

Частное учреждение образования
«МИНСКИЙ ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ»

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Учебно-методический комплекс
для студентов специальности
ПРАВОВЕДЕНИЕ

Минск
2009



Автор составитель:

М.Н. Мисюк, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры юридической психологии МИУ, врач высшей категории.

Рецензенты:

И.С. Асаёнок, доктор медицинских наук, профессор;

В.В.Шевляков, доктор медицинских наук, профессор.

Рекомендовано к изданию кафедрой юридической психологии Минского института управления (протокол №.... от)

Учебно - методический комплекс содержит курс лекций по всем темам дисциплины «Судебная психиатрия».

В учебно-методическом комплексе раскрыто содержание дисциплины, определены её цели и задачи, место в учебном процессе.

Представлены вопросы для самоподготовки и список литературы, рекомендуемой для изучения в процессе самостоятельной работы.

Комплекс предназначен для студентов факультета проведения дневной и заочной форм обучения.

Оглавление

1. История развития судебной психиатрии.

2. Диагноз и классификация в психиатрии.

I. Введение.

II. Классификация психических расстройств.

3. Предмет и содержание судебной психиатрии.

1. Судебная психиатрия как составная часть психиатрии, изучающая психические заболевания человека в связи с его общественно опасными действиями.

2. Задачи судебной психиатрии.

3. Связь судебной психиатрии с юридическими и другими науками.

4. Организация психиатрической помощи и судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

Виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Роль судебной психиатрии в уголовном и гражданском процессах (вменяемость и невменяемость, дееспособность и недееспособность).

4. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь.

1. Структура судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь и ее экспертные учреждения.

2. Порядок назначения и организация осуществления медицинского характера и лицам с психическими расстройствами.

3. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы.

4. Требования, предъявляемые к судебно-психиатрическому эксперту, круг лиц, подлежащих судебно-психиатрической экспертизе, права и обязанности эксперта, виды судебно-психиатрических экспертиз.

5. Примерный перечень вопросов, решаемых при назначении судебно-психиатрической экспертизы. Заключение судебно-психиатрической экспертизы, ее оценка.

5. Анатомия и физиология нервной системы.

1. Головной мозг.

2. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

3. Анатомия и физиология заднего мозга.

4. Анатомия и физиология промежуточного мозга.

5. Ретикулярная формация.

6. Анатомия и физиология конечного мозга

7. Спинальный мозг.

8. Понятие об условных и безусловных рефлексах.

9. Понятие о психической деятельности человека, ее основных функциях.

6. Понятие о патопсихологии и психических заболеваниях.

1. Определение.

2. Виды ощущений в зависимости от механизма их возникновения. Нарушения ощущений.

3. Виды восприятия. Нарушения восприятия.

4. Внимание, его свойства; нарушения внимания, синдром дефицита внимания.

5. Память, её виды, расстройства памяти.

6. Мышление, его характеристики. Варианты патологии мышления.

7. Эмоции, основные типы эмоционального реагирования.

8. Воля, нарушения волевой сферы.
9. Сознание, синдромы расстройств сознания.
10. Расстройства личности.
11. Определение психических заболеваний, синдромы психических заболеваний.

3.**7. Патологическое развитие характера. Психопатии.**

1. Определение понятия психопатий.
2. Диагностические критерии патологии личности.
3. Виды психопатий. Судебно-психиатрическая оценка.
4. Нарушение контроля над побуждениями и расстройства адаптации.
5. Расстройства половой идентификации и парафилии.

4.**8. Олигофрении. Судебно-психиатрическая экспертиза при олигофрении.**

1. Определение понятия олигофрении.
2. Диагностические критерии и признаки олигофрений.
3. Эпидемиологическая справка.
4. Классификация олигофрений, клиническая картина.
5. Группы и формы олигофрений.
6. Отдельные формы олигофрений.
7. Судебно-психиатрическая экспертиза.

5.**9. Временные психические расстройства.**

1. Определение.
2. Патологическое опьянение.
3. Сумеречные состояния сознания не являющиеся симптомом какого-либо хронического заболевания.
4. Патологические просоночные состояния.
5. Патологический аффект.
6. Реакция «короткого замыкания».
7. Судебно-психиатрическая оценка.

