

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ ДЛЯ БУДУЩИХ ЮРИСТОВ

Софья Осколкова



Библиотека «Союза охраны психического здоровья»

Софья Осколкова

**Судебная психиатрия
для будущих юристов**

ИД «Городец»

2021

УДК 159.9
ББК 88.5

Осколкова С. Н.

Судебная психиатрия для будущих юристов / С. Н. Осколкова —
ИД «Городец», 2021 — (Библиотека «Союза охраны психического
здоровья»)

ISBN 978-5-907220-72-0

Книга «Судебная психиатрия для будущих юристов» посвящена различным вопросам судебной психиатрии, которые встают перед будущими юристами и молодыми специалистами в первые годы работы. Охватываются задачи судебной психиатрии на современном этапе развития данной науки и общества, критерии назначения судебно-психиатрической экспертизы и сложности ее подготовки. С учетом того, что сочетание юридических познаний с медицинскими встречается редко, в книге подробно изложены клинические аспекты нарушения психики и отдельных форм психических заболеваний. Большое внимание уделено организационным вопросам судебной психиатрии в России, судебно-психиатрическим подходам к различным формам психических расстройств и проявлениям психопатологии в сложных возрастных группах — несовершеннолетних и пожилых подэкспертных. Уделено внимание экспертизам в уголовном и гражданском процессе. Подробно описаны критерии социальной опасности психически больных и рекомендуемые меры медицинского характера. Это должно помочь формированию правильного подхода к анализу и выводам о заключениях судебно-психиатрических экспертов в процессе следственных и судебных действий. Книга содержит клинические наблюдения и их анализ, что демонстрирует сложность формирования и обоснования судебно-психиатрического заключения, а это важно в работе юриста. Также приведены примеры творчества психически больных: их рисунки, нередко имеющие значение для дифференциальной диагностики. Книга может представлять интерес для студентов юридических факультетов и молодых специалистов, а также для юридических психологов. В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

УДК 159.9

ББК 88.5

ISBN 978-5-907220-72-0

© Осколкова С. Н., 2021

© ИД «Городец», 2021

Содержание

Введение	7
Глава 1	9
Развитие судебной психиатрии в России в 1800–1860 гг.	17
Глава 2	23
Общие сведения о психике и ее нарушениях	23
Основные аспекты нарушений психики	24
Конец ознакомительного фрагмента.	26

Софья Осколкова

Судебная психиатрия для будущих юристов

Рецензенты: Артемьева М. С. – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Медицинского института РУДН

Давитадзе М. Д. – доктор юридических наук, профессор кафедры уголовного права, уголовного процесса и криминалистики МГИМО (МИД)

Введение

Судебная психиатрия – составная часть медицинской науки – психиатрии. Это одна из специальных, дополнительных дисциплин не только для обучения на юридическом факультете. Преподавание курса судебной психиатрии основывается на необходимости перманентной гуманизации отношения к психически больным и максимального соблюдения прав человека в целом (Дмитриева Т. Б., 1994, 1998, 2006, 2008). Проблемы и вопросы каждой темы рассмотрены с учетом важности своевременного направления субъекта на судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ) при сомнениях в его психической полноценности, а также в связи с использованием на занятиях основополагающих положений философии и современных достижений правовых наук. Следует иметь в виду, что правовые науки тесно связаны с криминологией, медицинской и судебно-психиатрической экспертизой, взаимно дополняя друг друга.

В соответствии с учебным планом юридических вузов и факультетов судебная психиатрия включена в цикл специальных дисциплин. Ее изучение особенно актуально в современных условиях российской государственности, обусловленных действующим УК и продолжающейся судебно-правовой реформой.

Психиатра, не решающего вопросы судебно-психиатрической экспертизы, прежде всего интересует диагноз психического расстройства, лечение и последующая реабилитация больного. В судебной психиатрии эти вопросы не теряют своего значения, но основная цель обследования заключается в изучении психических расстройств в соотнесении с позициями уголовного и гражданского законодательства РФ. В последнее время демократизация общества сочетается с гуманизацией судебной психиатрии. Это проявляется в стремлении к максимальному соблюдению прав лиц, совершивших правонарушение в болезненном состоянии. Они не несут уголовной ответственности за содеянное и должны получать необходимое лечение. В то же время, к психически здоровым не должны применяться меры медицинского характера. Как известно, в прошлом советских судебных психиатров обвиняли в злоупотреблении диагнозами, что практически полностью преодолено. Люди, не страдающие психическим заболеванием, должны участвовать в уголовном и гражданском процессе во всем объеме прав и обязанностей. Можно прогнозировать возрастание актуальности вопросов судебной психиатрии для юристов, работающих во всех сферах, не только из-за с высокого уровня преступности, но и в связи с учащением разрешения проблем собственности.

В задачи судебной психиатрии входит оценка психического состояния человека в период совершения правонарушения или сделки, СПЭ свидетелей и потерпевших; определение психического состояния лиц, заболевших до вынесения приговора или в местах лишения свободы; профилактика повторных общественно опасных действий психически больных. Важнейшими задачами судебной психиатрии также являются разработка и совершенствование критериев судебно-психиатрической оценки различных расстройств, а также максимальное ознакомление работников правоохранительных органов с вопросами судебной психиатрии.

Семинары и практические занятия проводятся по наиболее сложным проблемам курса и призваны углубить и расширить теоретические знания, полученные при изучении предмета. Ряд семинарских занятий, клинических разборов посвящен непосредственно клиническому и судебно-психиатрическому анализу лиц, находящихся на СПЭ с психическими расстройствами. Цель семинарских занятий и клинических разборов – выработка применения сведений по судебной психиатрии к конкретным профессиональным ситуациям (допрос в период следствия или в судебном заседании, адвокатская деятельность и др.). Студенты в процессе обучения постепенно понимают, что это требует достаточно глубокого изучения описываемого предмета, и в том числе самостоятельного, как предпосылки правильной оценки получаемых

от экспертов заключений. При освоении самостоятельно выбранных источников литературы обязательны консультации с преподавателем.

Учебная программа по судебной психиатрии предназначена для более полной и всесторонней подготовки юристов очного и заочного отделений. В процессе преподавания и самостоятельного изучения студентами судебной психиатрии на основе комплексного подхода к обучению достигаются следующие цели:

а) практическая – умение применять знания по судебной психиатрии при разрешении конкретных уголовных и гражданских дел;

б) образовательная – усвоение теоретических положений науки судебной психиатрии в свете действующих норм уголовного и гражданского законодательства;

в) воспитательная – формирование научного мировоззрения по вопросам о роли и месте психического состояния субъекта в борьбе с преступностью, убежденность в необходимости учитывать это при осуществлении правосудия по уголовным и гражданским делам; выработка непримиримости к отступлениям от принципа социальной справедливости в отношении лиц с психическими расстройствами.

В преподавании курса судебной психиатрии широко использованы активные формы и методы обучения, в том числе проблемный подход, материалы историй болезни, образцы творчества психически больных (рисунки, письменная продукция), аудиозаписи и видеofilмы.

Расстройства, встречающиеся в судебной психиатрии, систематизированы в учебнике от наиболее частых до наиболее редких. При клиническом описании придерживались принципа более детального клинико-динамического изложения частых психиатрических форм и менее детального – редких. Подчеркнем, что встречаемость различных расстройств в практике общей и судебной психиатрии несколько различается.

Однако с учетом основного круга читателей – будущих юристов – в учебнике приведено углубленное клиническое описание деталей психических расстройств. Основные формы психических расстройств сопровождают клинические примеры.

Автор надеется, что учебник поможет будущим и начинающим юристам оптимальнее оценивать состояние лиц с психической патологией, их поведение, мотивацию правонарушений, социальную опасность, а также эффективнее работать с судебными психиатрами, соблюдать права и учитывать возможности больных в современном социуме. Это, в свою очередь, должно принести успех в работе.

