**ПРЕДМЕТ, МЕТОДЫ И СОДЕРЖАНИЕ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ**

Судебная психиатрия является специальным разделом общей психиатрии. Она неотделима от нее но имеет свои особенности. Если общая психиатрия изучает главным образом причины и характер психических заболеваний, их диагностику, лечение, реабилитацию психически больных и другие вопросы (в том числе и предупреждение психических расстройств у здоровых лиц), то судебная психиатрия сохраняя в той или иной степени решение этих вопросов за собой, изучает также психические заболевания применительно к требованиям специальных задач уголовного и гражданского процесса.

Объектом изучения судебной психиатрииможет быть психически больной и здоровый человек в повседневной жизни, подозреваемый, обвиняемый, подсудимый, потерпевший, свидетель, истец, ответчик, а предметом ее исследования - состояние психики, болезненные нарушения и психическая их деятельность как во время деликта и проведения судебно-психиатрической экспертизы, так и установление психопатологических изменений ретроспективно по показаниям очевидцев, материалам уголовного и гражданского дела, данным медицинских, служебных и личных документов (переданных следствием и судом для изучения судебно-психиатрическим экспертом).

Цель судебной психиатриисводится к тому, чтобы установить психическое состояние испытуемого и помочь правосудию решить главную проблему, которая возникает в ходе судебно-следственных действий - преступник или психически больной совершил те или иные противоправные действия. Ведь с точки зрения законодательства и права психически больной человек, совершивший общественно опасное деяние, не считается преступником и к нему не применяют 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.

Такая постановка проблем судебной психиатрии определила ее основные разделы: судебно-психиатрическая экспертиза, принудительные меры медицинского характера, пенитенциарная психиатрия.

Исходя из того, что общепринятым руководящим принципом отечественной судебной психиатрии и ее основного раздела - судебно-психиатрической экспертизы является объективность, доказательность и независимость, построена вся система судебно-психиатрической экспертизы в РФ. Она находится в ведении органов здравоохранения. Оперативное руководство экспертной деятельностью осуществляет Минздрав РФ через органы здравоохранения на местах, а методическое и научное - Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Непосредственным законодательным актом, рассматривающим основные положения охраны психического здоровья в нашей стране, явился Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992 г.).

**СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Судебно-психиатрическая экспертиза является основным разделом и приоритетным направлением судебной психиатрии. Исходя из актуальных потребностей правосудия она преследует цель: оценить и дать экспертное заключение психическому состоянию подэкспертных лиц (субъектов уголовного или гражданского процесса) во время совершения тех или иных действий, проведении экспертного обследования и обострении психического заболевания.

Судебно-психиатрическая экспертиза необходима тогда, когда в ходе судебно-следственного процесса потребовались специальные медицинские знания в области психиатрии. Она назначается органами предварительного дознания, следователем, прокурором и судом. Обязательным оформлением такого поручения является особый процессуальный документ, носящий название «Постановление о производстве судебно-психиатрической экспертизы» выносимый лицом, ведущим следствие, или «Определение (постановление) о производстве судебно-психиатрической экспертизы», выносимым судьей по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела.

Обязательным основанием у вышеуказанных должностных лиц для назначения судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе являются сомнения в нормальном состоянии психического здоровья подозреваемого, обвиняемого, подсудимого, потерпевшего, свидетеля; странности в их поведении и высказываниях; ссылки на имеющееся хроническое душевное заболевание или слабоумие: последствия черепно-мозговой травмы или заболеваний головного мозга; обследование и лечение в психиатрических стационарах; пребывание на учете (амбулаторное лечение) в психоневрологических учреждениях (диспансерах); прохождение в прошлом судебно-психиатрической или трудовой (военной, профессиональной) экспертиз; отсутствие видимых мотивов и целей совершенного деяния; особая жестокость в насилии и надругательство над потерпевшим: непонятное глумление над трупом; постоянные конфликты (в семье, коллективе, обществе); грубая оппозиция ко всему и ко всем.

**ВИДЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

При недостаточной ясности или полноте заключения эксперта, а также при возникновении новых вопросов в отношении ранее исследованных обстоятельств уголовного дела может быть назначена дополнительная судебная экспертиза, производство которой поручается тому же или другому эксперту. В случаях возникновения сомнений в обоснованности заключения эксперта или наличия противоречий в выводах эксперта или экспертов по тем же вопросам может быть назначена повторная экспертиза, производство которой поручается другому эксперту а в особо сложных случаях - Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Заочная экспертиза проводится лишь в исключительных случаях, когда подэкспертное лицо не может быть доставлено для личного участия, в частности, когда оно находится вне пределов РФ.

Посмертная экспертиза. Как правило, проводится в гражданском судопроизводстве и трудность ее заключается прежде всего в том, что в гражданском процессе не проводится предварительного следствия и поэтому качество и количество материалов, которые бы характеризовали действия и личность покойного, очень ограничены. Поэтому судебно-психиатрическим экспертам для ретроспективного установления психического состояния умершего в период совершения им тех или иных действий (напр., заключения сделок) необходимо ознакомиться с представленными ему судом материалами гражданского дела, медицинскими и немедицинскими документами, личной перепиской, характеристикой покойного, представленной с места работы и жительства.

Судебно-психиатрическим экспертам обосновать выводы о психическом состоянии подэкспертных лиц при данном виде экспертизы очень помогает изучение свидетельских показаний. В то же время их противоречивость, как правило, влечет за собой необходимость участия эксперта в судебном заседании. Это связано с тем, что его целенаправленный опрос свидетелей о поведении в период деяния такого лица (напр., завещателя в период оформления документов), взаимоотношениях с представителями сторон те или иные сведения о психических нарушениях, которые они вольно или невольно могут дать при этом, способствуют выявлению природы заболевания, установлению глубины и тяжести патологических нарушений психики (если они имелись) и даже составлению ретроспективной диагностики.

Посмертная экспертиза призвана устранить последствия болезненных действий больного, что вызывает необходимость оценивать психическое состояние подэкспертного лица ретроспективно (после его смерти). Это обусловливает большую сложность указанных экспертиз, т.к. экспертное заключение основывается лишь на изучении материалов дела, медицинской документации (если она имеется) и показаниях свидетелей.

Поводом для назначения посмертной экспертизы, напр., являются судебные иски о признании недействительным завещания (дарственной записи, сделок), оформленного лицом, в психической полноценности которого возникли сомнения.

**КРИТЕРИИ НЕВМЕНЯЕМОСТи**

Формула невменяемости содержит два критерия - медицинский (биологический) и юридический (психологический), которые выступают в единстве и определяют невменяемость лица, совершившего общественно опасное деяние.

Медицинский критерий (может быть констатирован только у психически больного человека) состоит из четырех признаков психических нарушений хронического психического расстройства (напр. шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивного психоза, прогрессирующего паралича, старческого психоза и других психических заболеваний с тенденцией к прогрессированию), оставляющего после острых клинических проявлений нарастающий психический дефект в виде необратимых нарушений интеллектуальных функций приобретенного характера вплоть до слабоумия и маразма: временного психического расстройства(напр. исключительных и реактивных состояний, алкогольного психоза) - обратимого заболевания, которое может длиться от нескольких минут до нескольких часов и даже дней и в редких случаях недель. Оно заканчивается выздоровлением, не оставляющим видимых изменений в психической деятельности.

• слабоумия (напр., олигофрении, инволюционных процессов), у которого ведущим является необратимость нарушений интеллектуальной функции как врожденного, так и приобретенного характера:

• иного болезненного состояния (напр., психопатии) как стойкого нарушения или аномалии в развитии психики, возникших в результате перенесенных различных соматических, неврологических, инфекционных и других заболеваний, или как дефект патологического воспитания.

Юридический критерийформулируется как невозможность невменяемых осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Данный критерий представляет собой обобщающую характеристику психического состояния, в частности - тяжесть (глубину) болезненных расстройств психики, и состоит из двух признаков:

• интеллектуального (невозможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий-бездействия, напр., при олигофрении в степени дебильности);

• волевого (невозможности руководить своими действиями, напр., при психопатии).

Наличие этих признаков у юридического критерия позволяет анализировать различные стороны психической деятельности подэкспертного лица (мыслительную, эмоциональную, волевую, интеллектуальную и др.). Если первая часть критерия (интеллектуальная) требует анализа мыслительных и критических способностей, дает возможность адекватной оценки обстановки и собственного поведения испытуемого, то при дефекте его второй части (волевого критерия) страдает контроль за своими высказываниями, действиями и поступками, возможность понимать их сущность и руководить ими.

**ДЕЕСПОСОБНОСТЬ-НЕДЕЕСПОСОБНОСТЬ**

Гражданская дееспособность возникает с наступлением 18-летнего возраста и лишь в исключительных случаях раньше (со времени вступления в брак). Дееспособность в качестве обязательного условия предполагает такое психическое состояние субъекта, которое обеспечивает ему способность понимать значение своих действий или руководить ими.

Недееспособность определяется сочетанием двух критериев: медицинского (психическое расстройство) и юридического(непонимание значения своих действий или невозможность руководить ими). Недееспособность устанавливается при совпадении обоих критериев. Недееспособными признаются те психически больные, которые вследствие психического расстройства не способны рассудительно вести свои дела, не могут правильно понимать окружающее и жизненную ситуацию и отдавать отчет своим действиям или руководить ими. Психически больные, даже если они страдают тяжелым и неизлечимым психическим заболеванием, но понимают значимость совершенных ими поступков и способны регулировать свое поведение и действия, остаются дееспособными. Возможность рассудительно вести свои дела определяется у них наличием таких качеств ума, которые обеспечивают правильное поведение больных в их практической деятельности.

Недееспособность может касаться как отдельно совершенного юридического акта (подписания завещания, заключения договора и сделки), так и способности лица достаточно критично вести свои дела за более или менее продолжительный период времени в будущем.

При экспертизе в гражданском судопроизводстве в иных случаях важно установить, с какого времени психически больной человек стал недееспособным, поскольку в некоторых случаях недееспособность наступает после подписания такого акта, и в этом случае документ не утрачивает своей юридической силы. Если же установлено, что сделка (подписание договора, заключение брака) были оформлены в состоянии, когда заключавшее сделку лицо не могло понимать значения своих действий, то такой юридический акт может быть признан недействительным.

Признание субъекта недееспособным осуществляется только судом. Ходатайствовать перед судом о признании психически больного недееспособным могут члены его семьи, общественные и профсоюзные организации, прокурор, органы опеки и попечительства, психиатрические лечебные учреждения.

Назначение на судебно-психиатрическую экспертизу для определения психического состояния субъекта производится судом при наличии достаточной аргументации и данных о его психической болезни или слабоумии. В исключительных случаях, при явном уклонении такого лица от прохождения экспертизы, суд (при участии эксперта-психиатра) может вынести определение о принудительном направлении больного на судебно-психиатрическую экспертизу.