6.**10. Реактивные состояния.**

1. Определение.
2. Клиника реактивных состояний:
 - а) неврозы (исторический невроз, невроз навязчивых состояний, неврастения).
 - б) реактивные психозы (острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы, предподобные фантазии, синдром Ганзера и псевдодеменции, синдром пуэрилизма, синдром регресса психики [«одичания»], психогенный ступор, затяжные реактивные психозы).
3. Судебно-психиатрическая экспертиза реактивных психозов.

7.**11. Инволюционные психозы.**

1. Характеристика вопроса.
2. Инволюционная меланхолия.
3. Инволюционный параноид.
4. Инволюционная истерия.
5. Пресенильные психозы.
6. Пресенильные деменции.

7. Старческие психозы.
8. Судебно-психиатрическая оценка.

8.

12. Травматические поражения головного мозга.

1. История вопроса.
2. Классификация травматических повреждений.
3. Периоды травматического повреждения.
4. Клинические проявления травматического поражения мозга:
 - а) травматическая астения,
 - б) психопатоподобный синдром,
 - в) эпилептиформные проявления,
 - г) травматические психозы,
 - д) слабоумие.
5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

9.

13. Психические расстройства вследствие сосудистых заболеваний головного мозга.

1. Характеристика сосудистых нарушений.
2. Стадии церебрального атеросклероза.
3. Клиническая картина сосудистых нарушений.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных с сосудистой патологией.

10.

14. Психические расстройства при синдроме приобретенного иммунодефицита (СПИД).

1. Определение заболевания.
2. Реакция заболевших СПИД пациентов на заболевание.
3. Характеристика психических расстройств.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза больных СПИДом.

11.

15. Сифилитические заболевания центральной нервной системы.

1. Общая характеристика сифилитической инфекции.
2. Сифилис мозга.
 - а) сифилитическая невралгия;
 - б) менингеальная форма;
 - в) гумозная форма;
 - г) аноплектиформный сифилис мозга;
 - д) эпилептиформный сифилис мозга;
 - е) галлюцинаторно-параноидная форма;
 - ж) сифилитический псевдопаралич;
3. Сухотка спинного мозга (табес).
4. Прогрессивный паралич.
5. Судебно-психиатрическая оценка сифилитических заболеваний мозга.

16. Шизофрения.

1. Определение шизофрении.
2. Причины развития.
3. Симптомы шизофрении.

4. Типы течения шизофрении (непрерывная, периодическая (рекуррентная), приступообразно-прогредиентная, протекающая в виде шубов).
5. Формы шизофрении (простая, гебефреническая, параноидная, кататоническая, циркулярная).
6. Судебно-психиатрическая оценка.

12.

17. Биполярное расстройство (маниакально-депрессивный психоз, МДП, циклотимия).

1. Общая характеристика биполярного расстройства.
2. Маниакальная фаза.
3. Депрессивная фаза.
4. Циклотимия.
5. Судебно-психиатрическая оценка.

13.

18. Эпилепсия.

1. Определение эпилепсии, этиология заболевания.
2. Судорожные кратковременные и бессудорожные пароксизмальные состояния.
3. Острые и затяжные психозы.
4. Изменения личности и слабоумие.
5. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.

14.

19. Хронический алкоголизм, наркомании, токсикомани.

1. Характеристика алкоголизма.
2. Простое алкогольное опьянение.
3. Патологическое опьянение и его особенности.
4. Судебно-психиатрическая оценка простого и патологического алкогольного опьянения.
5. Хронический алкоголизм. Причины распространения.
6. Стадии алкоголизма.
7. Алкогольные психозы. Алкогольная деградация личности. Судебно-психиатрическая оценка.
8. Действие наркотиков на организм человека, развитие зависимости организма от потребления наркотиков.
9. Виды наркомании. Различия понятий «наркомания» и «токсикомания».
10. Судебно-психиатрическая оценка расстройств психики, возникающих в результате употребления наркотических и токсических средств.

15.

20. Симуляция и диссимуляция психических расстройств.

1. Понятие симуляции психического заболевания.
2. Виды симуляции – простая; на патологической почве (агравация, метасимуляция, сверхсимуляция (гиперсимуляция), диссимуляция).
3. Эпидемиологические различия видов симуляции.
4. Диссимуляция (истинная, патологическая).
5. Судебно-психиатрическая экспертиза.

16.

21. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних.

1. Правовое положение несовершеннолетних.
2. Понятие пубертата.
3. Наиболее часто встречающиеся синдромы психических расстройств в подростковом возрасте.