Глава 1

История судебной психиатрии

История отечественной судебной психиатрии как науки восходит к XIX в. Однако и ранее психически больные правонарушители привлекали внимание государства, общества, юристов. Задолго до возникновения психиатрии как медицинской науки человеческое общество было вынуждено проводить целый ряд мероприятий в отношении психически больных. Эти мероприятия касались ограждения общества от опасных действий, совершаемых больными до их изоляции, и охраны имущества граждан, что в свою очередь требовало установления факта психического заболевания в случаях неправильного поведения. Характер таких мероприятий и, в частности, решение вопроса об ответственности душевнобольных за опасные поступки вытекали из отношения государства и общества к больным, из трактовки психических болезней, которая определялась уровнем общественных отношений и естественнонаучных знаний.

Эти вопросы, отнесенные в дальнейшем к компетенции судебной психиатрии, требовали определенной законодательной регламентации. Упоминания о психически больных в законодательных актах и в других официальных документах, дошедших до наших дней, служат подчас единственными источниками, по которым мы можем судить о положении таких больных в обществе, об отношении к ним государства и населения. Поэтому историческое рассмотрение вопросов, относящихся к области судебной психиатрии, следует начать с законодательных материалов.

Н. Н. Баженов (1911) отмечал, что в эпоху монастырского призрения некоторых душевнобольных жизнь выдвигала и ставила те же задачи судебной психиатрии, какие и в современной психиатрической практике подлежат в каждом данном частном случае нашему разрешению. Из таковых укажу на вопрос о гражданской правоспособности и охране имущества душевнобольного и на вопросы психиатрической экспертизы.

Наряду с относительно гуманным по тому времени монастырским призрением и освобождением от уголовной ответственности душевнобольных имели место случаи пыток и сожжения тех больных, которые совершали наиболее опасные, с точки зрения правительства, преступления.

Применяемые к больным меры далеко не всегда соответствовали состоянию преступника. Отношение к больным во многом определялось их поведением и высказываниями. Мы не говорим уже о случаях нераспознанных душевных заболеваний, которых тогда было одинаково много как в России, так и в Западной Европе. Так, по мнению юриста Дюбюиссона, до Французской революции 1789–1793 гг. освобождение от наказания вследствие душевной болезни было во Франции чрезвычайной редкостью (Таганцев Н. С., 1888).

Но и заведомо психически больные, произносившие кощунственные или противогосударственные слова, имевшие бред бесоодержимости, также попадали на костры и виселицы. Отличавшиеся агрессивным поведением и речедвигательным возбуждением («буйством») попадали в тюрьму, а формально ориентированные, но с непонятной разорванной речью могли расцениваться окружающими как святые (Юдин Т. И., 1951).

Законодательные положения, касающиеся душевнобольных в уголовном процессе, впервые появились в России в 1669 г. в «Новоуказных статьях о татевных, разбойных и убийственных делах», где содержалось указание на то, что «аще бесный уььет, неповинен есть смерти», и говорилось о недопущении душевнобольных в свидетели наравне с глухонемыми и детьми («а глухих, немых и бесноватых и которые в малых летах... в обыск не писать и их не допрашивать»). Эти положения не давали еще обобщающего определения и не могут расцениваться как законодательная формула невменяемости.

В краткий период царствования Федора Алексеевича в 1677 г. был издан первый закон, касавшийся имущественных прав душевнобольных. В нем указано, что глухие, немые и слепые могут управлять своим имуществом, а пьяницы и глупые (слабоумные) не могут вести дела и управлять своим имуществом. Однако, лишая душевнобольных этого права, закон не определял, на кого это право возлагается и кто ответственен за имущество душевнобольных. Как замечает А. И. Рот, это законоположение носило чисто семейный характер, фактически имущественные права и обязанности возлагались на членов семьи больного.

Вопросы установления душевного заболевания и ответственности душевнобольных вставали обычно при бросавшемся в глаза очевидном нелепом поведении больных и лишь при наиболее тяжких по тому времени преступлениях, к которым относились действия, направленные против царствующего дома, в связи с которыми проводились широкие расследования, массовые допросы свидетелей и подозреваемых в соучастии с применением пыток, о чем неизменно доносилось самому царю. Об этом свидетельствуют подлинные материалы Тайного Преображенского приказа и органов расследования при провинциальных воеводах, опубликованные в книге Н. Н. Новомбергского «Государево слово и дело» (1911). Подробные показания свидетелей о поведении больных носят характер бытовых описаний и определений, дававшихся несведущими, малограмотными или неграмотными лицами (Лахтин М. Ю., 1911; Новомбергский Н. Н., 1907, 1911). Тем не менее, в ряде случаев такие показания представляли клиническую ценность. Судя по дошедшим до нашего времени данным, первая подлинно судебно-психиатрическая врачебная экспертиза была проведена в 1690 г. В ней принимали участие три врача, служивших при русском дворе и являвшихся дипломированными докторами медицины и философии европейских университетов. Каждый из них дал свое отдельное заключение, два были написаны на латинском языке и одно на древнегреческом. Речь шла о задержанном в городе Вязме бродяге, заявившем в 1690 г., что он сын царя Ивана Васильевича (Грозного). При допросах он утверждал, кроме того, что обладает способностью исцелять больных, живет на небесах, куда ходит через дыру и где его принимают ангелы. По его словам, к нему приходила тысяча ангелов и шестьсот донских казаков, а он собирался идти обращать татар в христианскую веру. В этом случае, как и в ряде других, записанные почти дословно высказывания больного позволяют ретроспективно судить о характере психических расстройств. В записке, видимо, влиятельного боярина, предлагалось больному «осмотреть дохтурам, в каком он разуме» (Новомбергский Н. Я., 1911).

В заключении доктора Григориуса Карбонария (личный врач Петра I) было указано, что он свидетельствовал человека, находящегося в оковах, в отношении которого поставлен вопрос, является ли он психически больным или симулирует безумие. В соответствии с должностью и своим искусством, указал эксперт, он признает свидетельствуемого больным, страдающим ипохондрией – болезнью, возникающей от злых, кислых мокрот, рождающихся в селезенке, в результате чего тот стал не только безумным, но и весьма беснуется. Отвергнув симуляцию, эксперт указал также на необходимость надзора и наблюдения за дальнейшим течением болезни (Чуркина И. В., 2011).

Видимо, эта экспертиза представляла собой явление исключительное и отнюдь еще не означала наступления эры врачебной психиатрической экспертизы. Еще в XVIII в. по делу душевнобольного капитана Ефимовича в качестве эксперта был назначен учитель риторики.

Не следует забывать, что до реформ Петра I дипломированные врачи, получившие медицинское образование в западных странах, находились только в распоряжении царского двора. Многосторонние преобразования, проводившиеся Петром I, по мнению Ю. В. Каннабиха (1929), мало отразились на положении душевнобольных.

Реформы Петра I сказались на законодательстве, касающемся психически больных. В толковании ст. 195 Воинских артикулов было указано, что наказание «воровства» обыкновенно «умалывается или весьма отставляется, если кто... в лишении ума воровство учинит».

Освидетельствование Ефимовича, внезапно убившего в состоянии острого психоза свою жену, ранее рассматривалось в литературе в качестве первой по времени судебно-психиатрической экспертизы (*Сербский В. П., 1895; Чиж В. Ф., 1890; Константиновский И. В., 1887*), так как тогда не были известны приводимые материалы, доступ к которым оказался возможным лишь после 1905 г.

Еще в 1722 г. Указом Петра I было велено Монастырскому Приказу помещать в монастыри умалишенных и людей, осужденных на вечную каторгу, но «не способных» к ней по состоянию здоровья. Однако в следующем 1723 г. был издан новый именной указ, запрещающий посылку сумасбродных и в уме помешанных в монастыри и возлагающий на Главный Магистрат обязанность учреждения госпиталей. Этот указ не был выполнен, и поскольку больные вследствие агрессивного поведения явно представляли общественную опасность, то вскоре после смерти Петра I последовал сенатский указ «Об отсылке беснующихся в Святейший Синод для распределения их по монастырям» (*П.С. З. Т. 7, док. № 4718*), при этом предлагалось содержать больных в особых, для них предназначенных помещениях, «имея над ними надзирание, чтобы они не учинили какого-либо себе и другим повреждения».