Хотя законодательство и не признает ограниченной дееспособности психически больных лиц, но допускает возможность ее ограничения для лиц, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими веществами и ставящих в связи с этим свою семью в тяжелое материальное положение. В этом случае суд назначает попечителя, без согласия которого такие лица не могут совершать сделки, получать зарплату (пенсию) или иные виды доходов и распоряжаться ими.

**ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ К ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ**

Лица, совершившие правонарушения в состоянии невменяемости, обусловленном хроническими или временными психическими расстройствами, не являются преступниками, и не подлежат наказанию и воспитательному воздействию в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы. К ним, как и к психически больным, а также к лицам, злоупотребляющим спиртными напитками или наркотиками и их суррогатами, совершившим преступления и признанными вменяемыми за них по определению суда могут быть назначены различные меры медицинского характера. Меры в отношении психически больных носят исключительно медицинский характер, направлены на лечение психических заболеваний и осуществляются в целях предупреждения общества от повторения больными социально опасных действий (поступков), совершаемых по болезненным мотивам.

Организационно порядок рассмотрения принудительного лечения судом осуществляется после разбирательства уголовного дела, но также в судебном заседании в присутствии лица, в отношении которого оно решается (если позволяет его психическое состояние), с участием прокурора и адвоката, а при необходимости - свидетелей, потерпевших и судебно-психиатрического эксперта. Суд, на основании заключения судебно-психиатрической экспертной комиссии, после обсуждения принимает решение о применении к такому лицу принудительных мер медицинского характера. Эта форма медицинских мер может быть назначена следующей категории лиц:

1) совершившим деяния, предусмотренные статьями УК РФ, в состоянии невменяемости:

2) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания (т.е. во время проведения следствия и суда или при отбывании наказания и нахождении в исправительном учреждении);

) совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости (т.е. осужденным за преступление и страдающим психическим заболеванием, но признанным вменяемым за совершенное действие).

Принудительные меры медицинского характера назначаются только в тех случаях, когда психические расстройства у данной категории лиц связаны с возможностью в будущем причинения ими иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц (т.е. в данном случае речь идет о степени социальной опасности для общества).

Виды принудительных мер медицинского характера:

) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;

) в психиатрическом стационаре общего типа;

) в психиатрическом стационаре специализированного типа;

) в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Все психиатрические учреждения, организующие в соответствии с приказом Минздрава РФ принудительное медикаментозное лечение и наблюдение, находятся в ведении органов здравоохранения. Исключение составляют те из них, в которых проходят принудительное лечение осужденные (это амбулатории медицинских частей или психиатрические стационары уголовно-исполнительной системы).

**ШИЗОФРЕНИЯ**

Шизофрения - психическое заболевание с прогрессирующим течением и разнообразной психопатологической симптоматикой вплоть до появления психического дефекта - шизофренического слабоумия. Наиболее характерные его клинические признаки выражаются в расстройстве процессов мышления (разорванность речи, неадекватность), эмоциональной сферы (эмоциональной напряженности, тупости и холодности). Кроме того, довольно часты у больных шизофренией слуховые галлюцинации, бред, которые они могут и нередко пытаются скрывать (диссимулировать). В то же время память больного, его интеллект, полученные ранее знания остаются длительное время без значительных изменений. Но, несмотря на это работоспособность заболевшего постепенно падает.

Клиническая симптоматика больных шизофренией характеризуется постепенным снижением психической активности, нарастанием личностных изменений, уходом в свою внутреннюю жизнь, ранимостью, сужением круга интересов, неуживчивостью, конфликтностью, оппозицией ко всему, исчезновением прежних привязанностей, равнодушием к близким и их страданиям, бездушием, потерей любознательности и интереса, прогрессирующей вялостью и пассивностью, нарушением адаптации, манерностью, оригинальностью, вздорностью, чудачеством. В то же время у них отмечают раздражительность, злобность, грубость, агрессивность, утрированный педантизм, сутяжничество. Неразрывно с прогредиентностью шизофрении следует рассматривать особенности конкретных клинических психопатологических симптомов и синдромов, а также степень их тяжести, более выраженных в период рецидива заболевания Изучение симптоматологии и возможных деяний при шизофрении, а также интерпретация актов судебно-психиатрической экспертизы должны привести к следующим выводам:

• противоправные действия совершаются больными преимущественно на начальном этапе заболевания чаще они бывают в виде хулиганства или поступков, связанных с расстройством влечений или импульсивными действиями;

• в остром периоде заболевания, при психозах, непрерывно текущем процессе или выраженном шизофреническом дефекте (даже в период ремиссии) постановка диагноза не вызывает сомнения, и больные признаются невменяемыми;

• при обнаружении шизофренического дефекта и стойких позитивных расстройств (в виде астении, депрессии, маниакальности, паранойяльное™, галлюцинаций, бреда, помрачения сознания) даже в период ремиссии больные признаются невменяемыми:

• в качестве психопатоподобных расстройств у больных шизофренией можно рассматривать наличие такого состояния, как отрицание психического заболевания, причем к особенностям болезненного состояния следует отнести и то, что они предпочитают нести уголовную ответственность, чем быть признанными психически больными;

• при правонарушениях, совершенных в период длительной ремиссии или выздоровления с удовлетворительной социальной адаптацией, такие лица признаются вменяемыми;

• лица, находящиеся под следствием и судом с целью уклониться от уголовной ответственности, в настоящее время склонны симулировать шизофрению чаще, чем другие психические заболевания.

**ЭПИЛЕПСИЯ**

Эпилепсия - хроническое психическое заболевание, в клинике которого отмечают судорожные и бессудорожные припадки (пароксизмы), психозы и специфические изменения личности вплоть до эпилептического слабоумия. Эпилепсия довольно распространена у правонарушителей молодого возраста.

Проявления эпилепсии довольно многообразны.группа - судорожные (пароксизмальные) состояния. Они делятся на большие и малые эпилептические припадки (группа пароксизмально-судорожных состояний) и эпилептические эквиваленты.

Большие эпилептические припадки характеризуются кратковременными судорожными приступами, сопровождающимися потерей сознания. Он длится 1-3 мин и проявляется последовательной сменой следующих фаз: ауры (обычно возникающей за несколько секунд или минут до припадка в основном в виде разнообразных вегетативных психических, сенсорных и двигательных нарушений); тонических и клинических судорог на фоне нарушенного сознания (возможно с прикусыванием языка, непроизвольным мочеиспусканием); оглушения сознания либо кратковременного сна.

Малый эпилептический припадок обычно диагностируют на фоне кратковременной потери сознания. Ему тоже может предшествовать аура. При этом обращает на себя внимание то, что больные или «застывают» в одной позе, или у них возникают стереотипные движения, произношение одних и тех же фраз, или появляется блуждающий взгляд, либо, наоборот, взгляд, устремленный в одну точку. При данном виде пароксизма могут быть заметными отдельные судорожные подергивания различных групп мышц.

Эпилептические эквиваленты - непродолжительные психические нарушения, развивающиеся как бы вместо припадка. Они однотипны и чаще проявляются в виде дисфории (расстройства настроения, тоски, страха, раздражительности, злобы, напряженности, подозрительности, готовности к агрессии) и сумеречных помрачений сознания (потери ориентировки, бредового восприятия действительности, аффекта страха, злобы, агрессии).

Варианты сумеречного помрачения сознания при эквивалентах - фуга и транс довольно часты в практике судебной психиатрии. При этом больные в состоянии измененного сознания производят внешне целесообразные, иногда довольно сложные действия в виде спасения, предотвращения опасности, блуждания, путешествия. Внешне такие лица ничем на себя не обращают внимания, за исключением того, что они как бы сверх необходимого отрешены от действительности, погружены в свои мысли. Продолжительность каждого такого эпизода - от нескольких минут до нескольких дней. У них также фиксируют последующую амнезию.группа - эпилептические психозы. Они бывают острыми, затяжными и хроническими. У больных эпилепсией, в отличие от других заболеваний, психозы протекают без видимого помрачения сознания, но в виде различного по времени и остроте бреда (преследования, ревности, отравления, ипохондрии) и других психических изменений.группа - специфические эпилептические изменения личности. При них типичными являются личностные и интеллектуальные нарушения, постоянно сопровождающие больных и нарастающие по мере длительности течения эпилепсии.

**МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ**

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) - это психическое заболевание с хроническим течением. Протекает в форме периодически чередующихся приступов маниакального (повышенного настроения ускоренного мышления, двигательного возбуждения) и депрессивного (пониженного настроения, замедленного мышления, двигательной заторможенности) состояний. Протяженность этих фаз - от 2 до 6 мес. и они чаще всего разделены интермиссиями (т.е. такими состояниями, при которых исчезают психические расстройства и восстанавливается нормальная психическая деятельность с присущими для данной личности психологическими особенностями, чем они отличаются от других психических заболеваний, напр. шизофрении). Однако депрессивные фазы все же более продолжительные.

При маниакальном приступе для больных типичны повышенная психическая деятельность, переоценка своих возможностей и способностей, неоправданные оптимизм и альтруизм, хвастовство, иногда переходящее в бред величия, реформаторство, представление о своем высоком социальном происхождении. В этом состоянии им присуща непродуктивная занятость. Они находят для себя массу дел, которые сопровождаются дезорганизацией дома и на работе. Возникающая при этом раздражительность подталкивает больных к непродуманным и даже хулиганским действиям. В этой фазе у них повышаются различные влечения, появляются склонность к алкогольным и сексуальным эксцессам, расточительству стремление к общению с асоциальными личностями. Обычно эта фаза наступает в вечернее время При депрессивной фазеконстатируют подавленное настроение, необоснованную тревогу, плохой сон, вялость, разбитость, неопределенные опасения неуверенность, тягостные предчувствия, понижение психической деятельности, невозможность сосредоточиться, рассеянность, забывчивость, соматические нарушения, астению, похудение, запоры. Утяжеление психической симптоматики происходит обычно в предрассветные часы и рано утром.

Формы течения МДП отличаются от классического варианта. Этот психоз может протекать в виде только приступа маний или только депрессий. В других случаях отмечают сдвоенные по клиническим проявлениям фазы (депрессивная, внезапно без видимого перехода сменяется маниакальной или наоборот) и лишь после этого наступает интермиссия.

Судебно-психиатрическая практика указывает, что для больных МДП характерны:

•в маниакальной фазе - особая склонность к возбуждению, нарушению общественной нравственности и социального поведения (растраты, незаконные сделки, сексуальные эксцессы, обострение влечений, альтруизм);

• в депрессивной фазе - преобладает торможение, повышенная болезненная возможность самооговоров и оговоров, склонность к агрессии, нанесению вреда своему здоровью, самоповреждениям и самоубийствам, совершению тяжелых, социально значимых криминальных деяний.

Больные МДП признаются невменяемыми (недееспособными) при совершении деяний в состоянии психоза (острого периода заболевания), а вменяемыми при совершении деяния в период интермиссии.

**ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

В судебно-психиатрической практике последствия травматического поражения головного мозга (в виде сформированного психоорганического синдрома) встречаются чаще других психических заболеваний в основном из-за возросшего агрессивного поведения части населения (нередко под влиянием злоупотребления алкоголем), заметного увеличения числа молодых людей, участвующих в военных действиях, занимающихся регулярно боксом, каратэ, и в целом роста преступности в стране.