4. Органические поражения центральной нервной системы у детей и подростков; шизофрения, олигофрения.

17.

22. Суицид.

1. Введение в проблематику.
2. Мифы в отношении суицидов.
3. Определение.
4. Основные концепции и подходы в современной суицидологии.
5. Свойства, характеризующие личность суицидента.
6. Типы адаптированной личности.
7. Основные категории самоубийств.
8. Типы суицидальных действий.
9. Личности повышенного суицидального риска.
10. Личностные реакции с повышенной суицидоопасностью.
11. Факторы повышенного суицидального риска (экстраперсональные, интроперсональные).
12. Антисуицидальные факторы.

23. Иллюстративный материал.

24. Вопросы для самоподготовки по дисциплине «Судебная психиатрия».

25. Литература.

«...Аще бесный убьёт, не повинен, есть смерти...»*

История развития судебной психиатрии

Исторически наиболее ранними областями судебной психиатрии, предшествующими всем прочим направлениям деятельности судебного психиатра, является его участие в решении вопросов гражданской дееспособности психически больных, а также производство экспертизы по вопросу о вменяемости. Необходимость опеки над психически больными, принятия мер по защите от их опасного поведения есть объективно существующая социальная потребность. Решать подобные вопросы вынуждено любое общество на любом этапе своего развития, причём задолго до появления психиатрии в ее современной постановке.

Выбор методов и средств при решении этих задач во многом определяется характером воззрений на сущность помешательства. Они исторически переходящи и подчас несхожи между собой. Вместе с тем, среди пёстрого многообразия этих воззрений, существовавших на протяжении истории человеческого общества, можно выделить основные.

К глубокой древности восходит представление о психическом расстройстве как о следствии внедрения в человека постороннего духовного начала. Оно может быть злым или добрым, сообразно чему помешательство расценивалось либо как одержимость нечистой силой («бесные»), либо, напротив, как особая милость бога («блаженные»). Кратковременные, преходящие психические нарушения нередко расценивались как притворство, а нерезко выраженные, болезненные нарушения психики, сопровождавшиеся расстройством влечений – как распущенность и порочность.

Наконец, помешанными в глазах окружающих назывались иногда вполне здоровые люди, чье поведение выглядело необычным и непонятным (так, Демокрит был освидетельствован Гиппократом по настоянию своих сограждан, коим показалось странным поведение философа, анатомировавшего животных).

Взгляд на помешательство как на болезнь, вызванную естественными причинами, также имеет многовековую историю. Еще античные врачи в качестве причин психических заболеваний называли **разлитие желчи, скопление в организме мокрот и иных выделений** внутренних органов, **непомерное употребление вина** и пр.

Достаточно очевидно прослеживалась связь некоторых психических расстройств с сильными душевными потрясениями и травмами головы.

Многие представления о психической болезни, несмотря на их различия и даже несовместимость, существовали одновременно, хотя в ту или иную эпоху преобладающим оказывалось, как правило, одно из них. На протяжении тысячелетий господствовали религиозно-мистические воззрения.

В Новое время, по мере секуляризации общественного сознания, они стали уступать место научным. Каждое воззрение имело свои средства воздействия на поведение психически неполноценных людей, подпадавших под соответствующую категорию. Социально беспомощных больных помещали в различные учреждения для приюта, а

*Полное собрание сочинений Российской империи. Т.1, СПб., 1830, с. 441.

социально опасных граждан – для изоляции. Душевнобольных содержали в частных домах, общинах, доме врача, монастырях, тюрьмах, больницах. Применялась к ним и такая мера, как **изгнание** из страны. В ряде случаев социально опасные больные подвергались **физическому уничтожению**.

Социальная опасность могла трактоваться весьма широко. В средневековой Европе социально опасным считался каждый, чьи слова или поступки не соответствовали христианской догме. Инквизиция отправляла

на костер немалое число душевнобольных с бредом, галлюцинациями и болезненными фантазиями религиозного содержания. На протяжении многих веков (исключая, возможно, два последних столетия) освобождение от ответственности ввиду наличия у обвиняемого тяжелой психической болезни почти не практиковалось по делам о церковных и государственных преступлениях.

С появлением государства и права, средства воздействия на поведение душевнобольных приняли государственно-властный характер и начали облекаться в правовую форму. Однако психические расстройства получили статус юридически значимого явления, влекущего особые правовые последствия, далеко не сразу.