Участие церкви в карательной политике государства раскрывается в Сенатском указе 1742 г., касавшемся принудительного призрения наиболее опасных душевнобольных, которые числились государственными преступниками и потому находились в ведении Тайной канцелярии. Согласно этому указу поврежденные в уме колодники, содержащиеся в заключении по «важным делам», должны были приниматься в монастыри по-прежнему, причем был регламентирован порядок их направления и содержания в монастырях. Условия их пребывания там были крайне тяжелыми.

Проблема массовых контагиозных явлений в России во все периоды развития психиатрии для врачей-специалистов остается актуальной. Врачи XV и начала XVII в. были обязаны выявлять случаи «вмешательства дьявола» в этиологию нервных и душевных болезней. Как известно, на монахов возлагались обязанности не только призренческого плана, но и элементарной психиатрической экспертизы, т. е. они имели право принимать решения, кого из больных и когда отпускать из монастыря. О необходимости проведения медицинского освидетельствования участников психических эпидемий скопчества говорилось уже в 1862 г., когда в обязанность врачей вменялось освидетельствование участников эпидемий душевного характера.

Экспертную оценку психической эпидемии «хлыстовства» в Орловской губернии в конце XIX в. давали одновременно три независимых психиатра. Они единодушно пришли к выводу, что адепт страдал психическим заболеванием. В проведении психиатрической экспертизы участникам массового контагиозного явления душевного характера сектантской группы в 1906 г. в Казанской губернии большая роль принадлежала В. М. Бехтереву.

В целом, экспертные исследования, проводимые учеными при психических эпидемиях, способствовали становлению научной основы отечественной судебно-психиатрической экспертизы.

Преподавание психиатрии будущим юристам в России имеет сложную историю. Приводим основные, имеющие современное звучание взгляды на эту проблему В. П. Сербского, который в 1893 г. написал статью «Преподавание психиатрии для юристов». Таким образом, более 100 лет назад и юристам, и психиатрам представлялось очевидным, что без психиатрических знаний сложно, а нередко невозможно ориентироваться в вопросах целесообразности назначения судебно-психиатрической экспертизы, оценке ее объективности.

Из истории вопроса известно, что внимание законодателей к судебной психиатрии во всех европейских странах усилилось со второй четверти XIX в. (*Герцог Ф. И., 1848*). Так, в 1847 г. профессор Казанского университета Г. И. Блосфельд выпустил книгу «Начертание судебной медицины для правоведов, приспособленное к академическим преподаваниям в рос-

сийских университетах», а И. Спасский, читавший курс судебной медицины в привилегированном училище правоведения в Петербурге, составил первую в России учебную программу по судебной психиатрии для юристов. Судебно-психиатрические знания излагались в разделе судебно-медицинских исследований душевных болезней. Ф. И. Герцог (1842) подчеркивал: для того чтобы избежать ошибок в экспертных заключениях, необходимо обладать коренными сведениями о помешательстве, опытом и возможностью длительного наблюдения за больными.

В 1848 г. вышла первая в России монография, посвященная судебно-психиатрическим проблемам, которая была написана А. Н. Пушкаревым. Она вызвала оживленную дискуссию между юристами и психиатрами, была попыткой установить взаимопонимание между ними, но не очень удачной. Умозрительное выделение болезней воли как не отвечающее клинической реальности вызвало уже тогда основные критические замечания Ф. И. Герцога и других оппонентов Пушкарева. Однако сам факт дискуссии юристов и психиатров в середине XIX в. представляется весьма примечательным...

Не менее примечательно, с нашей точки зрения, выступление в «Московской медицинской газете» многолетнего руководителя московской Преображенской больницы Н. Ф. Саблера со статьей «О взгляде судей и врачей на сумасшествие». Статья была помещена на первой странице газеты. Автор отмечал, что часто точки зрения специалистов расходятся, так как юристы составляют мнение о душевных болезнях априорно, а врачи черпают свои данные из наблюдений. При судебном рассмотрении вопроса о душевном заболевании судья должен становиться ниже врача, а не наоборот, как это часто бывает.

В период после 1917 г. в юридических учебных заведениях были введены курсы судебной психиатрии, «что позволяло лучше разбираться в личности подсудимых» (Фейнберг Ц. М., 1938).

Однако с конца 90-х годов в юридических вузах стал подниматься вопрос о целесообразности преподавания судебной психиатрии, а в последние 5–7 лет этот курс читается только студентам, выбравшим уголовную специализацию. Их обычно меньшинство, но жизнь, как известно, нередко вносит свои «поправки».

Поэтому вскоре после 150-летия со дня рождения основоположника отечественной судебной психиатрии, выдающегося лектора, представляется целесообразным привести его воззрения на данную проблему, а также точку зрения юристов – его современников.

В 1893 г. В. П. Сербский опубликовал отдельную работу – «Преподавание психиатрии для юристов». Он начинает ее актуальным афоризмом Каспера: «Не подлежит сомнению, что признающих себя врачами несомненно больше, чем дипломов на это звание». В области же психических болезней, как отмечал В. П. Сербский, не считается нужной даже и опытность: каждый уверен, что, пользуясь здравым смыслом, всегда будет в состоянии отличить сумасшедшего от здравомыслящего. Вновь обращаясь к цитированию Каспера, ученый отмечает, что сумасшествие с обыденной точки зрения не болезнь, не нормальна только душа, а это нечто неуловимое, недоступное, невесомое, нематериальное. Поэтому врач в деле сумасшествия понимает столько же, сколько любой человек, для этого нужен только логический ум. Этой точки зрения придерживаются и многие юристы, причем не только отечественные. Так, особенно решительно высказывались английские и американские судьи (суждение о наличии помешательства они не относили к исключительному праву врачей). Затруднено и решение вопросов о вменяемости лица и назначении мер медицинского характера, уже несколько лет предоставленных судам. В. П. Сербский приводит цитату даже из книги Фрезе, согласно которой «опытный судья или проницательный человек может сравнить умственное состояние подсудимого с его прежним состоянием, действиями и характером, что достовернее свидетельства врача, который видит больного впервые».

Подобные позиции разделял и Сенат в России – высшее судебное учреждение. В целом ряде решений Уголовный департамент предписывал судьям при определении умственных

способностей обвиняемого руководствоваться внутренним убеждением, оценивая и проверяя заключения экспертов-психиатров. Еще раз подчеркнем, что в своих решениях Сенат неоднократно (1867–1871 гг.) предписывал, что при освидетельствовании в окружных судах должны участвовать не только врачи, но и судьи, и офицеры.

Причиной таких ошибочных воззрений В. П. Сербский прежде всего считал неосведомленность в учении о душевных болезнях. В «Сборнике правоведения» от 1893 г. он привел результаты подобного отношения к судебной психиатрии среди юристов. Прежде всего он фиксировал внимание на общеизвестных судебных ошибках, когда судья, основываясь на внутреннем убеждении, приговаривал к различным наказаниям и даже к смертной казни заведомо душевнобольных. Ученый добавлял, что такие случаи нередки: они имеют место значительно чаще, чем можно предполагать. В. П. Сербский приводил данные Поля Гарниера о работе судов в Париже, доложенные на Конгрессе по криминальной антропологии в Брюсселе в 1892 г. По наблюдениям в течение пяти лет после вынесения приговора 255 больных оказалось необходимо перевести в специальные больницы для душевнобольных. Следовательно, в одном Париже в год совершалось более 50 судебных ошибок. Ученый считал нужным обратить внимание и на то, что почти 40 % больных страдали достаточно легко диагностируемыми заболеваниями (в основном резко выраженным прогрессивным параличом). Далее в своей работе В. П. Сербский с горестью отмечал, что трудно сказать, сколько случаев психических заболеваний остаются неизвестными, так как на больных не обращает внимания тюремная администрация. Они заканчивают свой век в тюрьмах и на каторге. Автор не сомневался, что большинство совершившихся судебных ошибок обусловлено недостатками предварительного следствия, при производстве которого просматривается душевное заболевание подсудимого. Для избежания этого Поль Гарниер предлагал сделать обязательным посещение врачами мест предварительного заключения, а также отмечал необходимость указывать следователю, на что следует обратить внимание. Однако такая практика стала действительно реальной только в последние годы: психиатры исследуют психическое состояние осужденных.