Последствия травматической болезни головного мозга - одна из самых сложных и до конца не решенных проблем медицины, и в частности психиатрии. Ведь симптомы черепно-мозговой травмы по-разному представлены при одной и той же мозговой травме эмоционально-волевыми и интеллектуально-мнестическими расстройствами, вызванными необратимыми изменениями в одинаково пораженных травмой и внутричерепными кровоизлияниями участках головного мозга, нарушением циркуляции спинно-мозговой жидкости.

Следует отметить, что симптоматология в посттравматическом периоде определяется большим полиморфизмом и состоит из общемозговых и локальных неврологических, а также психических нарушений. Но несмотря на различные виды черепно-мозговых травм, динамика психических расстройств отличается известным единообразием и тенденцией к постепенному их регрессу, что позволило выделить три основных этапа в посттравматическом периоде • начальный, следующий непосредственно за травмой и характеризующийся различной степенью утраты сознания (в легких случаях - непродолжительная, в тяжелых - вплоть до комы), оглушенностью:

острый, сопровождающийся восстановлением сознания и возникновением разнообразных нервно-психических расстройств; в этот период наблюдаются различные формы потери памяти, т.е. амнезия (ретроградная, антероградная), выраженная астения с нарушениями сна, вестибулярные и вазовегетативные нарушения (головокружение, тошнота, лабильный пульс и артериальное давление, потливость);

отдаленные последствия с полной редукцией (обратным развитием), имевшей место нервно-психопатологической симптоматики или формирование резидуальных психоорганических и неврологических синдромов (т.е. возможна апраксия и другие расстройства).

Лица с последствием черепно-мозговой травмы и паранойяльным (психопатологическим) развитием личности или галлюцинаторно-бредовыми психозами, тяжелыми дисфорическими нарушениями, а также страдающие эпилептиформными припадками, травматической деменциеи, как и при декомпенсации травматической болезни, признаются невменяемыми за совершенное деяние.

**СИФИЛИТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Нейросифилис - специфические заболевания центральной нервной системы сравнительно редко встречаются в практике общей психиатрии, но часто при судебно-психиатрических исследованиях. В происхождении этой группы заболеваний основную роль судебно-психиатрические эксперты отводят перенесенному в прошлом и плохо леченному (или не леченному) сифилису. При этом психопатологические проявления обусловлены местом проникновения в головной мозг возбудителя заболевания - бледной трепонемы и соответствующим поражением паренхимы, нервных клеток и сосудов мозга, воспалением мозговых оболочек либо появлением специфической опухоли (гуммы). Именно по степени деструктивных изменений центральной нервной системы, соматоневрологических и психопатологических осложнений в этой группе заболеваний выделяют сифилис мозга и прогрессирующий паралич.

Сифилис головного мозга. Поражение мозга носит очаговый характер, хотя констатация и клинические проявления психических расстройств во многом зависят от целенаправленной и своевременной диагностики, характера сифилитических поражений, интенсивности лечения и возраста больного. Необходимо уточнить формы заболевания (которые выделяют при их прогрессировании по ведущим симптомам): неврастеническая, менингиальная, гуммозная и др. Их объединяют нарастание головной боли, раздражительность, психическая истощаемость, нарушение сна, вялость, апатия, депрессия, ослабление памяти, появление оглушенности, заострение личностных особенностей, а позднее - эпилептиформные расстройства (напр., судороги), начальные признаки деградации психики (слабоумие), и другие заметные для окружающих нарушения.

Прогрессивный паралич. Обычно диагностируют при нелеченном сифилисе, через 10-12 лет после заражения. При этом происходит довольно обширное поражение не только головного мозга, но и организма в целом. Отмечается склонность к прогрессирующему течению. Появляются характерные признаки со стороны внутренних органов (хрупкость костей и т.п.). нервной системы (нарушение реакции глаз, речи сухожильных рефлексов), крови и спинно-мозговой жидкости. В психической сфере к вышеуказанным при сифилисе мозга симптомам присоединяются неправильное поведение, не соответствующая обстоятельствам эйфория, легкомысленное ко всему отношение, расторможенность влечений (сексуального, пищевого), цинизм, особая нелепость в высказываниях и действиях, утрата критики, нарастающее слабоумие, непостоянные бредовые идеи депрессивного характера, двигательные нарушения.

При судебно-психиатрическом исследовании диагноз «сифилис головного мозга» при клинической компенсации заболевания у таких лиц говорит об их вменяемости при совершении правонарушения. Однако установление даже начальной стадии прогрессирующего паралича ведет к признанию лица невменяемым.

**ПСИХОЗЫ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Пограничные психические расстройства определяются клиническими проявлениями неврозоподобного синдрома. Кроме того, нередки у таких лиц фиксация на неприятных ощущениях, подавленность настроения, тревожность, раздражительность, преувеличенное внимание к своему здоровью, аффективная неустойчивость, сужение круга интересов, заострение личностных особенностей и др. Эти изменения чаще констатируют у тех пожилых людей, у которых они сочетаются с соматоневрологическими заболеваниями. В основном эта группа лиц правопослушна, вменяема за инкриминируемые деяния и дееспособна.

Психотические (инволюционные) нарушения возникают при неблагоприятном течении склеротического процесса у лиц пожилого и старческого возраста. Их констатируют в виде предстарческих (пресенильных) и старческих (сенильных) расстройств (неправильная оценка и восприятие окружающего, нарушение критики, интеллектуально-мнестические особенности), которые часто связаны с определенными хронически протекающими монотонными психотравмирующими обстоятельствами и острыми реальными ситуациями, социально значимыми для таких лиц.

Предстарческие психозы возникают чаще у лиц в возрасте 60-65 лет и сопровождаются депрессией, тревогой, тоской, суетливостью, страхом, подозрительностью, ипохондрией, устрашающими галлюцинациями, бредом, двигательным и речевым возбуждением. Из-за особенностей болезненных проявлений психиатры выделяют следующие формы предстарческих психозов:

) инволюционная меланхолия - меланхолия пресенильная (болезнь Крепелина). В ее клинических проявлениях преобладают эмоциональные нарушения, чаще в виде тревожной депрессии и ипохондрических переживаний, двигательной заторможенности или наоборот возбуждения с аффектом тревоги, страха и беспокойства, вплоть до бредовых идей виновности и преследования;

) инволюционный параноид - более тяжелое психическое состояние, в котором уже эпизодически диагностируют бред ревности, преследования, ущерба на фоне тревоги и тоски;

) инволюционная истерия характеризуется аффективной неустойчивостью и лабильностью с констатацией у больных бурных эмоциональных реакций по незначительным поводам и даже так называемых истерических стигм (спазмов в горле, функциональных припадков, истерических парезов) и вегетативных нарушений (покраснение, побледнение, заикание):

) инволюционная деменция развивается вследствие деструктивных атрофических процессов в головном мозгу. Они характеризуются прогрессированием локальных психопатологических нарушений, постепенным их расширением, прогредиентностью. необратимостью течения и нарастанием слабоумия.

Старческий психоз протекает на фоне патологического старения организма и возникает уже с 70-летнего возраста. При этом у таких лиц отмечают затруднение процессов восприятия, опустошение запасов памяти, нарушение мышления, наивность суждений, суетливость, эгоистичность, бессонницу и даже бред ущерба и виновности. Не так уж редко у них и слабоумие.

Вместе с тем само по себе психическое (соматическое) признание старческой дряхлости не исключает дееспособности (если при этом нет слабоумия и продуктивной психопатологической симптоматики).

**АЛКОГОЛИЗМ**

Простое опьянение. Его основу составляют определенные психические и соматоневрологические расстройства, возникающие вследствие приема даже небольшой дозы алкоголя. Алкоголь избирательно угнетает, прежде всего, центральную нервную систему, нарушает нормальное течение физиологических процессов торможения и возбуждения, определяя этим поведение человека. Степень опьянения зависит не столько от количества принятого алкоголя сколько от состояния организма, функциональных возможностей головного мозга, привыкания к спиртосодержащим напиткам, способа его введения в организм и ряда других причин.

Простое алкогольное опьянение имеет определенную психическую, неврологическую и соматическую динамику, по клиническим особенностям которой судебные психиатры дают медицинское заключение.

Простое опьянение часто встречается в судебно-психиатрической экспертной практике и решение вопроса о вменяемости не вызывает затруднений. Это связано с тем, что у таких лиц контакты с внешними раздражителями длительное время сохраняются так же, как и способность критически воспринимать ситуацию, осознавать характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. У них не развиваются психотические состояния (в виде сумеречного помрачения сознания, бреда, галлюцинаций) и поэтому они подлежат уголовной ответственности.

Патологическое опьянение. Возникает лишь в отдельных случаях у лиц, как правило, не пьющих регулярно алкоголь, в прошлом перенесших травмы или заболевания головного мозга и считающихся психически здоровыми лицами, в условиях эмоционального напряжения, переутомления, хронического недосыпания, неуверенности, боязливости. В его происхождении принимают участие довольно сложные психофизиологические механизмы, в том числе и на молекулярном уровне. Это качественно иное болезненное состояние психики, чем вызванное простым алкогольным опьянением, и требующее иного, помимо медицинского и правового подхода. Данный вид опьянения возможен спустя буквально через несколько минут после приема алкоголя и протекает обычно вне зависимости от принятой дозы. Судебные психиатры в своих ретроспективных исследованиях, как правило, устанавливают, что опьяневший через некоторое время после приема алкоголя неожиданно для окружающих стал тревожным, растерянным, отрешенным, недоступным к контактам. Движения и поза имели выраженный защитный вариант вследствие того, что действительность приобрела для него характер безотчетного ужаса.

В результате извращенной острой алкогольной интоксикации у такого лица наступает кратковременно протекающее психотическое расстройство с глубоким сумеречным помрачением сознания, бредовыми и галлюцинаторными переживаниями и вытекающим из этого неадекватным поведением, во многом зависящим от характерологических особенностей индивида. Но двигательное возбуждение обычно внезапно (через несколько минут) заканчивается, переходит в состояние физической слабости, а затем и в сон с последующей амнезией происходящих событий.

При судебно-психиатрической экспертизе врачи, анализируя патологическое опьянение, диагностируют его как быстро протекающее психотическое расстройство в виде психоза и признают таких подэкспертных лиц невменяемыми за совершенное деяние.

**АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ. ТОКСИКОМАНИЯ**

Алкогольные психозы. Алкогольный психоз является осложнением хронического алкоголизма. Их могут спровоцировать: различные психогении (в том числе и криминогенная ситуация, арест, следствие, содержание в следственном изоляторе и т.д.); вынужденное воздержание от привычного и регулярного приема спиртосодержащих напитков; в более редких случаях массивная алкогольная интоксикация на «высоте» запоя. Наиболее часто в юридической практике встречаются (в зависимости от преобладающих симптомов) следующие остропротекающие алкогольные психозы: делирий (белая горячка), острый галлюциноз и параноид. При судебно-психиатрическая оценке необходимо учитывать поведение таких больных во время психозов, которое обусловлено спутанностью сознания и протекает адекватно галлюцинаторно-бредовым переживаниям, определяющим характер их двигательной активности, и способным вызвать опасения за его жизнь и жизнь окружающих. В таком состоянии осознание фактического характера и общественной опасности своих действий и возможности руководить ими (т.е. критика и воля) у них отсутствует. Поэтому лица, перенесшие алкогольные психозы в период инкриминируемых деяний, признаются невменяемыми.

Токсикомания. Эта проблема также имеет большое социальное значение, так как в настоящее время уже почти половина городских жителей более или менее систематически принимает медикаментозные и «народные» средства, особенно транквилизаторы (седуксен, элениум, тазепам и др.), стимуляторы (кофеин, пиркофен, цитрамон и др.) и снотворные (нембутал, барбамил, берлидорм, люминал). Все эти препараты в конечном счете вызывают привыкание, требуют увеличения дозы примерно каждые четыре недели в зависимости от физиологических и биохимических особенностей организма для получения прежнего эффекта, расшатывают нервную систему и отрицательно влияют на психическую деятельность человека.

Только при злоупотреблении этими препаратами, когда наступает психическая и физическая зависимость от них, можно говорить о токсикомании как о заболевании и давать судебно-психиатрическую оценку деяниям таких лиц. Как правило, токсикоманы, совершившие преступления в состоянии опьянения одурманивающими веществами, в соответствии со ст. 23 УК РФ вменяемы, за исключением тех случаев, когда у них устанавливают (что очень редко) психотические изменения (бред, галлюцинации), наступившие при злоупотреблении (отравлении) лекарственными и «народными» средствами.

**НАРКОМАНИЯ**

Это группа заболеваний, объединенных болезненным привыканием (пристрастием), как правило, к немедицинскому приему наркотических средств, т.е. к тем веществам, которые отнесены Минздравом РФ к списку наркотических веществ. В РФ наибольшее распространение получили морфин, кодеин, соломка мака, конопля, стимуляторы (первентин, кофеин). Они оказывают специфическое воздействие (стимулирующее, седативное, галлюцинаторное и т.д.) на центральную нервную систему. Лекарственные и другие химические вещества, не включенные в этот список (в том числе и так называемые «народные средства»), относят к токсическим, а вызываемые ими заболевания - токсикоманиями; несмотря на то, что они обладают рядом наркотических свойств, социальная опасность их злоупотребления не столь высока. Это деление довольно условно и носит в основном правовой характер.

Наркомания характеризуется неблагоприятными психическими, соматическими и социальными последствиями. У наркоманов выявляется психическая и физическая зависимость от наркотиков, стремление увеличить дозу (повысить толерантность) для получения еще большей эйфории, благодушия, повышенного настроения, прилива сил, легкости, отрешенности от окружающего мира и возникающих проблем. Отсюда болезненная потребность в повторном приеме наркотиков и активные действия, направленные на их приобретение.

Наркотики вызывают заметные изменения в устной речи. При их приеме и острой интоксикации и соответственно приятном возбуждении и эйфории наблюдаются склонность к быстрой речи, употребление жаргонных выражений, маниакальное усиление дефектов в произношении, плоский юмор, цинизм, шутовство и др. При абстинентных явлениях (во время вынужденного воздержания от привычных доз) и соответственно подавленности отмечаются замедление темпа речи, злобная реакция на замечания (неадекватная по форме и интенсивности), «тяжелая речь».

Основным объективным методом определения наркотических веществ и их алколоидов (как и алкоголя и других «сильнодействующих» веществ) является хроматографический и спектральный анализ, а также радиоиммунохимический метод. В наркологических учреждениях органов здравоохранения для определения наркотиков в сухом виде применяют экспресс-метод. Кроме того, в этих учреждениях используют новые импортные и отечественные приборы, с помощью которых определяют количественно и качественно наличие наркотических средств, содержащихся в крови и моче обследуемых.

При анализе судебно-психиатрических заключений лиц, совершивших преступления в состоянии опьянения наркотическими средствами, как правило, признают вменяемыми. Случаи правонарушений, связанные непосредственно с острой интоксикацией наркотиками, встречаются крайне редко (из-за тяжелого соматического и психического состояния наркоманов в это время и их беспомощности при этом).

И лишь деяния, совершенные ими в психотических состояниях (сумеречном помрачении сознания, бреду и галлюцинациях) или при глубоких изменениях личности (деградации) и выраженном слабоумии заставляют экспертов-психиатров признавать их невменяемыми направлять в обязательном порядке на принудительное лечение в психиатрические стационары.

**ОЛИГОФРЕНИЯ: ИДИОТИЯ, ИМБЕЦИЛЬНОСТЬ**

психиатрическая экспертиза имбецильность невменяемость припадок

Олигофрения - это группа врожденных или очень рано приобретенных в детском возрасте болезненных состояний психики. Для нее характерны такие общие клинические признаки, как нарушение восприятия, внимания, памяти, мышления, расстройства моторики, речи, эмоционально-волевой сферы.

При олигофрении, как биологической патологии, на первое место становятся умственная отсталость и первоначальное недоразвитие интеллекта. Они стабильны, и само заболевание в отличие от других не имеет своего развития и динамики течения патологического процесса. Т.е., психический дефект - слабоумие - остается таким, каким оно было с детства на всю жизнь без изменений, не имея ни положительной, ни отрицательной динамики.

Причины возникновения олигофрении - патологическая наследственность, асоциальная отягощенность существования родителей, неполноценное питание матери и ребенка, интоксикация плода алкоголем, наркотиками, никотином или их суррогатами, поражение (врожденное или травматическое) головного мозга плода или ребенка (особенно при его раннем развитии - до 2 лет), тяжелое заболевание матери или ребенка и др.

Особый интерес представляет классификация олигофрении, основанная на степени выраженности врожденного слабоумия. При этом выделяют идиотию, имбецильность и дебильность.

Идиотия - тяжелая степень врожденного слабоумия. В судебно-следственной практике лица с такой глубиной малоумия не встречаются из-за своей врожденной беспомощности (физической и психической). У большинства из них это тяжелые соматоневрологические и умственные нарушения. Эти дефекты указывают на аномальное развитие центральной нервной системы. Идиоты обращают на себя внимание уже своим внешним видом (уродливой головой, полуоткрытым ртом, тупым выражением лица), склонностью к простым стереотипным движениям (хлопанью в ладоши, сосанию пальцев), неспособностью к осмысленному самостоятельному передвижению, плановым двигательным актам. Их поведение внешне не мотивированное.

Имбецильность - средняя степень врожденного слабоумия (тупоумие). У таких лиц уже обнаруживают элементарные умственные понятия, ориентировку в бытовой обстановке, разнообразное реагирование на привычные условия и ситуации. Однако имбецилы совершенно теряются в новых ситуациях. Речь у них примитивна, косноязычна, аграмматична, словарный запас небольшой, но может достигать 300 слов. У имбецилов уже можно установить индивидуальные характерологические отличия, дифференцированное отношение к окружающим, избирательную привязанность к близким.

Но такие лица из-за своей безынициативности и повышенной внушаемости склонны к слепому повиновению и подражанию (чем и пользуются лидеры преступных группировок), асоциальному поведению и пьянству. Причем их действия обусловлены в основном инстинктивными побуждениями (самосохранением, сексуальным, пищевым и др.), что приводит к хулиганству, агрессивным поступкам, убийствам, сексуальным эксцессам, кражам, поджогам и т.д. Имбецилов приводит к таким деяниям отсутствие осознанности характера и общественной опасности своих деяний и понимания их ответственности.

**ПСИХОПАТИЯ**

Психопатия - этот вид психической патологии, имеющей особое социальное значение. Оно заключается в том, что психопатии не столько заболевания, сколько стойкие аномалии личности, характеризующиеся прежде всего дисгармонией, нарушением эмоциональной и волевой сферы и своеобразным, преимущественно аффективным, мышлением (т.е. отклоняющимся от нормального варианта типом характера и темперамента). Психопатические особенности таких лиц формируются в детстве и юности, как правило, проходят стадию акцентуации характера и развиваются на фоне биологической неполноценности (анормальности), в первую очередь головного мозга (травм и заболеваний), и заканчиваются к концу полового созревания. Эти особенности без заметных изменений сохраняются в течение всей жизни, ослабевая в пожилом возрасте. Они пронизывают личность, определяя ее структуру и характер, препятствуя полноценному приспособлению и адаптации к окружающей среде. Психопатиями страдает около одной трети населения нашей страны, но большая часть их остается вне поля зрения психиатров.

Возникновение психопатий обусловили ее классификацию по этимологии: ядерные (врожденные конституциональные), краевые (вследствие патологического влияния среды, недостатков в воспитании), органические (воздействие травм и заболеваний головного мозга).

В психиатрической практике принята иная классификация. В ее основу положены клинические особенности аномальных черт характера, и они подразделяются как возбудимая, истерическая, паранойяльная, тормозная и др.

Оценивая заключения судебно-психиатрических исследований лиц, страдающих психопатией, необходимо помнить об их повышенной чувствительности к различного рода внешним (окружающей средой) и внутренним(биологическим) воздействиям в процессе жизнедеятельности. Эти факторы во многом обусловливают клиническую картину психопатий, ее динамику и этапы течения, обострения (декомпенсации) и ремиссии (компенсации). Причем социально значимы и опасны деяния таких на этапе психопатической декомпенсации, когда обнажаются основные патологические свойства личности (в основном при нарушении социальной адаптации). При этом возможны психопатологические реакции (кратковременные аффективные разряды) и патологическое развитие (длительное по времени).

При интерпретации результатов судебно-психиатрических исследований следует обращать внимание на оценку экспертами клинического течения и симптоматики психопатий, поскольку в зависимости от этого возможны различные варианты поведения таких лиц и этим определяется их уголовная ответственность. Они признаются невменяемыми за совершенные деяния в состоянии декомпенсации, при психопатических реакциях с потерей компенсаторных свойств, тотальных психопатических расстройствах и отсутствии социальной адаптации, необычной агрессии и злобности, неадекватности и неоднозначности и в других случаях, когда появляется необходимость приравнять эти состояния к временным психическим расстройствам (ч. 1 ст. 21 УК РФ).

**РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ: НЕВРОЗЫ**

Реактивные (психогенные) состояния - это временные, обратимые расстройства психической деятельности, обычно возникающие как реакция на тяжелые для конкретной личности психические переживания или травмы (арест, следствие, суд, оскорбление и т.д.). Для уточнения возможных деяний при этих состояниях необходимо знать их основные группы - неврозы и реактивные психозы, отличие и клинические проявления.

Неврозы. Их возникновение связано с длительно существующими психотравмирующими условиями жизнедеятельности, а их развитие влияет на те особенности личности, которые отражают слабость высшей нервной деятельности, низкий предел физиологической выносливости к различным по силе психогениям и т.д.