Эмпирическую основу для придания психическим расстройствам юридического значения оставил появившийся, видимо, очень давно взгляд, согласно которому помешанные лишены способности к разумению и не отдают себе отчета в своих поступках. Этот простой эмпирический вывод из непосредственно наблюдаемых фактов, подвергался затем «теоретической» (в самом широком смысле) интерпретации – религиозной, философской и пр. В итоге появлялась возможность не только зафиксировать определенное положение вещей, но и попытаться объяснить его.

Так, одержимость бесом – не просто экспансия злого духа, но кара за преступления. Человек сам полагался виновным в «навлечении» на себя Божьего гнева и вселении дьявола. Если в припадке безумия он совершал что-либо предосудительное, то должен был искупить вину посредством религиозно-очистительных обрядов, а в более поздние времена – подвергнуться уголовному наказанию.

О древности упомянутого воззрения свидетельствует греческая мифология.

Геркулес, в припадке безумия, убил своих детей. Геркулес Троянской войны Аякс, когда у него помутился рассудок, напал на стадо животных и принялся их убивать, полагая, что поражает врагов. Наибольший интерес представляет разоблачение симуляции Одиссея, который, притворившись помешанным, запряг в плуг вола и осла и стал вспахивать поля, рассыпая их солью. Чтобы разоблачить притворство, на борозду положили малолетнего сына Одиссея. Отец не мог раздавить плугом ребенка и этим выдал себя.

Мифологические, религиозно-мистические, философские и иные абстрактные обобщения, претендующие на объяснение феномена помешательства и поведения умалишенных, в ряде случаев не только не способствовали появлению соответствующих доктрин и институтов (например, невменяемости), но, напротив, препятствовали этому.

В Древней Греции, где, как уже говорилось, отчетливо сформировался тезис о полном неразумии помешанных, уголовное право не содержало норм о невменяемости.

Во-первых, безумие считалось Божьей карой за преступления (за оскорбление богов, неисполнение их воли и пр.), где первоисточником помешательства выступало «виновное» поведение человека.

Во-вторых, в Древней Греции считалось, что дух умершего от насильственных действий или несчастного случая обязательно должен быть отомщен. Иначе душа покойного, не нашедшая пристанища в царстве мертвых, будет поражать живых голодом, болезнями и другими несчастьями. Отсюда следовало «наказание» даже животных и неодушевленных предметов, если они полагались «виновниками» гибели людей (забодавший человека бык умерщвлялся, сорвавшийся с горы камень топили в воде и пр.).

Таким образом, религиозный постулат об обязательном отмщении преломлялся в уголовном праве в виде юридического принципа обязательно и автоматически следующего за преступлением наказания, что блокировало появление категории невменяемости в древнегреческом праве.

Однако поставленная религиозным догматизмом преграда не была непреодолимой. Ее обошли уже римские юристы, объявившие, что душевнобольной, совершивший преступление, наказан самой болезнью.

Правовые нормы, связывающие с наличием психических расстройств определенные юридические последствия, появились очень давно. По законам Хаммурапи (XVIII век до н.э.), договор купли-продажи раба мог быть расторгнут, если в течение месяца после его заключения у раба обнаружится болезнь «бенну» (вероятно, эпилепсия).

В законодательстве Солона (VI в. до н.э.) имелись указания о непризнании завещательных актов помешанных.

Римское право различало несколько видов помешательства. Сумасшедшие и безумные считались полностью лишенными дееспособности и неответственными за свои поступки. Ответственность за неправомерные действия безумных несли, согласно римскому праву, их опекуны или лица, осуществляющие за ними надзор.

Идеи невменяемости и недееспособности не были чужды феодальному праву. В «Саксонском зеркале» (XIII в.) указывалось, что слабоумных и сумасшедших не следует подвергать наказанию. Если же они кому-либо причинили вред, то их опекун должен возместить его.

В английском законодательстве времен Эдуарда II (1324) существовали нормы об охране имущества помешанных. В 1724 г. английский судья Трейси, опираясь на высказывания правоведа XIII в. Брэктона, предложил в качестве критерия невменяемости, так называемый, «критерий дикого зверя». Согласно которому, невменяем лишь тот, кто полностью лишен рассудка и памяти, и не сознает того, что делает, подобно малолетнему ребёнку, слепце или дикому зверю.