В. П. Сербский постоянно повторял, что критика, проверка или оценка заключения специалистов-психиатров недоступна юристам – достаточный опыт можно приобрести, только пройдя полный курс медицинского факультета. Однако он подчеркивал, что знакомство юристов с психиатрией обязательно. Полнота материала о личности и поведении подсудимого, подсудимого зависит от наличия некоторых специальных познаний у ведущего следствие: следователь должен знать, на что обратить внимание, как и о чем расспросить родных и свидетелей. Кроме того, судьи должны ясно сознавать, какие вопросы требуют разрешения врачей. Однако нередко суд ставит неверные вопросы, не всегда правильно понимаются и ответы эксперта. Приобретение сведений о психиатрии, по мнению ученого, позволит избежать существенных недостатков и в этом плане.

Однако до настоящего времени вопросы к экспертам просто поражают некомпетентностью и даже нелепостью формулировок. В работе «Преподавание психиатрии для юристов» В. П. Сербский (1893) напомнил, что значение психического расстройства в юридическом отношении прежде всего связывается с уголовным правом и гораздо меньше – с гражданским. В действительности же он видел обратное отношение: каждый имеет какое-то имущество, и каждый, являясь гражданином, несет гражданские права и обязанности. Поэтому вопрос о правоспособности (дееспособности в современном понимании) неизбежно возникает в отношении каждого психически больного. Правонарушения же, естественно, совершаются не всеми больными. Ученые-юристы, признавая несомненную пользу и даже необходимость врачебного вмешательства в уголовное право при обсуждении вопроса об ответственности лица перед законом, «оберегают» от такого вмешательства гражданское право. При этом исходят уже не из внутреннего убеждения, а из авторитета римского права. В. П. Сербский приводит распространенное в его время мнение юристов, что человек может совершить различные сделки и

никто не станет оспаривать их юридическую силу на том основании, что в сущности он психически болен. Это мотивируется тем, что «в области личных и имущественных юридических отношений играет роль только внешняя ясно выраженная воля лица; внутренние мотивы действий, весь этот темный психологический мир, который выступает на первый план в уголовном суде, остается обычно в стороне в вопросах гражданского права» (*цит. по: Слонимский Л. З., 1879*). Отсюда следует вывод, что «медицинская точка зрения не имеет обязательной силы для юристов при решении вопроса о дееспособности – судебная практика должна сама выработать правила о влиянии душевных болезней на дееспособность» (*Слонимский Л. З. 1879. С. 6–7*). Однако, исходя из такой позиции, судебная практика приходит, по данным В. П. Сербского, к различным противоречивым выводам. Ученый также отмечал, что юрист, мнение которого он цитирует, и сам указывает на разногласия и недоразумения, которые создаются в этом отношении существующей практикой Сената. В. П. Сербский, аргументируя неудовлетворительную практику игнорирования судами психиатрических познаний, снова обращался к цитированию юриста Л. З. Слонимского (1879), который не скрывал, что под покровом всем известных недостатков законодательства нередко нарушаются общие юридические начала, но и законы, на несостоятельность которых ссылаются. В понимании законов об опеке судьи часто выражают совершенно противоположные взгляды. Судебная практика, «изгоняя» медицинскую точку зрения, бывает очень смела и изобретательна, придумывая обходы для своих же ошибок и недоразумений. Ученый выражал удивление мнением юристов, что душевнобольные совершают обычные и гражданские сделки своей здоровой стороной, а преступления – болезненной.

По мнению В. П. Сербского, это отражает приписывание правоспособности какой-то отвлеченной функции, «помимо темного психического мира». В действительности же правоспособность и способность ко вменению имеют между собой много общего и служат лишь формулами для определения психического состояния. Их использование, анализ психического состояния требует изучения психиатрии, а не только римского права. Только знакомство с психиатрией может убедить, что «душевнобольные не обладают магическим секретом изображать двуликого Януса в зависимости от нахождения в уголовном или в гражданском отделении суда. У душевнобольных все поступки совершаются через один и тот же больной мозг» (*Сербский В. П., 1893. С. 55–56*).

В. П. Сербский подчеркивал, что вопросы о вменении и гражданская правоспособность (дееспособность) далеко не исчерпывают связь, соединяющую юристов и психиатров. Она гораздо обширнее – область попечения о всех душевнобольных. Автор был убежден, что в уголовных и гражданских делах юристы должны обращаться к психиатрам, а при организации призрения – наоборот. При этом важно видеть в юристах не только представителей правосудия, но и общественных деятелей, и разработчиков законодательных норм. В. П. Сербский был справедливо убежден, что каждый психически больной должен быть зарегистрирован и обязан находиться под охраной закона. Необходимо, чтобы о каждой семье, в которой находится психически больной, было известно местному начальству. Государство в свою очередь должно оказывать покровительство таким людям и контролировать содержание больных в лечебных учреждениях и в семьях. Организации призрения больных в семье – одна из самых трудных задач, так как контроль над этим вопросом предполагает вмешательство государства в частную жизнь. В. П. Сербский отмечал, что законодательства Шотландии, Бельгии, Италии, Франции требуют государственного контроля над способом содержания каждого больного даже в собственном доме, хотя известно, что неприкосновенность частной жизни в этих государствах соблюдается более тщательно, чем в России. В. П. Сербский подчеркивал, что в своей семье больной может оставаться только в том случае, если приняты все меры для предотвращения его опасности для себя или других. Если это не выполняется или родные не хотят или не могут оставить больного дома, он должен быть помещен в лечебницу. Если больным отказывают в приеме, значит, дела призрения не существует, как, например, в Москве или в

России в целом. Таким образом, современные критерии социальной опасности практически идентичны их пониманию В. П. Сербским. Хотя он детально не останавливался на организационной стороне изоляции опасного больного, очевидно, что в этом участвовали правоохранительные органы. Как психиатр-гуманист, он принимал участие в обсуждении правил приема и выписки больных из психиатрических учреждений. В частности, он считал неверным отдавать эти вопросы на усмотрение суда: необходимость лечения или его прекращения требует специальных познаний. Двери психиатрических учреждений должны быть открыты для представителей правосудия, контроля с его стороны, однако они не должны оценивать чисто медицинские вопросы – выздоровления или улучшения состояния больного. Вместе с тем Сербский отмечал, что во многих цивилизованных государствах больные принимаются в психиатрические больницы и выписываются только по постановлению суда, и подчеркивал, что такой порядок не заслуживает подражания. При таком подходе все сводится к тому, что для оценки психического состояния больного не требуется специальных познаний.

Очевидно, что этические стороны этой проблемы представляли сложность 100 лет назад, но она сохраняется и сегодня.

Владимир Петрович с присущей ему заботой о человеке, в том числе и о психически больном, считал, что помимо контроля над способом содержания больных в семье или в больнице, государство должно заботиться и об их имущественных интересах. Такая позиция представляется очень актуальной и современной. Однако, кроме охраны имущественных интересов, Сербский считал важным уделение внимания различным правовым отношениям заболевшего (доверенность на ведение дел, оформление прошений об увольнении с работы, распоряжения по поводу имущества).

В. П. Сербский придавал большое значение и учреждению опеки на заболевшим психически, хотя и отмечал сложность этой процедуры.

