования, госпитализации в психиатрический стационар. Последние применяют к лицам, которые не совершили общественно опасного деяния, в целях лечения, обеспечения безопасности самих больных и общества.

Всех психически больных, совершивших общественно опасное деяние, делят на две большие группы:

- совершившие общественно опасное деяние по продуктивным психотическим расстройствам;
- совершившие общественно опасное деяние по негативным, личностным механизмам.

К первым относят больных, находившихся в момент правонарушения в состоянии острого или хронического психоза. Общественно опасные деяния таких больных чаще всего носят агрессивный характер, представляя опасность для жизни или здоровья окружающих. Больные алкогольными психозами могут совершать такие действия под влиянием помрачения сознания (делирий),

по бредовым мотивам (бред ревности), императивным галлюцинациям (алкогольный галлюциноз). Негативные механизмы общественно опасных деяний имеют место у больных в состоянии эмоционально-волевого или интеллектуального дефекта, достигающего иногда степени слабоумия (алкогольная деменция).

Если развившееся до вынесения приговора психическое расстройство является временным (обратимым), то суд принимает решение о приостановлении производства по делу и направлении лица на принудительное лечение. По выздоровлении такого лица это постановление отменяют, и дело рассматривают в общем порядке. Если до вынесения приговора лицо заболело хроническим психическим расстройством, которое приводит к тяжёлым и необратимым изменениям психики, принимают решение о его освобождении от наказания и применении мер медицинского характера.

Виды принудительных мер медицинского характера (статья 99 Уголовного кодекса Российской Федерации)

1. Суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:
 - а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
 - б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
 - в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
 - г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.
2. Лицам, осуждённым за преступления, совершённые в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении от алкоголизма, наркомании либо в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного лечения и лечения у психиатра.

Кодекс предусматривает принудительную меру, не связанную с помещением лица в стационарное психиатрическое заведение, — амбулаторное принудительное лечение и наблюдение у психиатра (пункт «а»). Сущность рассматриваемой меры состоит в том, что лицо, к которому она применяется, направляется под наблюдение

учреждения, осуществляющего амбулаторную психиатрическую помощь по месту жительства больного. Осуществление данной меры состоит в необходимости явки к психиатру с предписанной им периодичностью и выполнения данных им рекомендаций и лечебных назначений. Отделение милиции оказывает содействие в проведении этих мероприятий в пределах своей компетенции. Главное преимущество этой меры по сравнению с принудительным лечением в стационаре состоит в возможности сохранения привычного для больного образа жизни, продолжения работы (если для этого нет противопоказаний), выполнения гражданских, семейных и прочих обязанностей, сохранение контактов с близкими. В отличие от обычного диспансерного наблюдения, в случае возрастания общественной опасности больного при амбулаторном лечении, суд при представлении комиссией психиатров может изменить вид принудительной меры на принудительное лечение в стационаре.

Лицам, совершившим преступление в состоянии вменяемости, но страдающим алкоголизмом, наркоманией или психическим расстройством, ограничивающим способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, при наличии показаний суд может назначить принудительную меру только в виде амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра. Место проведения данного вида принудительного лечения зависит от меры наказания, которое избрано судом: для лиц, осуждённых к лишению свободы, это лечение проводят по месту отбывания наказания в исправительном учреждении; для лиц, осуждённых к наказаниям, не связанным с лишением свободы, принудительное лечение проводят у психиатра или нарколога по месту жительства.

Под психиатрическим стационаром общего типа (пункт «б») следует понимать отделение психиатрической больницы или другого аналогичного учреждения, оказывающего стационарную психиатрическую помощь. Проведение принудительного лечения не является основной функцией данного отделения. Оно может быть как общепсихиатрическим (территориальным), так и узкопрофилированным (эпилептологическим, геронтопсихиатрическим, подростковым и т.п.). Выбор отделения, в которое больного помещают для принудительного лечения, определяется характером имеющегося у него психического расстройства и профилем от-

деления или зоной его обслуживания. Поскольку большая часть больных этого отделения находится на общих основаниях (т.е. не на принудительном лечении), режим содержания такого лица будет соответствовать режимам, применяемым по отношению к другим пациентам. Единственным дополнительным условием являются закрытый характер отделения (отсутствие свободного выхода), проведение прогулок только на территории больницы, непредставление домашних отпусков.

Стационары специализированного типа (пункт «в») обычно представляют собой отделения психиатрической больницы, целиком предназначенные для проведения принудительного лечения. Их создают в одной из крупных психиатрических больниц административной территории (1–2 отделения на регион). Существует опыт специализации целой больницы, обычно с небольшим количеством коек (150–200).

Стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением (пункт «г») представляют собой самостоятельные больницы федерального подчинения. Поскольку эти учреждения предназначены для относительно небольшого количества психически больных, представляющих особую опасность для общества, потребность в них не столь велика. В настоящее время в России существуют всего 7 больниц со строгим (интенсивным) наблюдением, все они располагаются в европейской части.

Главная особенность организации работы специализированных стационаров с интенсивным наблюдением заключается в том, что в них основное внимание уделяют созданию безопасных условий содержания, поскольку в эти стационары помещают психически больных, представляющих особую опасность для общества.

Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера (статья 102 Уголовного кодекса Российской Федерации)

1. Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляются судом по представлению администрации учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании заключения комиссии врачей-психиатров.
2. Лицо, которому назначена принудительная мера медицинского характера, подлежит освидетельствованию комиссией

врачей-психиатров не реже 1 раза в 6 мес для решения вопроса о наличии оснований для изменения такой меры. При отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера, администрацией учреждения, осуществляющего принудительное лечение, первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении 6 мес с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производят ежегодно.

3. Изменение или прекращение применения принудительной меры медицинского характера осуществляется судом в случае такого изменения психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера.
4. 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 связи с тем что принудительные меры направлены на возможность излечения лица, страдающего психическим расстройством, а также снижение или устранение его опасности для общества, заранее определить срок пребывания такого лица в лечебном учреждении невозможно. Принудительное лечение после его назначения судом продолжают до тех пор, пока наблюдение за больным не позволит сделать вывод об улучшении состояния его психического здоровья и снижении его общественной опасности до такой степени, при которой представляется возможным отменить принудительное лечение или изменить его вид.

Для того чтобы принудительное лечение не превратилось в бессрочное пребывание в психиатрическом стационаре лиц, совершивших общественно опасное деяние или заболевших психическим расстройством после совершения преступления, в Кодексе определены сроки обязательного освидетельствования таких лиц комиссией врачей-психиатров. Данная норма — «не реже 1 раза в 6 месяцев» — впервые предусмотрена законом. Многолетняя практика показала, что при установленной частоте освидетельстования

ний нет опасности пропустить перемену в состоянии больного и задержать его на принудительное лечение без достаточных оснований; вместе с тем она не является и слишком частой, чтобы стать обременительной для врачей, а также сделать саму процедуру ненужной формальностью. Формулировка закона, с одной стороны, не допускает превышения этого срока, а с другой, позволяет лечащим врачам при наличии оснований ставить вопрос о прекращении или изменении вида принудительного лечения и в более короткий срок (т.е. не дожидаясь истечения 6 мес).

Комиссия врачей-психиатров обычно состоит из врачей учреждения, осуществляющего принудительное лечение, однако в неё могут быть включены специалисты, не являющиеся сотрудниками данного учреждения. Предусматривается также возможность в особенно сложных случаях помещать больного для обследования и решения вопроса об отмене, изменении формы или продлении принудительного лечения в государственный научный Центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Результаты освидетельствования, независимо от конкретных выводов, к которым пришла комиссия врачей (о продлении, изменении или прекращении лечения), администрация представляет в суд, который принимает соответствующее решение.

В клиническом отношении наиболее убедительным показателем для прекращения любой принудительной меры медицинского характера является выздоровление. К сожалению, очень редки случаи, когда можно с полной уверенностью говорить о полном выздоровлении. Гораздо чаще приходится иметь дело не с выздоровлением, а с ремиссией, при которой отпадает необходимость в применении принудительных мер в связи со снижением потенциальной опасности больного. В таких случаях, если есть основания расценивать улучшение как стойкое, следует ставить вопрос об отмене принудительных мер.

В ряде случаев прибегают к принципу ступенчатой отмены принудительного лечения, особенно после принудительного лечения с интенсивным наблюдением. Больного поэтапно переводят в отделение специализированного типа или стационар общего типа, затем на амбулаторное принудительное лечение. В случае ухудшения психического состояния до отмены принудительного лечения возможен обратный перевод больного.

Недееспособность (статья 29 Гражданского кодекса Российской Федерации)

Проведение СПЭ о признании гражданина недееспособным проводят по определению суда, если он удовлетворит письменное ходатайство заинтересованных в этом сторон (обычно родственников или медицинского учреждения). СПЭ проводят в лечебном учреждении, в котором пациент проходит лечение, либо в помещении амбулаторной экспертизы. Нередко в случаях оспаривания завещания осуществляется посмертная СПЭ по материалам гражданского дела (показания свидетелей, медицинской документации).

Порядок проведения экспертизы, приглашение экспертов другой специальности, составление акта соответствуют таковым при проведении СПЭ по уголовным делам.