Первые упоминания о душевнобольных в русском законодательстве относятся к XII веку. В Судном законе князя Владимира Мономаха, в главе «О завещании», содержалось указание об исключении «бесных» из числа свидетелей. Новоуказные статьи о разбойных и убийственных делах (1669) признали «бесных» неответственными за убийство. За два последующих столетия издаются уже десятки императорских и сенатских указов, касающихся правового положения психически больных.

Несмотря на то, что врачи стали привлекаться к психиатрическому освидетельствованию еще со времен античности, их участие в установлении психических расстройств по уголовным и гражданским делам признавалось необязательным вплоть до XIX века.

Считалось, что психическое заболевание, обуславливающее невменяемость или недееспособность, должно быть настолько очевидным и иметь столь многочисленные внешние проявления, что установить его наличие можно и без помощи врача. Взгляды на сумасшествие как на одержимость дьяволом приводили к тому, что сведениями судами (экспертами) по ряду дел о преступлениях умалишенных долгое время оставались священнослужители. Например, в России в XVII–XVIII вв. местом освидетельствования умалишенных, совершивших преступление, были преимущественно монастыри. Душевнобольные, подлежащие опеке, освидетельствовались Сенатом (Указ Петра I от 6 апреля 1722 г. «О освидетельствовании дураков в Сенате»).

В Верочайшей реляции по делу Ефимовича, совершившего в состоянии помешательства убийство жены (1775), в качестве эксперта назван почему-то учитель риторики. Лишь к началу XIX в. функции психиатрического освидетельствования обвиняемых были целиком возложены на врачебные управы.

XIX век можно считать временем, когда научно-медицинские взгляды на природу помешательства становятся полностью доминирующими. Тогда же судебная психиатрия обретает, наконец, вполне современный облик. Сказанное относится к организации судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения психически больных, совершивших уголовно наказуемые действия, разработке критериев невменяемости и недееспособности и пр.

Речь идет о передовых в научном отношении странах, прежде всего странах Европы и Северной Америки.

Но еще в первом десятилетии XIX в. приглашение эксперта-психиатра в уголовный процесс было делом относительно редким. Переломным оказался период с 1810 по 1825 г., когда в ряде западноевропейских стран большой общественный резонанс вызвала серия сходных между собой преступлений. Это были особые тяжкие деяния (в основном убийства), совершенные в отношении родных, близких, знакомых. Отличительной чертой была внешняя безмотивность содеянного. Преступления совершались не из корысти, не под влиянием сильной страсти или болезненных иллюзий. Вместе с тем, у преступников не выявлялись и признаков выраженного психического расстройства. В результате, с одной стороны, возникало подозрение, что преступник ненормален, ибо он без видимых причин совершал чудовищное преступление, посягая на те области человеческих отношений, которые считались священными. Однако, с другой стороны, заметных симптомов помешательства не обнаруживалось. Более того, преступники, как правило, заранее и тщательно готовили свои действия, проявляя подчас такую степень хитрости и изобретливости, на которую ненормальные считались неспособными. Столкнувшись с невозможностью рационального объяснения отмеченных противоречий, уголовная юстиция испытывала серьезные затруднения. И, тогда, на помощь судьям пришли психиатры. Они выдвинули **концепцию моноμανии**, т.е. помешательства, проявляющегося почти исключительно в совершении тяжкого преступления и не имеющего (почти не имевшего) иных внешних признаков. Тем не менее, как заявляли сами эксперты, тщательный клинический анализ каждого случая позволял поставить верный диагноз. Понятие моноμανии было ненаучным, и психиатры от него в скором времени отказались. Но именно благодаря этой ложной в научно-познавательном отношении концепции, психиатрии удалось «закрепиться» в системе уголовной юстиции.

На значимость для развития судебной психиатрии данного периода и рассматриваемых ниже обстоятельств обратил внимание известный французский философ **Мишель Фуко**.