При истерическом неврозе констатируют вегетативные, двигательные, сенсорные и психические расстройства.

Вегетативные нарушения наблюдаются в виде спазма гладкой мускулатуры (ком в горле), ощущение непроходимости пищевода, чувство недостатка воздуха. Возможны также истерическая рвота, жидкий стул и другие вегетативные проявления (побледнение кожи и т.д.).

Двигательные расстройства фиксируют чаще как истерические припадки (сопровождаемым криками и слезами), но могут быть и истерические параличи (отказ находиться в положении стоя при сохранном опорно-двигательном аппарате), истерические афонии (утраты голоса), истерический отказ от речи (немота при сохранности понимания речи окружающих и отсутствии поражения центров речи в головном мозге).

Сенсорные изменения обычно отмечают в виде расстройств кожной чувствительности и нарушения деятельности отдельных органов (чаще это истерическая слепота и глухота). Психические нарушения представлены колебаниями настроения, подавленностью, депрессиями, страхами, ипохондрическими проявлениями, фобиями.

При неврозе навязчивых состояний преобладает навязчивость с преимущественно образным и многообразным тягостным для конкретной личности аффективным содержанием переживаний, сомнений, представлений, воспоминаний, страхов и действий. Судебно-психиатрическая практика говорит о том, что такие больные обычно не совершают криминальных деяний вследствие сохранившейся у них критики к проявлениям навязчивости.

При неврастении выделяют на фоне хронического утомления и длительных психогенных травмирующих условий жизнедеятельности повышенную болезненную возбудимость, развитие депрессии, невозможность сосредоточиться, психическое и физическое истощение, невыносимость обычных раздражителей, головную боль, рассеянность, снижение творческой активности, нарушение сна и т.д. Эти астенические проявления продолжаются довольно длительно, никогда не сопровождаются психотической симптоматикой, и при нормализации ситуации состояние таких лиц возвращается к исходному.

В судебно-психиатрической практике неврозы встречаются довольно редко, потому что у таких испытуемых судебные психиатры не выявляют психотических расстройств (психоза, бреда, галлюцинаций, сумеречного помрачения сознания) и всегда устанавливают у них возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими, т.е. такие лица признаются вменяемыми.

**Понятие невменяемости и ее критерии**

Невменяемость - сложная и многогранная проблема, которая занимает особое место в уголовном праве, так как она тесно связана с категориями «вменяемость», «ограниченная вменяемость», «ненаказуемость психически больных», а также с непоставлением содеянного в вину, исключением уголовной ответственности в отношении невменяемых лиц, возможностью назначения и применения принудительных мер медицинского характера к таким лицам.

Часть 1 ст. 16 УК содержит определение понятия невменяемости: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния, предусмотренного настоящим Кодексом, находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) или руководить ими вследствие хронического психического заболевания, временного психического расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики».

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что невменяемость в основе своей характеризуется двумя критериями: медицинским (биологическим) и юридическим (психологическим).

Медицинский критерий заключается в наличии у лица психического расстройства. Юридический критерий определяет способность лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Для того, чтобы лицо признать невменяемым, суду необходимо наличие обоих критериев, при том на момент совершения общественно опасного деяния.

### **Понятие ограничения дееспособности граждан**

Ограничение дееспособности граждан возможно лишь в случаях и в порядке, установленных законом (п. 1 ст. 22 ГК). Оно заключается в том, что гражданин лишается способности своими действиями приобретать такие гражданские права и создавать такие гражданские обязанности, которые он в силу закона уже мог приобретать и создавать. Речь идет, следовательно, об уменьшении объема имевшейся у лица дееспособности. Ограниченным в дееспособности может быть как лицо, имеющее неполную (частичную) дееспособность, так и лицо, имеющее полную дееспособность. Гражданские дела об ограничении дееспособности граждан рассматриваются судом с порядке особого производства (глава 31 ГПК РФ

**Ограничение дееспособности** граждан не допускается, за исключением случаев, прямо предусмотренных законом. Одним из таких случаев является ограничение судом дееспособности граждан, злоупотребляющих спиртными напитками или наркотическими средствами (ст. 30 ч. 1 ГК РФ).

В случае ограничения дееспособности гражданина над ним **устанавливается попечительство**, и он может совершать сделки по распоряжению имуществом, а также получать заработную плату <http://www.grandars.ru/college/ekonomika-firmy/oplata-truda.html>, пенсию или иные виды доходов и распоряжаться ими лишь с согласия попечителя, в противном случае сделка <http://www.grandars.ru/college/pravovedenie/sdelka.html> может быть признана судом недействительной.

Однако такой гражданин самостоятельно несет имущественную ответственность по совершенным им сделкам и за причиненный им вред.

#### **Симуляция и диссимуляция психических расстройств**

***Симуляция*** психического заболевания - сознательное, притворное поведение, заключающееся в изображении несуществующих признаков психического расстройства.

Принято выделять симуляцию у психически здоровых - *истинную симуляцию* и симулятивное поведение у лиц с теми или иными психическими нарушениями - *симуляцию, возникающую на патологической основе*.

В зависимости от временного фактора симуляцию подразделяют на три варианта:

. *Предварительную (превентивную),* то есть симуляцию, проводимую в период, предшествующий совершению преступления, с целью ввести окружающих в заблуждение, что преступление совершено в состоянии психического заболевания;

. *Интрасимуляцию*, то есть симуляцию, осуществляемую в момент совершения преступления для сокрытия его истинных мотивов;

. *Постсимуляцию*, то есть симуляцию, которая осуществляется после совершения правонарушения, как защитное поведение с целью уклонения от ответственности.

Существует ряд способов симуляции. Чаще всего с целью симуляции лица своим поведением и высказываниями стремятся произвести впечатление психически больного.

Иногда с этой же целью они принимают какие-либо лекарственные средства. В отдельных случаях испытуемые прибегают к симуляции анамнеза, сообщая ложные сведения о якобы перенесенном психическом заболевании, вступают в сговор с близкими, запасаются фиктивными документами.

Указанные способы симуляции могут сочетаться. Среди симулирующих преобладают лица, совершившие правонарушение повторно, что объясняется их большей осведомленностью о назначении и проведении судебно-психиатрической экспертизы.

*Истинная (чистая) симуляция* в судебно-психиатрической практике встречается относительно редко.

В этих случаях преступники прибегают к *симуляции анамнеза*. Они сообщают о себе и родственниках неправдоподобные сведения (утверждают что многие из них страдают душевными заболеваниями, окончили жизнь самоубийством и т.д.).

Поэтому осторожно следует оценивать не только субъективный анамнез, но и сведения, сообщаемые близкими. Известны случаи, когда подэкспертные инструктировали родных, какие сведения следует сообщить при опросе врачу.

*Симуляция психического расстройства* обычно осуществляется в изображении отдельных болезненных симптомов и синдромов и реже в виде воспроизведения отдельной формы психического заболевания.

Так как симуляция индивидуальна, выбор симулятивных симптомов зависит от знаний и опыта симулянта, его осведомленности в вопросах психиатрии, от чисто случайных причин (советы испытуемых, находящихся на экспертизе, подражание другим больным). Определенное значение имеет и личность притворщика.

Наиболее часто симулируются состояния с вялым монотонным поведением, подавленностью, отказами от контакта, ссылками на расстройства памяти. Часто на этом фоне симулируются "бредовые идеи", слуховые и зрительные галлюцинации и т.д. Характерны демонстративные суицидальные проявления. Обращает на себя внимание особая настойчивость симулятивных жалоб, стремление продемонстрировать якобы имеющиеся психические расстройства в присутствии врача. Чуть заметив за собой наблюдение, начинают разговаривать сами с собой, обращаться к персоналу с жалобами на мнимых преследователей, просят сделать соответствующие записи в журналах наблюдения.

При этом выражение лица симулирующего остается спокойным, отсутствуют жестикуляция и мимика, свойственная галлюцинирующим больным.

Симулятивные "бредовые идеи" преподносятся стереотипно в виде заранее подготовленных формул. Чаще всего симулянты заявляют, что их "преследуют" отдельные лица, целая группа, "банда" или испытывают на себе воздействие специальных аппаратов, лучей лазера или говорят о наличии неизлечимого заболевания, например рака. Нередко предъявляются идеи изобретательства.

Жалобы, ссылки на провалы, нарушение памяти, распространяющиеся на все прошлое или на период времени, относящийся к периоду совершения правонарушения, всегда преподносятся в демонстративной утрированной форме. При изображении их симулянты не могут избежать противоречий в поведении и высказываниях, обнаруживают промахи.

При симуляции слабоумия изображение расстройств памяти дополняется еще имитацией полного отсутствия каких-либо знаний и навыков. Симулянты нелепо отвечают на элементарные вопросы, грубо, неправильно ведут себя при обследовании.

Симулянт всегда собран, насторожен, иногда злобно раздражителен. При этой форме симуляции никогда не наблюдается благодушия и эйфории, свойственной больным с картиной истинного слабоумия.

Очень редко симулянты прибегают к имитации психомоторного возбуждения, глубокой депрессии, ступорозных состояний, так как они носят кратковременный характер и требуют большого эмоционально-волевого напряжения, вызывают быстрое истощение и усталость.

Симуляция целостной картины психического заболевания очень сложна.

Общим для всех таких случаев является то, что собственно симуляции, как правило, предшествует предварительное знакомство с особенностями клинической картины психической болезни по учебникам, внимательное наблюдение за лицами, страдающими психическими заболеваниями, или имеет место инструктаж "подготовленными лицами".

#### **Права и обязанности психиатра-эксперта**

В соответствии с положением процессуального законодательства психиатры, производящие экспертизу, обладают всеми правами судебных экспертов. Эксперт имеет право ознакомиться с материалами судебного дела, уяснение которых необходимо ему для проведения экспертизы.

Он пользуется правом присутствовать на судебном заседании, совещаться с другими экспертами, задавать вопросы потерпевшим, обвиняемым и свидетелям.

Когда поставленный судебно-следственными органами вопрос выходит за пределы специальных знаний эксперта или представленные материалы недостаточны для дачи заключения, эксперт в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение, подробно объяснив мотивы своего отказа.

Эксперт вправе запросить необходимые ему материалы в случае их отсутствия или неполноты (ст. 82 УПК "Обязанности и права эксперта").

Если в процессе производства экспертизы эксперт установит имеющие значение для дела обстоятельства, по поводу которых ему не были поставлены вопросы, он вправе указать на них в своем заключении (ст. 191, 288 УПК).

Ст. 191 УПК "Содержание заключения эксперта".

Ст. 288 УПК "Производство экспертизы на суде".

При необходимости проведения специальных исследований и консультаций узких специалистов (нейрохирургов, сексопатологов), без которых невозможно дать заключение, экспертная комиссия может использовать эти обстоятельства как объективную причину временного отказа от дачи заключения. В этих случаях следственно-судебные органы обязаны обеспечить теми необходимыми данными и консультациями, которые указывают эксперты.