Признание гражданина недееспособным (статья 29 Гражданского кодекса Российской Федерации)

1. 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.
2. От имени гражданина, признанного недееспособным, сделки совершает его опекун.
3. Если основания, в силу которых гражданин был признан недееспособным, отпали, суд признаёт его дееспособным. На основании решения суда отменяют установленную над ним опеку.

Признание недееспособным лишает гражданина его гражданских прав и обязанностей, если она установлена в предусмотренном законом порядке. Он не может участвовать в выборах или выдвигать свою кандидатуру, совершать имущественные и другие сделки, наниматься на работу и т.д.

Гражданский кодекс при установлении недееспособности исходит из двух её критериев: медицинского и юридического. Только совокупность этих критериев определяет недееспособность гражданина.

- Медицинский критерий заключается в одной из фраз статьи — «вследствие психического расстройства». К сожалению, в рассматриваемой статье кодекса нет более подробного определения характера психического расстройства, которое предопределяет недееспособность. Понятно, что последняя

устанавливается на длительный, многолетний срок и исключительно в интересах больного, чтобы исключить прежде всего возможность манипулировать его средствами и имуществом; поэтому к рассмотрению дел о признании гражданина недееспособным принимают те случаи, когда речь идёт о хроническом психическом заболевании с неблагоприятным прогнозом либо о выраженном слабоумии. К хроническим психическим расстройствам в данном случае чаще всего относят непрерывно текущую шизофрению, эпилепсию с выраженными изменениями личности, хронически текущие психозы на почве грубой органической патологии мозга. Наиболее частые формы слабоумия, которые дают основание применить статью 29, включают тяжёлые степени олигофрении (имбецильность и идиотию), а также выраженные деменции сосудистого, травматического, инфекционного и другого генеза.

- Юридический критерий недееспособности статьи — «не может понимать значения своих действий или руководить ими» — отражает две стороны тяжести психических расстройств: интеллектуальный и волевой (см. соответствующий раздел о невменяемости).

Решение суда о недееспособности гражданина вступает в силу сразу после суда и имеет силу до тех пор, пока суд не признает его дееспособным. Такие случаи возврата дееспособности в практике СПЭ редки, поскольку признание недееспособным предусматривает исключительно редкую возможность восстановления или значительного улучшения интеллектуальных способностей или становления ремиссии, позволяющей больному правильно оценивать свои поступки и руководить ими.

В случаях имущественных споров перед экспертами нередко ставят вопрос о посмертном определении недееспособным завещателя (если одна из сторон оспаривает завещание, настаивая на недееспособности умершего). Проведение такой экспертизы предусматривает предоставления экспертам всей медицинской документации на умершего (амбулаторные поликлинические карты, стационарные истории болезни, данные патолого-анатомического вскрытия), сведения об особенностях его поведения в момент составления завещания от всех родственников и знакомых, где должны быть отражены его способности вести целенаправленную беседу, обслуживать себя, правильно расходовать средства, характер

отношения и конфликтов с родственниками и т.д. Такие подробные сведения позволяют экспертам с большей степенью достоверности ответить на поставленные судом вопросы.

Ограничение дееспособности (статья 30 Гражданского кодекса Российской Федерации)

1. Гражданин, который вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжёлое материальное положение, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство. Он вправе совершать мелкие бытовые сделки. Совершать другие сделки, а также получать заработок, пенсию и иные доходы и распоряжаться ими он может лишь с согласия попечителя. В то же время гражданин самостоятельно несёт имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред.
2. Если основания, в силу которых гражданин был ограничен в дееспособности, отпали, суд отменяет ограничение его дееспособности. На основании решения суда отменяются установленное над гражданином попечительство.

Как и в предыдущей статье, здесь следует рассматривать медицинский и юридический критерии. Первый представлен в статье Кодекса словами «злоупотребление спиртными или наркотическими средствами», второй — «ставит свою семью в тяжёлое материальное положение».

В отличие от предыдущей статьи, настоящая в большей степени защищает не интересы подопечного, а его семьи. Характер злоупотребления алкоголем или наркотиками пациентами должен соответствовать второй стадии алкоголизма или наркомании, поскольку именно в этой стадии с формированием абстинентного синдрома злоупотребление ПАВ носит запойный характер и требует значительных средств. Так как диагностика алкоголизма или наркоманий во многом связана с получением объективных сведений о пациенте, эксперты не могут удовлетвориться только данными, полученными от пациента и заинтересованных родственников, необходимы также характеристики о больном с работы, жилищной конторы, территориального отделения милиции и др.

Признание гражданина ограниченно недееспособным не связано с наличием других психических нарушений, изменяющихся в связи с приёмом алкоголя или наркотиков, таких, как интоксикационные психозы, выраженные личностные изменения или деменции.