В заключение своей работы о преподавании психиатрии юристам В. П. Сербский отметил, что юрист должен изучать не только преступное деяние как нечто абстрактное, но и самого преступника как личность, проявившую себя в том или ином деянии. Для этого юрист должен быть и социологом, и антропологом, и психиатром – и даже больше всего последним.

Таким образом, В. П. Сербский представлял много аргументов в пользу необходимого знакомства юристов с психиатрией. Он добавлял, что оно может быть вполне успешным только при демонстрации и разборах клинических случаев. Помимо клинической психиатрии, юристы должны знать законодательство о душевнобольных, все недостатки законоположений, многие из которых выступают особенно ярко при сравнении с иностранными законодательствами.

Многие положения преподавания психиатрии юристам актуальны и сегодня, прежде всего само преподавание этой дисциплины. Один из корифеев отечественной судебной психиатрии Б. В. Шостакович в 2005 г. писал: «Судебная психиатрия нужна правоведам. Если юристы работают в области уголовного права, им необходимо знать принципы определения вменяемости или невменяемости, подходы к выяснению возможности потерпевших или свидетелей участвовать в производстве по делу, др. Если они трудятся в сфере гражданского процесса, должны ориентироваться в вопросах недееспособности, способности совершать сделки, составлять завещания, других проблемах, которые возникают в семейном, трудовом, жилищном праве у лиц с психическими расстройствами. Юристы также должны знать основы законодательства о защите прав психически больных и иметь представление о мерах предупреждения опасных действий лиц с психическими расстройствами, т. е. о защите общества от их опасного поведения» (*Шостакович Б. В., 2005. С. 6*).

В дополнение к статье В. П. Сербского, приведенной выше, подчеркнем, что история отечественной судебной психиатрии как науки восходит к XIX в. Однако и ранее психически больные правонарушители привлекали внимание государства, общества, юристов. Задолго до возникновения психиатрии как медицинской науки человеческое общество было вынуждено

проводить целый ряд мероприятий в отношении психически больных. Эти мероприятия касались ограждения общества от опасных действий, совершаемых больными до их изоляции, и охраны имущества больных, что в свою очередь требовало установления факта психического заболевания в случаях неправильного поведения. Характер таких мероприятий и, в частности, решение вопроса об ответственности душевнобольных за опасные поступки вытекали из отношения государства и общества к больным, из трактовки психических болезней, которая определялась уровнем общественных отношений и естественно-научных знаний.

Эти вопросы, отнесенные в дальнейшем к компетенции судебной психиатрии, требовали определенной законодательной регламентации. Упоминания о психически больных в законодательных актах и в других официальных документах, дошедших до наших дней, оказываются подчас единственными источниками, по которым мы можем судить о положении этих больных в обществе, об отношении к ним государства и населения. Поэтому историческое рассмотрение вопросов, относящихся к области судебной психиатрии, следует начинать с законодательных материалов.

Сведениями о первых таких материалах отечественная психиатрия обязана в первую очередь И. В. Константиновскому (1887), обобщившему законодательство о душевнобольных в России с древнейших времен, а также Н. Н. Новомбергскому (1907, 1911) и М. Ю. Лахтину (1911), которые впервые опубликовали подлинные материалы судебных дел XVI–XVIII вв., в которых поднимались судебно-психиатрические вопросы.

Н. М. Карамзин, на которого ссылается И. В. Константиновский, в «Истории государства Российского» указывал, что после принятия Киевской Русью христианства (988) в законодательных актах появляются положения, устанавливающие общественное призрение больных, увечных и убогих. Так, по Уставу князя Владимира о церковных судах было определено, что «церковному или епископскому суду подлежали, кроме преступлений и тяжб по делам семейным, чародеи, колдуны, составители отрав и все дела, касающиеся людей, состоявших в церковном ведомстве. К ним относились все призреваемые – вдовы, сироты, хромые, слепцы; в церковном подчинении находились странноприимные дома, больницы, лекари» (*Константиновский И. В., 1887. С. 68*).

О том, что к этому контингенту призреваемых относились душевнобольные (хотя, конечно, и не все), можно судить по ряду обстоятельств. Среди подлежавших призрению в монастырях было большое количество юродивых, правда, не считавшихся формально душевнобольными. Заведомо же душевнобольные рассматривались как страдающие не по своей воле, а под действием злых сил нуждающиеся в церковных средствах лечения – в «изгнании бесов».

Развитие судебной психиатрии в России в 1800–1860 гг.

На рубеже XVIII и XIX вв. начинается постепенное сближение попечения и признания психически больных с аналогичными мерами, осуществляемыми общесоматической медициной. Передовые психиатры Европы, в том числе и России, такие как Ph. Pinel, J. E. Esquirol, I. Ticke, J. Cопpoly, а в России Ю. В. Каннабих, Ф. И. Рюль, И. Е. Дядьковский, Ф. И. Герцог, выступали с требованиями гуманного, подлинно врачебного отношения к психически больным. Это способствовало прогрессу психиатрических знаний и совершенствованию распознавания психических болезней, однако далеко не всегда находило свое отражение в решении вопросов об ответственности и дееспособности психически больных.

Первый этап становления судебной психиатрии в России – дореформенный, продолжавшийся с начала XIX века до 60-х годов (существование в России феодально-крепостнического строя с отсутствием гласного судопроизводства при официально предопределенном различии в подходе к больным в зависимости от их сословной принадлежности), второй обозначают как период земской психиатрии, связанный с так называемыми земскими реформами и с реформой судопроизводства. Регламентирование освидетельствования основного населения страны – крестьян – не предусматривалось до 1845 г., имелось лишь указание по поводу признания и надзора в случаях безумия (1830).

Прямая констатация неответственности душевнобольных за совершенные ими преступления содержалась в Указе императора Александра I, данном им калужскому гражданскому губернатору Лопухину 23 апреля 1801 г. в связи с делом об убийстве «поврежденным в уме» Василием Пахомовым своего дяди. В этом Указе, озаглавленном «О непридании суду поврежденных в уме людей и учинивших в сем состоянии смертоубийство», говорилось, что на таких людей «нет ни суда, ни закона». В таких случаях предписывалось удостовериться с помощью земской полиции и Врачебной управы в помешательстве преступника и поместить его в «дом безумных». Это официальное указание, носившее силу закона, однако, касалось лишь убийства и не содержало никаких критериев невменяемости. Указ ничего не говорил также ни о сроках, ни о порядке содержания этих больных в домах умалишенных, ни о возможности выписки в случае выздоровления.

По Указу 1815 г. (содержание Указа удержалось в законодательстве до 1917 г.) безумных предлагалось по-прежнему направлять для освидетельствования в Сенат, как было определено еще Петром I, а сумасшедших освидетельствовать в губернских городах, по месту их жительства. В 1835 г. Указом Государственного Совета впервые был установлен порядок судебно-психиатрического освидетельствования психически больных в уголовном процессе, однако это касалось только совершивших убийство или покушение на убийство. Со второй четверти XIX в. во всех европейских странах усилилось внимание законодателей к вопросам судебной психиатрии, хотя ее теоретическая база оставалась явно недостаточной. Довольно длительное время вопросы судебной психиатрии излагались в курсах судебной медицины (например, руководство С. А. Громова, вышедшее в 1832 г.).

Первые отечественные работы по судебной психиатрии принадлежат Ф. И. Герцогу, в которых он опирался на собственные клинические и экспертные наблюдения, будучи главным врачом психиатрической больницы «Всех скорбящих» в Петербурге. В 1848 г. вышла монография А. Н. Пушкарева «О душевных болезнях в судебно-медицинском отношении». Впоследствии выдающуюся роль в становлении судебной психиатрии как науки в России сыграли В. Ф. Саблер, И. М. Балинский, а в дальнейшем такие деятели земской психиатрии, как В. И. Яковенко, П. П. Кашенко, Н. Н. Баженов, М. П. Литвинов и др. В Москве разработка теоретических и практических аспектов судебной психиатрии проводилась С. С. Корсаковым,

В. П. Сербским и другими специалистами высочайшего уровня знаний и истинными гуманистами.