В ряде случаев бывает необходим опрос родственников подэкспертного самим психиатром-экспертом. На такую беседу врач должен получить официальное разрешение следственно-судебных органов, и родственники к экспертам в таких случаях вызываются через эти органы.

Ст. 309 УК РФпредусматривает также наказание лиц, которые принуждают экспертов к даче ложного заключения или подкупают их, равно как уголовному наказанию подлежат следователи и лица, проводящие дознание в случаях принуждения ими экспертов к даче заключения (ст. 307 УК РФ "Заведомо ложные показания заключения эксперта или неправильный перевод").

Ст. 309 УК РФ "Подкуп или принуждение к даче показаний или уклонению от дачи показаний либо к неправильному переводу".

Эксперт не имеет права разглашать данные предварительного следствия или дознания без разрешения прокурора, следователя, или лица, производящего дознание, о чем его предупреждает ст. 310 УК РФ.

Ст. 310 УК РФ "Разглашение данных предварительного следствия".

**Правовые принципы назначения судебно-психиатрической экспертизы**

Ходатайствовать о назначении судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) перед органами дознания, следователем, прокурором и судом вправе сам обвиняемый, потерпевший, их родственники, защитник, прокурор, истец, ответчик и их представители.

Учитывая, что вопросы назначения экспертизы потерпевшим и свидетелям в гражданском процессе излагаются в соответствующей литературе, а удельный вес таких экспертиз относительно невелик, в данном разделе речь пойдет преимущественно о назначении экспертизы обвиняемым, подозреваемым и подсудимым.

Следователь, убедившись в необходимости проведения судебно-психиатрической экспертизы, составляет *постановление*, в котором указываются основания для назначения экспертизы; фамилия эксперта или название учреждения, в котором она должна быть проведена; вопросы, поставленные перед экспертом, и материалы, предоставляемые в распоряжение эксперта. Следователь обязан ознакомить обвиняемого с постановлением о назначении экспертизы. Согласно ст. 184 УПК, в случаях, когда психическое состояние обвиняемого делает невозможным его ознакомление с постановлением о назначении судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), следователь имеет право не знакомить его с постановлением.

Основанием для назначения СПЭ являются сомнения в психической полноценности обвиняемого:

. Данные о том, что обвиняемый находился под наблюдением психиатров по поводу психического расстройства.

В таких случаях следователь должен принять меры к получению медицинской документации об обвиняемом из соответствующего психиатрического учреждения - психоневрологического диспансера по месту жительства обвиняемого. Если имеются сведения о лечении частным порядком, то целесообразно истребовать данные об этом у частного врача или допросить его о причинах обращения пациента за консультацией, о его состоянии, лечебных назначениях и т.д.

Среди лиц, страдающих психическими расстройствами, нередко встречаются больные алкоголизмом и наркоманией. Поэтому документация наркологических учреждений о направляемых на экспертизу должна быть представлена следователем в распоряжение экспертов.

Получение медицинской документации из медицинских учреждений производится по письменному запросу следователя, скрепленного его подписью и печатью, на имя главного врача диспансера или больницы. Истребованию подлежат подлинники медицинских документов (история болезни, медицинские карты). В некоторых случаях достаточно получения выписки из истории болезни (эпикриза). Следователь обязан тщательно осмотреть и изучить документы, удостовериться в их подлинности, полноте. И только после этого медицинская документация может быть приобщена к делу.

. Особенности поведения обвиняемого или подозреваемого во время следствия или правонарушения (необычные высказывания, немотивированный отказ отвечать на вопросы, растерянность или беспричинная веселость, бессмысленные поступки во время допросов и т.д.).

Заметив необычные особенности поведения лица или узнав об этом у родственников и друзей, следователь должен подробно допросить родных о детстве, развитии, успеваемости в школе, интересах, увлечениях и других проявлениях, которые отражали бы особенности личности обвиняемого. Важны сведения о перенесенных заболеваниях, службе в армии, трудовой деятельности. Все эти сведения целесообразно подкрепить объективными материалами: амбулаторной картой из общей поликлиники, приобщением к делу военного билета или справки из военного комиссариата об освобождении от воинской обязанности, служебными характеристиками.

Определенное значение имеют сведения о семейных взаимоотношениях, состоянии в браке, наличии детей. Выяснить данные об употреблении алкоголя и наркотиков, лечении в психиатрических учреждениях. Обязательно должны быть представлены материалы о прежних судимостях и пребывании в местах лишения свободы. В этих случаях приобщают к направляемым на экспертизу материалам следствия справку о судимостях, копии прежних приговоров, справки о поведении лица в местах лишения свободы.

. Характер криминала (его безмотивность, противоречие между совершенным действием и личностью обвиняемого, иногда необычная жестокость и другие). В случаях направления на экспертизу по таким основаниям следователю необходимо во время допросов свидетелей попытаться получить четкие сведения об особенностях поведения обвиняемого, последовательности его поступков, его внешнем виде, высказываниях во время совершения преступления.

По уголовным делам, где в качестве меры наказания предусмотрена смертная казнь, проведение СПЭ является обязательным (Постановление Верховного суда РФ от 22.12.92 "О судебной практике по делам об умышленных убийствах").

При вынесении постановления о назначении СПЭ таким лицам следователь должен указать, что обвиняемый направляется на экспертизу "в связи с тяжестью содеянного".

В случаях, когда сомнения о вменяемости обвиняемых у следователя не возникают, данная формулировка может указать экспертам-психиатрам, что следствие не располагает данными о болезненных расстройствах психики, но, учитывая особую тяжесть содеянного, могут быть заподозрены скрытые проявления психических нарушений. Среди таких подозрений особое место занимает жестокость преступления.

Согласно требований ч. 3 ст. 404 УПК "Направление на СПЭ допускается лишь при наличии достаточных данных, указывающих, что именно это лицо совершило общественно опасное деяние, по поводу которого возбуждено уголовное дело, ведется расследование".

Назначение СПЭ может быть осуществлено на стадии судебного разбирательства. В этих случаях суд выносит *определение* о назначении экспертизы. Одним из важных показаний для назначения экспертизы в суде является резкое изменение поведения подсудимого во время судебного разбирательства (необъяснимый отказ от речевого контакта с участниками судебного процесса, неадекватное поведение, высказывание жалоб или заявлений, вызывающих подозрение о психических расстройствах и другие).

#### **Предмет и задачи судебной психиатрии**

***Судебная психиатрия*** - это раздел психиатрии, медицинской науки, которая изучает клинические проявления, диагностику, лечение, прогноз психических расстройств в отношении их к правовым нормам, к вопросам уголовного права и процесса, а также разрабатывает вопросы восстановления жизни больных с нарушениями психики.

Судебная психиатрия включает несколько направлений:

. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном и гражданском кодексах. В ее компетенцию входят вопросы освидетельствования подозреваемых, обвиняемых, подсудимых по оценке их вменяемости-невменяемости; потерпевших и свидетелей при сомнениях в возможности давать правильные показания в силу психических расстройств (в уголовном процессе) и выявление недееспособности, необходимости учреждения опеки (в гражданском кодексе). Проведение экспертизы для решения вопроса об ответственности лица включает, в случае установления у него психического расстройства, исключающего вменяемость, рекомендации по мерам медицинского характера в отношении подэкспертного.

. Осуществление принудительных мер медицинского характера. Вопросы помещения на принудительное лечение, его прекращения и выписки больного регламентированы соответствующими статьями уголовного и уголовно-процессуального кодексов.

3. Осуществление психиатрической помощи (пенитенциарной) осужденным в местах лишения свободы.

Судебно-психиатрическая экспертиза и проведение принудительных мер медицинского характера осуществляется органами здравоохранения, а психиатрическая служба мест лишения свободы подчинена медицинским органам Министерства юстиции РФ.

**Заключение судебно-психиатрической экспертизы и его оценка следственными органами и судом**

Заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии оформляется "Актом судебно-психиатрической экспертизы"; его структура и принцип составления регламентируется ст. 191 УПК "Содержание заключения эксперта", Приказом Министерства здравоохранения № 1030 от 04.10.80 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения" и приложениями к приказу.

"Акт судебно-психиатрической экспертизы" является одним из источников доказательства по делу. Приводимые фактические данные должны быть максимально точными и сопровождаться указанием, откуда они почерпнуты (из материалов дела, со слов обследуемого, из медицинской документации). Содержание акта должно быть понятно не только специалистам-психиатрам, но и судебно-следственным работникам. В нем содержатся не только выводы о диагнозе и судебно-психиатрической оценке, но и обоснование этих выводов, вытекающие из данных о психическом состоянии в прошлом и в период обследования.

"Акт судебно-психиатрической экспертизы" состоит из введения, сведений о прошлой жизни обследуемого, истории настоящего заболевания (анамнеза), описания физического, неврологического и психологического состояния, выводов и их обоснования (мотивировочная и заключительная части акта).

Во *введении* указывается: дата составления акта, состав комиссии, место производства экспертизы, имя, отчество, фамилия, и возраст подэкспертного, в чем он обвиняется (статья УК РФ и краткое существо обвинения, например "в совершении хулиганских действий в состоянии опьянения", "в карманной краже" и т.д.). Если медицинское освидетельствование производилось осужденному, то приводится статья УК РФ, по которой лицо осуждено, и дата с которой исчисляется срок наказания. В акте экспертизы свидетеля, потерпевшего, а также истца или ответчика в гражданском процессе указывается процессуальное положение освидетельствуемого (например, "является потерпевшей по делу об изнасиловании").

Во введении обязательно указывается кем подэкспертный направлен на экспертизу, в связи с какими обстоятельствами возникло сомнение в психической полноценности и была ли назначена экспертиза.

В *сведениях о прошлом* (в анамнестической части акта) приводятся краткие данные о патологической наследственности, если такова выявлена, о психическом и физическом развитии, о ходе учебы с детского возраста и о перенесенных болезнях, об особенностях характера.

Обязательно отмечается инвалидность, если она установлена компетентными органами, а также необходимые сведения о трудовой жизни и поведении.

Последовательно должно быть освещено развитие психического заболевания (если оно имеется), указывается время помещения и пребывания в психиатрических больницах, нахождение на диспансерном наблюдении, приведены диагнозы, установленные в психиатрических учреждениях. При изложении приведенных данных следует указывать откуда почерпнуты такие сведения.

После анамнеза приводятся *краткие данные физического, неврологического и психического статуса*, включая результаты *лабораторного* *исследования.*

*В мотивировочной части акта* дается анализ клинических фактов. Этим обосновывается диагноз болезни, тяжесть (глубина) психических нарушений и соответственно вывод о вменяемости или невменяемости. Если лицо вменяемо, в мотивировочной части акта должно быть приведено обоснование этого.

*Заключительная часть* акта содержит ответ на основной вопрос о вменяемости (по гражданскому делу - о дееспособности), на все остальные вопросы, поставленные экспертам. При наличии психического заболевания указываются рекомендуемые экспертами меры медицинского характера, как должен относится суд к показаниям этих лиц (самооговоры депрессивных больных). Заключение судебных психиатров, как и всех экспертов вообще, не является обязательным для суда и следствия, назначивших экспертизу. Однако несогласие с экспертным заключением должно быть мотивировано (ст. 80 УПК "Заключение эксперта").