Несмотря на то что решение об ограничении недееспособности не имеет определённого срока действия, статьёй предусмотрена отмена судом этого действия, если гражданин после лечения прекратил злоупотребление ПАВ.

Опека и попечительство

Опеку и попечительство (статья 31 ГК РФ) устанавливают для защиты прав и интересов недееспособных или не полностью дееспособных граждан. Опекуны и попечители выступают в защиту прав и интересов своих подопечных в отношениях с любыми лицами, в том числе в судах без специального полномочия.

Статья 32. Опека

1. Опека устанавливается над гражданами, признанными судом недееспособными вследствие психического расстройства.
2. Опекуны являются представителями подопечных в силу закона и совершают от их имени и в их интересах необходимые сделки.

Статья 33. Попечительство

1. Попечительство устанавливают над гражданами, ограниченными судом в дееспособности вследствие злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами.
2. Попечители дают согласие на совершение тех сделок, которые граждане, находящиеся под попечительством, не вправе совершать самостоятельно.

Попечители оказывают подопечным содействие в осуществлении ими своих прав и исполнении обязанностей, а также охраняют их от злоупотреблений со стороны третьих лиц.

Опекуны и попечители назначаются органами опеки и попечительства по месту жительства лица, нуждающегося в опеке.

Военно-врачебная экспертиза

В структуре медицинской службы Российской армии созданы штатные и нештатные военно-врачебные комиссии, в которые по необходимости включаются и врачи-психиатры. Штатные комиссии организованы в госпиталях и при райвоенкоматах, нештатные —

в гражданских психиатрических больницах по распоряжению начальника медотдела округа с правами госпитальных комиссий.

Работа военно-врачебных комиссий регламентируется «Положением о военно-врачебной экспертизе», в расписании болезней которого психическим расстройствам отводится 8 статей, включающих в себя в общем виде практически все рубрики МКБ-10.

В Положении содержатся четыре графы: в первой отражают результаты освидетельствования призывников, во второй — военно-служащих, проходящих военную службу по призыву, в третьей — военнослужащих, проходящих службу по контракту, в четвертой — проходящих военную службу на подводных лодках.

В эти графы в зашифрованной форме заносят результаты освидетельствования в виде пяти категорий годности к военной службе:

А — годен к военной службе;

Б — годен к военной службе с незначительными ограничениями;

В — ограниченно годен к военной службе;

Г — временно не годен к военной службе;

Д — негоден к военной службе.

Признают негодными к военной службе все лица, перенёвшие психотические расстройства или страдающие ими, с психопатическими расстройствами личности, слабоумием. Лица с непсихотическим уровнем расстройств относятся к группам Б–Г, иногда — Д (в зависимости от выраженности симптоматики, длительности течения, курабельности расстройств, занимаемой должности).

Поскольку понятия «полное здоровье» и «годность к военной службе» не всегда совпадают, ВКК ориентируются на «функциональную приспособляемость» как основной критерий такой годности. Например, лица с лёгкой степенью дебильности в порядке исключения могут быть признаны годными к строевой службе в мирное время.

Трудовая экспертиза

Трудовую экспертизу проводят по тем же правилам, что и в общемедицинской сети. Экспертизу временной нетрудоспособности производит лечащий врач, который единолично выдаёт гражданам листки нетрудоспособности сроком на 30 дней, а на больший срок — врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

Медицинская клинично-экспертная комиссия в психоневрологическом диспансере или психиатрической больнице решает вопрос о длительности временной нетрудоспособности, которая от-

ражается в предоставляемом больному листке нетрудоспособности. Если продолжительность лечения продолжается свыше 4 месяцев, встаёт вопрос о переводе больного на инвалидность. В случаях, когда есть основания рассчитывать на благоприятный исход психического расстройства с выходом в хорошую ремиссию, больничный лист может быть продлен до 10 месяцев.

Диагностическая деятельность клинико-экспертных комиссий сопряжена и с решением вопроса о пригодности больного к тому или иному виду деятельности. Больные, находящиеся на диспансерном наблюдении в психоневрологическом диспансере, могут быть признаны непригодными к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности (вождение машины, владение оружием, работа в медицине и пр). Такое решение принимается комиссией на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суде.

При экспертизе временной нетрудоспособности определяют необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, также принимается решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК), в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности.

Медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объём и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, даёт рекомендации по трудовому устройству граждан.

Основным критерием для определения группы инвалидности является остаточная степень трудоспособности. В соответствии с этим III и II группы имеют три градации, а I только одну, поскольку инвалид I группы признается нетрудоспособным.

Медико-социальная экспертиза производится учреждениями медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения. Рекомендации медико-социальной экспертизы по трудоустройству граждан являются обязательными для администрации предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.