Государственный Совет в 1834 г. установил, что выздоровевших от душевной болезни необходимо свидетельствовать в том же порядке и в присутствии тех же лиц, которые свидетельствуют сумасшедших. В случае несомненного выздоровления акт освидетельствования необходимо было представлять в Сенат на его заключение, после чего человеку, признанному выздоровевшим, предоставлялась свобода.

По Указу Государственного совета от 18 февраля 1835 г. испытуемые, совершившие убийство или покушение на убийство и признанные страдающими душевным заболеванием, направлялись для содержания и лечения в дома умалишенных до выздоровления. Только в случае полного выздоровления, подтвержденного двухлетним периодом, во время которого не возникало никаких признаков болезни, больной мог быть выписан из больницы и ему могла быть возвращена его собственность, которая до этого находилась под опекой.

В особых случаях Сенат допускал возможность сократить двухлетний наблюдательный срок и отдать душевнобольного на попечение родственникам, обязав наблюдать за ним и в случае рецидива болезни вновь поместить в психиатрическую больницу.

Интересно, что «с лунатиками и сонноходцами», если они совершили преступление в болезненном состоянии, Указ предписывал поступать так же, как и с сумасшедшими, т. е. направлять их в психиатрические больницы. Аналогичное отношение было и к лицам, совершившим преступление «в припадках болезней, сопровождаемых "умоисступлением" и потому сходствующих с сумасшествием» (*Высочайшее Утвержденное мнение Государственного совета от 18.02.1835 «О производстве дел о смертоубийстве, учиненном в припадке сумасшествия», п. 5*). Однако в случае полного выздоровления этих лиц следовало оставлять в больнице с испытательным сроком не в два года, а всего на шесть недель.

Министерство внутренних дел должно было снабдить Врачебные управы специальными правилами, «касательно свойств болезней разного рода, сходных с настоящим сумасшествием, различия притворного сумасшествия от истинного, свидетельствования и испытания, как сумасшедших и лунатиков, так и одержимых болезнями, сумасшествием сходными, в тех случаях, когда они в припадках своих учинили смертоубийства или посягнули на жизнь другого или собственную» (*Правила освидетельствования душевнобольных, совершивших убийство. Ст. 49 Свода законов 1884 г.*). Эти правила об освидетельствовании душевнобольных, совершивших убийство, вошли в последующие Своды законов. Таким образом, прошло более ста лет после первого (1723) Указа о порядке освидетельствования лиц, находящихся в безумии, прежде чем был поднят вопрос о правилах освидетельствования душевнобольных и выздоровевших после душевной болезни.

Учреждение опеки над душевнобольными также было предусмотрено сенатским указом 1815 г. Основанием для опеки служило официальное признание больного безумным или сумасшедшим вышеуказанным образом. Такие больные по своему правовому положению приравнивались к малолетним. Кроме наложения на душевнобольных опеки, которая не всегда была обязательна, они могли подвергаться ограничению своих гражданских прав в отношении составления завещания.

В случае душевного заболевания брак мог быть расторгнут по просьбе одной из сторон, только если «законным следствием доказано, что другая сторона лишилась ума или имеет припадки бешенства и что сие повреждение умственных способностей продолжается больше года, и, по уверению врачей, нет надежд на исцеление» (*Свод Законов гражданских (1815), гл. 11 «Об опеке над безумными, сумасшедшими, глухонемыми и немymi»*).

Освидетельствование обвиняемых и лиц, в отношении которых решался вопрос об их дееспособности, проходило в специальных присутствиях Губернского правления или Уголовной палаты. В отдельных случаях испытуемые подвергались стационарному наблюдению в

домах умалишенных. Только в этих случаях и могла идти речь о квалифицированном психиатрическом обследовании психически больных. Некоторые заключения впоследствии заочно рассматривались и контролировались Медицинским советом при Министерстве внутренних дел, а по гражданским делам требовалось утверждение заключений Сенатом. Проводившееся освидетельствование в специальных присутствиях фактически осуществлялось врачами, не имеющими психиатрической подготовки.

Порядок освидетельствования отнюдь не отвечал требованиям психиатрии. Закон требовал в соответствии с принципами, указанными еще Петром I в 1723 г., чтобы все освидетельствование заключалось только «в строгом рассмотрении ответов на предлагаемые вопросы, до обыкновенных обстоятельств и домашней жизни относящихся» (*Решение Сената от 08.12.1723 об освидетельствовании психически больных – «дураков»*). Хорошо известно из опыта судебно-психиатрической экспертизы и общей психиатрической практики, что очень много больных, явно невменяемых и недееспособных, обнаруживают формальную психическую сохранность на уровне обыденных отношений, т. е. именно в сфере «обстоятельств, относящихся к домашней жизни». Это не могло не приводить к тому, что многие психически больные признавались здоровыми со всеми вытекавшими отсюда отрицательными медицинскими и социально-правовыми последствиями. Такая несовершенная форма освидетельствования подвергалась убедительной критике еще в дореволюционный период, и не только со стороны психиатров, но и со стороны юристов. А. Ф. Кони (1913) оставил красочное описание этой процедуры, не удовлетворявшей даже элементарным психиатрическим требованиям.

В 1841 г. было разрешено свидетельствовать лиц, находящихся в Московской Преображенской больнице, в присутствии больничного врача, который вызывался на заседание комиссии для объяснений. Тем самым юридическое освидетельствование психически больных стало в какой-то мере приближено к их психиатрическому наблюдению, но только пока в одной больнице.

Приведенные законоположения, определявшие порядок освидетельствования душевнобольных, касались главным образом представителей имущих классов. Освидетельствование «крестьян и крепостных людей, находимых безумными», впервые было введено постановлением Государственного Совета только в 1845 г. Оно производилось «особо составленными» комиссиями при губернских правлениях, причем при осмотре свободных крестьян членами комиссии были начальствующие над ними лица, а при освидетельствовании крепостных в комиссию входили уездный предводитель дворянства и помещики. Освидетельствование крестьян не требовалось утверждать в Сенате.

Начиная со второй четверти XIX в. во всех европейских странах усилилось внимание законодателей к вопросам судебной психиатрии, хотя сама законодательная рекомендация оставалась еще недостаточной и не имела теоретического обоснования (*Герцог Ф. И., 1848*). Все же выражением этой общей тенденции стало введение в уголовное законодательство европейских стран основной уголовно-правовой нормы, определявшей судебно-психиатрическую практику формулы невменяемости. Формула невменяемости, содержащая оба ее критерия – медицинский и юридический, впервые появилась в русском законодательстве в «Уложении о наказаниях уголовных и исправительных» 1845 г. и фактически действовала без сколь угодно существенных изменений на протяжении всего XIX в., будучи перенесенной и в последующее «Уложение о наказаниях» 1885 г. Критерии невменяемости этой формулы отличались значительным несовершенством, а сама формула фактически распределялась по трем статьям Уложения. В ст. 95 Уложения трактовались случаи хронических психических заболеваний и врожденного слабоумия. По этой статье признавались невменяемыми «безумные от рождения и сумасшедшие» (медицинский критерий), если они по состоянию своему в то время (в момент совершения преступления) не могли иметь понятия «о противозаконности и самом свойстве

своего деяния» (психологический критерий). Обслуживались больные не только надзирателями, но и солдатами из инвалидной команды.

Н. Н. Баженов (1909) сообщает о рапорте смотрителя Московской Преображенской больницы, что почти четвертая часть всего учреждения сидела на цепи.

Судьба психически больных, совершивших опасные действия и помещенных в дом умалишенных, была еще более тяжелой: для них был обязателен двухлетний срок пребывания в этих учреждениях после выздоровления. Многие больные не попадали и в дома умалишенных, а находились в местах заключения. Даже к середине XIX в. не было ни одного острога или тюрьмы, в которых не находились бы помешанные (Шульц А., 1865).