Поэтому заключение экспертов подлежит оценке следственными органами и судом, которые анализируют судебно-психиатрический акт на предмет его информативности, а также полноту и достоверность изложенных в нем фактов.

В случае недостаточности ясности или неполноты экспертного заключения по отдельным вопросам возможен допрос экспертов, давших заключение (ст. 192 УПК "Допрос эксперта").

Согласностатье 81 УПК "Дополнительная и повторная экспертиза", возможно также назначение дополнительной экспертизы, которая может быть поручена тем же самым или другим экспертам.

Существенные сомнения по поводу экспертного заключения, особенно касающихся основных вопросов (прежде всего вменяемости), требуют повторной экспертизы, которая производится комиссией экспертов в новом составе.

В соответствии с Инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы в особо сложных случаях проведение повторной экспертизы поручается Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. При этом руководство центра может привлекать в состав экспертной комиссии высококвалифицированных специалистов из других психиатрических учреждений.

***Судебно-психиатрическая экспертиза*** относится к категории экспертиз, назначаемых и проводимых по правилам, установленным УПК и ГПК, Инструкцией Министерства здравоохранения СССР о проведении судебно-психиатрической экспертизы от 1970 года. Она является частным случаем судебно-экспертной деятельности и подразумевает исследование в области психиатрии лицом (психиатром-экспертом) обвиняемых, подозреваемых, свидетелей, потерпевших в уголовном процессе, истцов и ответчиков - в гражданском процессе с целью определения их психического состояния в период, интересующий орган расследования или суд в какой-либо юридической ситуации.

Принципы назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы являются общими с другими видами экспертиз. Однако закон (ст. 79 УПК "Обязательное проведение экспертизы") предусматривает обязательное проведение данной экспертизы в случаях:

. Определение психического состояния и дача заключения о вменяемости или невменяемости подозреваемых, обвиняемых, подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло сомнение в их психическом здоровье, а также заключение о необходимости применения медицинских мер в отношении лиц, признанных невменяемыми в момент совершения правонарушения или заболевших психической болезнью после совершения преступления;

. Определение психического состояния свидетелей и потерпевших и заключение о способности обследуемого правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, в случаях, когда у органов следствия и суда возникают сомнения в психической полноценности указанных лиц;

. Определение психического состояния истцов, ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос об их дееспособности *(ГПК)*.

**Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших**

Показания свидетелей и потерпевших на предварительном и судебном следствии являются одним из важных доказательств в уголовном процессе.

В силу разных причин способность потерпевшего реализовывать свои права в ходе судебно-следственного процесса может быть нарушенной.

Свидетелем и потерпевшим может оказаться лицо с любой формой психической патологии. Наиболее часто СПЭ назначается в отношении лиц, страдающих олигофренией, ранним органическим поражением головного мозга, перенесших черепно-мозговую или психическую травму в криминальной ситуации.

СПЭ свидетелей и потерпевших не оценивает достоверность и содержание показаний (это компетенция суда), а констатирует психическое состояние лица на предмет его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них правильные показания.

Экспертное заключение в отношении лиц с психической патологией должно отражать способность лица осуществлять процессуальные функции на разных этапах юридической ситуации с учетом характера психических расстройств и их динамики. Поэтому в заключении могут найти отражение многие взаимосвязанные экспертные вопросы.

Судебно-психиатрическая экспертная оценка свидетелей и потерпевших строится на клинической оценке нарушенных и сохраненных психических функций лица, что позволяет дифференцированно выносить решения, а также способствовать защите прав потерпевших с психическими нарушениями.

Таким образом, при направлении на комплексную СПЭ и психологическую экспертизу вопросы могут быть сформулированы следующим образом:

страдает ли потерпевший или свидетель психическим заболеванием? - может ли он по психическому состоянию воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания? - не обнаруживает ли он патологической склонности к фантазированию и псевдологии? - мог ли потерпевший понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий? - имеются ли у потерпевшего какие-либо личностные особенности, которые оказали влияние на его поведение в криминальной ситуации? - мог ли потерпевший по психическому состоянию оказывать сопротивление в криминальной ситуации? - по своему психическому состоянию в настоящее время может ли потерпевший участвовать в судебно-следственных действиях?

**Расстройства восприятия**

Восприятие- психический процесс, при котором ощущения, получаемые от раздражителей внешней и внутренней среды, переводятся в осознаваемую информацию.

***Иллюзии*** - ошибочное восприятие, преимущественно зрением или слухом, реально существующих предметов или явлений. Чаще всего они возникают в форме измененного аффекта или сознания.

*Зрительные иллюзии* - могут быть простыми по своим проявлениям и обыденными по содержанию (висящая одежда воспринимается как человеческая фигура, наклонившаяся ветка - как протянутая рука).

*Слуховые иллюзии*. В одних случаях они элементарны - шум дождя воспринимается как шепот, отдельные звуки, как выстрелы. В других, при вербальных (словесных) иллюзиях, - в посторонних разговорах или звуках субъект слышит отдельные слова в свой адрес.

***Галлюцинации*** - одна из форм нарушения чувственного познания. Это ложное восприятие без реального раздражителя, реального объекта.

*Зрительные галлюцинации* (видения) могут быть элементарными, обладать неотчетливой формой или даже быть лишенными ее - *фотопсии* (искры, пламя, пятна, вспышки, дым) и сложными, четкими во всех, даже незначительных деталях - конкретные люди, животные, насекомые, предметы обстановки, сцены различного содержания (похороны, стихийные бедствия, собрания).

*Слуховые галлюцинации*. Возникают в форме элементарных, неречевых обманов, они называются *акоазмами* (таковы шумы, отдельные звуки, шипение, выстрелы). *Обонятельные галлюцинации* - мнимые неприятные или приятные запахи (гнили, паленого, нечистот, газов, цветов, готовящейся вкусной еды и т.д.).

*Вкусовые галлюцинации* - неприятные или приятные вкусовые ощущения, возникающие во рту без приема пищи.

*Тактильные галлюцинации* - неприятные ощущения, возникающие в коже или под кожей (щекотание, ползание, давление), соотносимые с определенными неодушевленными предметами (кристаллы, кусочки инородных тел) или живыми существами (насекомые, мелкие животные и т.д.).

*Галлюцинации общего чувства* - убеждение, что неприятные ощущения, испытываемые на поверхности тела или во внутренних органах, связаны с действием того или иного инородного тела, живого существа и т.д.

**Расстройства мышления**

Расстройства мышления встречаются при самых различных психических заболеваниях. Наиболее частыми формами нарушений мышления являются следующие:

***Ускорение мышления*** - легкость появления и увеличение количества ассоциаций, возникающих безостановочно, сочетается с поверхностными умозаключениями, основанными на случайных связях. Постоянны отвлекаемость от основной темы и непоследовательность высказываний. Образные представления и сравнения доминируют над отвлеченными. Иногда ускорение мышления достигает интенсивности - скачки идей, происходит непрерывная смена одной незаконченной мысли другой.

***Замедленное мышление*** - число ассоциаций уменьшается, они возникают с трудом. Сознание обеднено представлениями, их содержание однообразно. Часто переносится очень тягостно. Больные говорят в таких случаях, что поглупели или отупели.

***Бессвязное*** *(****инкогерентное) мышление*** - речь представляет собой набор не связанных смыслом или грамматическим строем слов.

***Обстоятельность (грузность) мышления****.* Ассоциации, раз возникнув, надолго не могут исчезнуть из сознания, что мешает появлению новых ассоциаций. Продуктивность мышления снижается. Характерно застревание на несущественных деталях, неумение выделить главное.

***Резонерское мышление (резонерство)****.* Подмена четких и ясных ответов пространственными и бесплодными рассуждениями на тему заданного вопроса или на темы, не имеющие к вопросу никакого отношения. Обычно сочетается с многословностью.

***Персеверация мышления****.* Доминирование в сознании ограниченного числа мыслей и представлений, в связи с чем на разные по содержанию вопросы может быть дан в течение определенного времени только один ответ. Например:

"Как Вы себя чувствуете?" - Плохо.

"Что у Вас болит?" - Плохо и т.д.

**Бред (бредовые идеи)** - сложное суждение (умозаключение), возникающее без соответствующих поводов; оно не поддается разубеждению, несмотря на то, что противоречит действительности и всему предшествующему опыту заболевшего. Бред противостоит любому всякому вескому доводу, чем отличается от простых ошибок суждения. Бредовые суждения психически больных всегда так или иначе относятся к ним самим - их жизненному опыту, стремлениям, опасениям, желаниям, знаниям.

***Сверхценные идеи***- суждения, возникающие благодаря реальным обстоятельствам. Сопровождаемые необычно сильной, действительно существующей аффективной окраской, они в последующем получают на продолжительные сроки стойкое доминирующее положение по сравнению со всеми остальными мыслями и представлениями.

***Навязчивые идеи*** - непроизвольно и непреодолимо возникающие мысли, представления, воспоминания, сомнения, страхи, влечения, движения, действия, болезненный характер которых осознается, критически оценивается и с которыми субъект постоянно стремится бороться. Навязчивые состояния с известной условностью разделяют на две группы - отвлеченные, не сопровождаемые выраженным аффективным компонентом, и образные, при которых аффективные расстройства постоянны.

***Импульсивные состояния***- включают в себя импульсивные действия и импульсивные влечения.

*Импульсивные действия* выполняются без борьбы мотивов. Возникают при наличии выраженных расстройств психической деятельности - при образном бреде, состояниях помраченного сознания, кататоническом возбуждении, меланхолическом раптусе. Характеризуется внезапностью и безмотивностью появления, выполняются автоматически. Больной подбегает и наносит незнакомым людям удары, кидает ребенка в воду, совершает агрессивные поступки в отношении неодушевленных предметов - рубит стену дома и т.д.

***Деперсонализация, дереализация, растерянность****.* Объединяются преобладанием изменения восприятия собственного "я", окружающего или того и другого одновременно.

**Расстройства памяти**

Память- психический процесс накопления, хранения и использования информации, воспринятой человеком в различные периоды жизни.

***Амнезия***- отсутствие памяти (беспамятство), относящееся к определенным периодам времени.

*Ретроградная амнезия* - выпадение из памяти прошлых воспоминаний и событий, непосредственно предшествовавших развитию нарушений психической деятельности в форме помрачения сознания или бессознательного состояния. Распространяется на периоды времени от нескольких минут до многих лет.

*Антероградная амнезия* - утрата воспоминаний на события, относящиеся к периоду, непосредственно следующим за окончанием бессознательного состояния, помрачения сознания и некоторых других психических расстройств. Охватывает промежутки времени от минут до часов, дней, редко недель.

*Антероретроградная амнезия* - сочетание обоих типов амнезии - выпадение из памяти ряда событий, как предшествовавших болезненному состоянию, так и следовавших за ним.

*Амнезия фиксационная* - потеря способности запоминать текущие события.