Психически больные, обвинявшиеся в наиболее тяжких преступлениях, продолжали содержаться в Суздальском Спасо-Ефимьевском монастыре еще в 1835 г., причем многие из них в течение нескольких десятилетий. На десятилетия могло затягиваться пребывание больных и в домах умалишенных.

Пособие С. А. Громова было не только первым, но и официально рекомендованным изданием и подлежало бесплатной рассылке врачам, состоявшим на государственной службе и занимавшимся судебной медициной. С. А. Громов не обладал клиническим психиатрическим опытом. Судебно-психиатрическая глава пособия хотя и была написана по современным на то время иностранным источникам, свидетельствуя о несомненной эрудиции автора, но являлась, по справедливому мнению Л. А. Прозорова (1915), наиболее слабой.

Спустя семь лет (1839) вышла «Памятная судебно-медицинская книжка» Марка Магазинера, состоявшего врачом для особых поручений при главном инспекторе медицинской части армии баронете Виллис, которому и посвящалась эта книга. В ней судебно-психиатрические вопросы рассматривались в главе об исследовании душевных болезней.

Авторы первых отечественных судебно-медицинских пособий для юристов, содержащих судебно-психиатрические сведения, также не были специалистами-психиатрами. Это профессор Казанского университета Г. И. Блосфельд, выпустивший в 1847 г. «Начертание судебной медицины для правоведов, приспособленное к академическим преподаваниям в российских университетах», и И. Спасский, читавший курс судебной медицины в привилегированном училище правоведения в Петербурге, составивший первую в России учебную программу по судебной психиатрии для юристов. Ф. И. Герцог (1842, с. 30–36). обращал внимание на значение самого преступления для оценки психического состояния обвиняемого. «Если в преступлении видно одно бессмыслие, тогда оно есть следствие умопомешательства». В подобных случаях наличие патологических поступков является следствием наступившего изменения нрава больного, которое не может укрыться от людей, близко его знавших».

При выявленных у больного заболеваниях, относимых в то время к мономаниям, Ф. И. Герцог считал необходимым знание врачами обстоятельств уголовного дела и также длительное стационарное наблюдение.

Оригинальными для того времени и важными как для общей психиатрии, так и для судебно-психиатрической практики были замечания Ф. И. Герцога о последствиях перенесенных психозов. Он говорил о больных, выздоровевших от умопомешательства, у которых осталась «некоторая перемена в нраве и душевных способностях, соединенная часто с тупостью или ослаблением сил рассудка и воли» (т. е. о дефекте в современном понимании этого слова). В. М. Бехтерев указал на определенное значение для юристов психиатрических знаний, которые необходимы для того, чтобы юристы представляли, в каких случаях нужно назначать судебно-психиатрическую экспертизу, и лучше понимали экспертные заключения.

Уголовно-антропологические установки психиатров приводили, по мнению Бехтерева, к тому, что суд, придерживающийся взглядов классической школы уголовного права, не понимал экспертов, а вопросы суда оставались непонятными врачу.

В конце XIX – начале XX в. выдающиеся отечественные психиатры стремились к физиологическому пониманию психических расстройств, с их клиническим рассмотрением. В. П. Сербский трактовал свободу воли, обуславливающую вменяемость как выражение выбора между совершением или несвершением тех или иных действий. Он писал, что свобода воли возможна только при развитии контролирующих, задерживающих и противодействующих представлений, что совершается с помощью ассоциаций.

Среди выдающихся психиатров XIX – первой половины XX вв. нельзя не назвать В. Х. Кандинского, С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкина, В. А. Гиляровского, Е. А. Попова и др.

В первые годы советской власти (1919–1929) происходило накопление экспертного опыта, разработка новых организационных форм судебно-психиатрической экспертизы, принудительных мер медицинского характера, преодоление ряда ошибочных теоретических положений психиатрии и уголовного права. Первым правовым актом Советской власти, непосредственно касающимся психиатрии, стала инструкция освидетельствования душевнобольных. В 1919 г. было утверждено положение о психиатрической экспертизе.

В 1921 г. на базе Пречистенской психиатрической больницы был создан Институт судебно-психиатрической экспертизы им. В. П. Сербского. Его первым директором стал Е. Н. Довбня, научным руководителем – Е. К. Краснушкин. Советское уголовно-процессуальное законодательство (УПК РСФСР 1922 и 1923 гг.) предоставило психиатрам-экспертам широкие возможности для обеспечения объективной, научно обоснованной экспертизы. Вместе с тем в организационно-административном отношении судебно-психиатрическая экспертиза не имела еще стройной системы и отличалась определенной двойственностью. В 20-30-е годы XX в. были еще не изжиты клинические проблемы, связанные с диагностикой исключительных состояний. Они диагностировались у 38 % людей, признанных невменяемыми, причем считались аффективно обусловленными. Теоретической основой этого положения было представление о дегенеративном предрасположении к патологическим реакциям.

В 1930–1950 гг. проводились интенсивные научные исследования в области судебной психиатрии в соответствии с задачами органов правосудия и нуждами психиатрической помощи населению. В то же время развевалась и укреплялась кадровая сеть судебной психиатрии. Большое внимание уделялось вопросам шизофренического дефекта и распознаванию симуляции. В 1936–1939 гг. был минимальным процент психопатов, признанных невменяемыми. В 1943 г. расширенный Пленум Ученого совета Института им. В. П. Сербского указал, что дальнейший этап развития судебной психиатрии должен быть связан с параклиническими исследованиями. На Всесоюзном совещании по судебной психиатрии в 1948 г. были рассмотрены основные судебно-психиатрические ошибки. Значительную роль в создании судебно-психиатрической службы и развитии Института им. В. П. Сербского сыграла Ц. М. Фейнберг, руководившая институтом 20 лет (до 1950 г.). Были разработаны виды судебно-психиатрических экспертиз, которые действуют и ныне. В тот же период внедрены новые формы работы с вменяемыми испытуемыми: трудотерапия, рациональная психотерапия, культурные мероприятия. В 40-е годы XX в. сложилась и система принудительного лечения. Однако в ряде случаев на такое лечение больных направляли, минуя этап судебно-психиатрической экспертизы. Общесоюзная регламентация принудительного лечения произошла в 1948 г. путем создания специальной инструкции. В период с 1950 по 1975 г. происходило углубление клинических и экспертных аспектов судебной психиатрии, внедрение в экспертизу психотропного лечения, углубленно изучались социальные факторы в генезе патологических изменений личности. Получила развитие и роль судебной психиатрии в гражданском процессе. В 70-80-е годы XX в. в отечественной судебной психиатрии были допущены отдельные злоупотребления, преимущественно в плане гипердиагностики шизофрении. Однако в дальнейшем при демократизации общества эти неправомерные подходы к подэкспертным были изжиты, судебная психиатрия стала интенсивно развиваться на гуманистической основе и с учетом преемственности лучших

традиций прошлого (земской медицины начала XX в. и др.). С 1997 г. в Уголовный кодекс РФ (УК РФ) «вернулась» статья, предусматривающая ограниченную вменяемость (ст. 22), которая применялась в начале нашего столетия и перестала существовать в судебно-психиатрических подходах в отечественной психиатрии в 1924 г. Ее уголовно-релевантное и гуманистическое значение очень велико: психическое состояние больных или лиц с психическими недостатками стало оцениваться по максимально дифференцированным медицинским и юридическим критериям.

Постепенно в спорах, на совместных совещаниях с юристами была сформулирована формула невменяемости, которая просуществовала без значительных изменений почти 100 лет. Современная судебная психиатрия включает в себя общетеоретические, организационные и частные вопросы – особенности проявления отдельных психических расстройств и их судебно-психиатрической оценки.