*Амнезия прогрессирующая* - постепенно и последовательно нарастающее опустошение запасов памяти, развивающееся от запамятования событий последнего времени к запамятованию событий прошлого, в том числе и самых отдаленных, касающихся юности и детства.

*Амнезия ретардированная* (отставленная, запаздывающая) - запамятование событий, происходящих во время психического расстройства, в том числе и самих бывших психический расстройств. Происходит не сразу после окончания болезненного состояния, а спустя тот или иной отрезок времени. Поэтому больной сначала может многое рассказать, а позже уже не в состоянии этого сделать.

***Парамнезии*** - обманы памяти. Наиболее важными являются псевдореминесценции и конфабуляции.

***Псевдореминесценции*** - бывшие в действительности события, перенесенные в другие периоды времени.

***Конфабуляции*** (ложные воспоминания) - сообщения о событиях, которых на самом деле не было.

*Конфабулез* - возникновение в короткие промежутки времени обильных конфабуляций, которые образуют либо один связный с последовательно развивающимся содержанием рассказ, либо несколько рассказов с разнообразным, но законченным в пределах одного рассказа содержанием.

**Расстройства эмоций, воли**

Под эмоциями (чувствами) подразумевается психический процесс, которым выражается отношение субъекта к самому себе и к различным явлениям жизни.

Эмоции сопровождают все другие психические процессы, их расстройства являются весьма частыми и важными при психических нарушениях. Прежде всего - это расстройства настроения.

***Гипотимия*** - сниженное настроение. Больные жалуются на подавленность, уныние, чувство безрадостности, невосполнимой потери, утраты интереса к жизни. У них отмечается *тоска* - преобладание состояния угнетенности, опасений за свое будущее, безысходности.

Эти чувства сопровождаются неприятными ощущениями со стороны внутренних органов: сжатия и тяжести в груди, в сердце, бессонницей, общей заторможенностью. Другим свойством гипотимии является *тревога* - больной испытывает внутреннее, часто необъяснимое волнение, предчувствие надвигающегося несчастья, беды, катастрофы.

Будущее представляется в черном свете. Эти явления также сочетаются с ощущениями со стороны внутренних органов. В отличии от тоскливого состояния с преобладанием малой подвижности больных, при тревоге они беспокойны, мечутся по комнате, не могут найти себе места, ищут помощи. Тревога может сопровождаться *страхом*, когда содержание тревожных опасений сосредоточено на собственном благополучии и жизни.

***Гипертимия*** - повышенное настроение. Для них свойственно веселое, беспечное, приподнятое настроение, с подъемом сил, энергии, чувством оптимизма. В рамках гипертимии различают *эйфорию* - неоправданно веселое, беззаботное, безмятежное настроение, бессознательная вспышка радости и счастья. *Дисфория* - состояние с необоснованной мрачностью, угрюмостью, злобным раздражением, ворчливостью, иногда вспышками ярости, гнева и агрессией. ***Паратимии*** характеризуются несоответствием эмоциональных ответов вызывающей их причине.

***Эмоциональная (аффективная) лабильность*** - характеризуется быстрой и частой беспричинной сменой аффективных реакций противоположных полюсов (угрюмо-злобного состояния на радостное).

***Ригидность аффекта*** - эмоциональные реакции застревают надолго без достаточной причины, становятся малоподвижными.

Воля - психический процесс, заключающийся в способности к активной планомерной деятельности, направленной на удовлетворение потребностей человека. Деятельность рассматривается как произвольная, целенаправленная тогда, когда она осуществляется в соответствии с представлениями о конечных результатах, когда она контролируются на каждом из этапов.

***Гипербулия*** - состояния с усилением инстинктивных проявлений, отмечается значительное увеличение количества побуждений со стремлением к жажде деятельности.

***Гипобулия*** - состояния с угнетением инстинктивных проявлений.

*Булемия* - усиление пищевого инстинкта с патологическим обжорством.

*Анорексия* - снижение пищевого инстинкта вплоть до полного отказа от еды.

*Гиперсексуальность* - резкое усиление полового влечения и соответствующими поступками.

**Патологический аффект**

Возникает в результате внезапной и интенсивной психической травмы, характеризуется последовательным развитием следующих фаз: подготовительной, фазы взрыва и заключительной.

В *подготовительной фазе* под влиянием психической травмы (обида, неожиданное оскорбление) происходит резкое нарастание аффективного напряжения с концентрацией всех мыслей на травмирующем моменте.

В *фазе взрыва* отмечается глубокое помрачение сознания (по типу сумеречного) с неистовым двигательным возбуждением.

*Заключительная фаза* характеризуется резким ослаблением психических и физических сил, последующим сном либо состоянием, близким к прострации. Воспоминания о происшедшем носят отрывочный характер, но чаще не сохраняются вообще.

***Реакция короткого замыкания****.* Она возникает в результате длительно существующего интенсивного аффективного напряжения в форме тоски или отчаяния. На этом фоне внезапно возникает нарушение сознания (по типу сумеречного) с автоматизированными действиями или импульсивными поступками. Оканчивается либо сном, либо резким психофизическим истощением. Воспоминания об этом состоянии фрагментарны.

***Патологическое просоночное состояние****.* Возникает при пробуждении от глубокого сна, сопровождаемого яркими и кошмарными сновидениями, и характеризуется обманами восприятия на фоне аффекта страха. Заканчивается сном.

**Судебная психиатрия в уголовном процессе**

Результаты судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе являются очень серьезным и весомым доказательством и на предварительном следствии, и в суде. Заключение экспертов при проведении данного вида экспертизы в полной мере учитывается судом при назначении наказания, либо освобождении от него, поскольку судебно-психиатрическая экспертиза отражает прежде всего состояние здоровья подозреваемого, обвиняемого, подсудимого.

Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе назначается для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в случаях, когда имеются сомнения по поводу его вменяемости, либо способности к моменту рассмотрения дела отдавать отчет в своих действиях или руководить ими, а также для определения психического состояния свидетеля и потерпевшего, если требуется установить у них наличие способности адекватно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. С помощью судебно-психиатрической экспертизы устанавливают также необходимость применения принудительных мер медицинского характера к лицам, совершившим общественно опасные деяния.

Порядок назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы регламентирован уголовно-процессуальным законодательством и специальной инструкцией о производстве судебно-психиатрической экспертизы. Судебно-психиатрическим экспертом может быть врач-психиатр, обладающий соответствующей квалификацией и специальными подготовкой и практикой. Судебно-психиатрическая экспертиза осуществляется экспертами-психиатрами медицинских учреждений или психиатрами, назначенными лицом, производящим дознание, следователем, прокурором или судом. Для проведения судебно-психиатрических экспертиз при психоневрологических учреждениях организуются судебно-психиатрические экспертные комиссии (СПЭК).

Врачи-психиатры, проводящие судебно психиатрические экспертизы, имеют право знакомиться со всеми материалами уголовного дела, относящимися к предмету экспертизы, ходатайствовать о предоставлении им дополнительных материалов, необходимых для дачи заключения, присутствовать при производстве допросов и других следственных действий и задавать допрашиваемым вопросы, относящиеся к предмету экспертизы.

**Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе**

Может быть проведена по решению суда в следующих случаях:

а) Если суд рассматривает заявление об ограничении дееспособности гражданина или о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства.

б) Если суд рассматривает заявление об обоснованности проведенного психиатрического освидетельствования без согласия гражданина или без согласия его законного представителя.

в) Если суд рассматривает заявление об обоснованности диспансерного наблюдения без согласия больного или его законного представителя.

г) Если суд рассматривает заявление об обоснованности госпитализации в психиатрическую больницу без согласия больного или его законного представителя.

д) Если суд рассматривает заявление о необоснованности ограничения выполнять тот или иной вид деятельности по психиатрическим противопоказаниям.

е) Если суд рассматривает заявление об обоснованности психической полноценности умершего гражданина (завещателя или участника договора, сделки или тому подобное), проводится посмертная судебно-психиатрическая экспертиза.

КППЭ - это исследование, затрагивающее пограничные между психологией и психиатрией проблемы. Для выработки выводов такая экспертиза использует специальные познания, относящиеся к общим научным дисциплинам, применяет специфические методы, сложившиеся в психологии и психиатрии, сопоставляет и интегрирует данные психологических и психиатрических исследований. Основными предпосылками существования такого рода экспертизы являются наличие общих для психологии и психиатрии проблем, постоянное усиление в правоохранительной деятельности тенденций к индивидуализированной оценке психических особенностей и возможностей участников уголовного процесса (обвиняемых, свидетелей, потерпевших), раскрытие внутренних механизмов их поведения в конфликтных ситуациях.

Предметом психологии является изучение психики как функции мозга, состоящей в отражении объективной реальности, законов порождения и функционирования психического отражения. Психология изучает психические процессы и состояния, свойства личности человека в их «филогенетическом и онтогенетическом развитии». Психиатрия изучает причины и сущность психических заболеваний, характерными чертами которых являются нарушения, искажения или неполнота психического отражения явлений действительности. Однако некоторые виды болезненных отклонений от психической нормы, отдельные психические заболевания и их конкретные проявления изучаются и психологией, и психиатрией. Это прежде всего относится к так называемым пограничным состояниям и олигофрении. Психология и психиатрия являются пограничными взаимопроникающими областями научного знания, изучают один и тот же объект с помощью взаимосвязанных и взаимодополняющих методов исследования. Они имеют соотносимую систему понятийных единиц, позволяющую более полно и всесторонне описывать феномены и механизмы психических расстройств. Последние в связи с этим становятся доступными взаимной критической оценке со стороны психиатров и психологов, причем как на теоретическом, так и на практическом уровне.

На основании вышеизложенного наиболее полное определение, отражающее сущность КППЭ, дает ИА Кудрявцев: «КППЭ - это одна из разновидностей межродовых комплексных экспертиз, основанная на совместном рассмотрении и интегративной оценке результатов скоординированного применения для исследования психической деятельности обвиняемых (подозреваемых), потерпевших и свидетелей специальных знаний эксперта-психолога и эксперта-психиатра с целью достоверного наиболее полного и всестороннего общего (единого) ответа на вопросы, составляющие предмет комплексного исследования и входящие в сферу совместной (совокупной) компетенции экспертов» [28, с.17].

КППЭ имеет собственные цели и задачи и способна решать вопросы, которые объективно и научно обоснованно не могут быть решены посредством проведения других экспертиз. Сохраняя связи с обеими экспертизами, она отличается и от той, и от другой. Этим объясняется ее актуальность и необходимость практического применения.

**Статья 14.** Обстоятельства, препятствующие заключению брака

Не допускается заключение брака между:

лицами, из которых хотя бы одно лицо уже состоит в другом зарегистрированном браке;

близкими родственниками (родственниками по прямой восходящей и нисходящей линии (родителями и детьми, дедушкой, бабушкой и внуками), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братьями и сестрами);

усыновителями и усыновленными;

лицами, из которых хотя бы одно лицо признано судом недееспособным вследствие психического расстройства.