В задачи судебной психиатрии входит оценка психического состояния лица в период совершения правонарушения или сделки, СПЭ подозреваемых или обвиняемых, свидетелей и потерпевших; определение психического состояния лиц, заболевших до вынесения приговора или в местах лишения свободы; профилактика повторных общественно опасных действий психически больных – т. е. совершенствование принудительного лечения и реабилитации психически больных. Важнейшими задачами судебной психиатрии также являются разработка и совершенствование критериев судебно-психиатрической оценки различных расстройств, в том числе у несовершеннолетних и пожилых. Большое значение имеют задачи определения психического состояния человека для установления его дееспособности, состояния при составлении или изменении завещания, а также максимальное ознакомление с вопросами судебной психиатрии работников правоохранительных органов.

Глава 2

Основные понятия о психике и предмет судебной психиатрии

Общие сведения о психике и ее нарушениях

Психические процессы, самосознание, присущие человеку, по материалистической концепции зависят от функционирования центральной нервной системы (ЦНС) и прекращаются со смертью. ЦНС состоит из головного и спинного мозга. Психика отождествляется с деятельностью головного мозга. При этом в основе поведения всех живых существ, включая человека, лежит рефлекторная деятельность нервной системы. Рефлекс – закономерная реакция данной системы в виде изменений какой-либо деятельности (функции) организма в ответ на внутренние или внешние раздражители. Высшая нервная деятельность (ВНД) – это значительно усложненные рефлексы по сравнению с другими. При помощи рефлексов живые существа приспособляются к постоянно меняющимся условиям среды. Доказаны два вида рефлексов: безусловные и условные. Выдающимися отечественными исследователями рефлексов были И. П. Павлов и И. М. Сеченов. Кора головного мозга, с которой связаны все высшие психические функции, является субстратом анализа и синтеза информации. У человека эти функции получили особое развитие благодаря речевой системе. Слово имеет отношение к так называемой второй сигнальной системе (по И. П. Павлову), специфической для человека. Традиционно выделяются три типа ВНД: сильный, слабый и средний, или мыслительный, художественный и промежуточный.

Психические болезни подразделяются на острые и хронические, что, с учетом современных концепций, в значительной мере условно. Классификация рассматриваемых болезней проводится с учетом их причин, характера клинических проявлений и течения. Все классификации, имеющиеся в настоящее время, нельзя считать совершенными. В практике используется Международная классификация болезней (МКБ-10) и ее положения, диагностические критерии определяются в актах СПЭ. Вскоре практически будет использоваться МКБ-11, но ряд ее позиций обсуждается.

Психические болезни – результат сложных разнообразных нарушений деятельности мозговых структур, причем причины большинства из них неизвестны. Доказано, что в возникновении многих заболеваний играет роль наследственность, наследственная предрасположенность. В то же время факторы целого ряда форм психопатологии известны: последствия травм головы, интоксикаций, инфекций, генетических нарушений.

При обследовании лиц в судебно-психиатрической практике применяются те же методы и подходы, что и в общей психиатрии. Некоторые виды обследования проводятся только с согласия испытуемого. Основные направления судебно-психиатрического обследования: изучение сведений о жизни, болезнях (анамнез), анализ материалов уголовного или гражданского дела, беседа, наблюдение, экспериментально-психологическое обследование, лабораторные обследования. Все большее место в обследовании занимают психометрические методы и стандартизированные оценочные шкалы. При необходимости (опасности для себя или окружающих) в судебно-психиатрических стационарах лечение назначается принудительно. Длительность стационарной СПЭ в среднем 30 дней, при неясности клинической картины этот срок продлевается судом, максимально до 90 дней.

Основные аспекты нарушений психики

1.1. Нарушения мышления:

- замедление, ускорение темпа;
- обстоятельность, вязкость;
- паралогичность, нелогичность;
- ощущение спутанности, наплыва мыслей, ощущение чужих и неуправляемых мыслей;
- бред – ложное умозаключение, не поддающееся коррекции.

1.2. Нарушения памяти:

- антероградная амнезия – утрата воспоминаний о событиях до травмы;
- ретроградная амнезия – утрата воспоминаний о событиях после травмы;
- тотальная амнезия – утрата воспоминаний о событиях до и после травмы;
- парциальная амнезия – частичное сохранение воспоминаний;
- конфабуляции – нарушения памяти с замещением забытого фантазиями.

1.3. Нарушения восприятия:

- иллюзии – ошибочное восприятие реально существующих объектов;
- галлюцинации (зрительные, слуховые, тактильные и др.) – восприятие без реального раздражителя;
- псевдогаллюцинации – восприятие без реального раздражителя в субъективном пространстве собственного тела (в голове, груди и т. д.) при ощущении насильственности переживаний, «сделанности» по чьей-то воле.

1.4. Сенестопатии – необычные мучительные ощущения в различных частях тела, внутренних органах.

1.5. Расстройства схемы тела – искаженное ощущение формы, величины и положения в пространстве тела или его частей. Под схемой тела в психологии и психиатрии понимают имеющееся в сознании представление о форме, величине, весе тела (в целом и отдельных частей), его положении и перемещении в пространстве. В формировании схемы тела важную роль играет зрительная, тактильная и вестибулярная рецепторная система. Расстройства схемы тела включают в себя метаморфопсии, обманы ориентировки в пространстве, нарушения осознания времени, понятие фантомной конечности, анозогнозии (отсутствие сознания болезни). К нарушениям схемы тела относятся дисморфофобия – субъективное представление об уродстве, физических недостатках, что часто сочетается с нервной анорексией или булимией, сенестопатиями.

1.6. Навязчивые состояния – навязчивые мысли, действия, воспоминания и т. д.

1.7. Деперсонализация – расстройство самосознания. Включает две равнозначные составляющие: отчуждение психических процессов и отчуждение чувства тела. Некоторые авторы описывают отсутствие или притупление болевой чувствительности, голода, вкуса, чувства сна и др. при депрессиях. В тяжелых случаях человек начинает ощущать себя другой личностью, животным, деревом и даже неодушевленным искусственным предметом.

1.8. Дерезализация – расстройство восприятия реальности. Часто сочетается с деперсонализацией. Например, при «железнодорожном» параноиде, реактивном психозе, посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), алкогольном психозе.

1.9. Нарушения волевой сферы. Гипобулия – снижение способности к целенаправленной деятельности, абулия – утрата способности к ней. Импульсивные действия – внезапные, неожиданные действия для субъекта и для окружающих, не контролируемые волевой и интеллектуальной сферами.

1.10. Нарушения эмоциональной сферы. «Притупление» эмоций, парадоксальность эмоций и неспособность к высшим эмоциям – радости, удивлению, состраданию, стыду, любви.

1.11. Нарушения двигательной сферы – стереотипии; микрокататонии – повторяющиеся подергивания мышцы, части тела, собирание одежды в складку и типичные позы – истукана (с негнушейся спиной), что характерно для шизофрении.

Психическое неблагополучие, помимо отмеченных расстройств, может проявляться в творчестве заболевших. Этому вопросу уделено значительное внимание в работах отечественных и зарубежных специалистов. В последние десятилетия, в связи с патоморфозом многих психических заболеваний, тенденцией людей скрывать их проявления особенно тщательного анализа заслуживают косвенные указания на рассматриваемые расстройства. Так, изучение художественного творчества психически больных можно считать «полноправной» методикой изучения особенностей личности человека и ее болезненных изменений. В творчестве отражаются нарушения мышления (обстоятельность, бредовые построения, искаженные ассоциации, ложные воспоминания, фантазии, эмоциональный мир, обманы восприятия, отношение к окружающему миру – враждебное, нейтральное, дружелюбное; а также скрытая ауто- и гетероагрессия, сохранность прежних профессиональных навыков или появление новых и др.).

При недавно начавшейся шизофрении среди не рисовавших ранее структура психоза не отражается непосредственно в рисунках, лепных изделиях, стихах, письменной продукции в целом. Таким образом, больной пытается исключить время, когда он заболел, из сознания, из творчества (*Чиковани З. Г., 1969*).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.