Значительное влияние на дальнейшее расширение сферы применения психиатрических знаний в уголовном судопроизводстве оказало учение о **дегенерации** французского психиатра **Б. Мореля**. Учение о дегенерации (вырождении) в какой-то мере **противостояло теории эволюции Дарвина** (обе теории появились в середине XIX в. почти одновременно). Говоря о развитии живой природы, дарвинизм обращал внимание на «прогресс в мире растений и животных». Морель же сделал акцент на биологических процессах противоположного свойства. В отдельных человеческих популяциях, отмечал он, из поколения в поколение можно наблюдать нарастающие признаки вырождения – интеллектуального, морального, физического. Оно проявляется, в частности, в бесплодии, пониженной жизнеспособности детей, глухоте, слабоумии и других психических расстройствах, многообразных отклонениях в поведении. Учение Мореля имело успехи и оказало существенное влияние на многие области научного знания, включая психиатрию. С этого времени представления о психических расстройствах, исключающих вменяемость, стали гораздо более разнообразными. Они уже не ограничивались случаями, когда указанные расстройства были слишком очевидными, или случаями, когда болезнь выражалась в форме моноμανии (влечения к совершению тяжких насильственных преступлений). Теперь, имея дело с преступлением, можно было предположить, что оно является свидетельством дегенеративного процесса, который, обычно, сопровождается иными отклонениями от нормы, в том числе и психическими отклонениями. Так что отныне судебно-психиатрические вопросы могли ставиться в отношении обвиняемого в любом (с точки зрения характера и тяжести) преступлении.

В XIX в. были заложены основы современной психиатрии. Весьма значительны достижения этого времени в сфере клинического описания и диагностики психических заболеваний, их классификации,

выявлении этиологии (причин) отдельных форм психических болезней, а также в области содержания больных и ухода за ними. Прогресс в гуманизации психиатрии к концу столетия поистине громаден.

Но еще в первой его половине во многих психиатрических заведениях обычной была практика широкого использования насильственных, принимавших порой крайне жестокие формы, средств обращения с пациентами. К ним применялись наручники, цепи, ремни для связывания, «горячечные рубашки» и тому подобные меры, причем сроком до многих недель, месяцев и даже лет.

В 1793 г. французский психиатр **Ф. Пинель** распорядился о снятии цепей с обитателей дома умалишенных. Это событие считается поворотным пунктом в движении за гуманизацию психиатрии. По словам известного русского психиатра Н.Н. Баженова, благодаря Пинелю «сумасшедшие были подняты до достоинства больных».

В 1839 г. английский психиатр **Д. Коннолли** отменил применение смирительных рубашек (ставленных в арсенале психиатрии Пинелем) и провозгласил принцип «нестеснения» при больничном уходе.

В 70-х гг. прошлого века в Шотландии вводится «система открытых дверей». Она заключалась в почти полной ликвидации запирающихся палат и удалении решеток. Под влиянием большинства больных разрешалось свободно передвигаться по территории больницы.

Русские психиатры оценивали реформы Пинеля очень высоко. Тот же Баженов отмечал, что именно с них «психиатрия ведет свое летосчисление». Активно внедриться в психиатрическую практику дореволюционной России также описанные выше принцип «нестеснения» и «система открытых дверей».

Достижения психиатрической науки и гуманизация отношения к психически больным оказывали большое влияние на судебную психиатрию.

Значительный вклад в её развитие в XIX - начале XX вв. внесли такие крупные ученые и клиницисты, как И.М. Балинский, А.У. Фрезе, В.Х. Кандидский, В.И. Сербский, В.М. Бехтерев в России, В. Гринингер в Германии, Ж. Эскироль во Франции, Г. Грудели в Англии, Р. Крафт-Эбинг в Австрии и ряд других.

Значительно более широкий круг проблем затрагивали идеи итальянского психиатра **Ч. Ломброзо**. Его концепция «преступного человека» («врожденного преступника») была радикальна. Она решительно пересматривала прежние взгляды на природу преступности и методы борьбы с ней и, как следствие этого, претендовала на всестороннее реформирование всей системы уголовной юстиции.

Однако реальное влияние на последнюю идею Ломброзо оказалось гораздо скромнее. Более заметно их воздействие на последующее развитие криминологии и в какой-то степени судебной психиатрии. Практически все научные концепции, признающие значимую роль биологических или медицинских факторов (генетических, психопатологических и пр.) в генезисе преступности, стали именоваться **логотипическими**.

Далее, в XIX в. появляются законодательные формулировки, применявшиеся затем в судебной и экспертной практике на протяжении более ста лет. Норма Французского уголовного кодекса 1810 г. о невменяемости («Нет ни преступления, ни проступка, если обвиняемый во время совершения действия находился в состоянии безумия») просуществовала до 1994 г. когда во Франции вступил в силу новый уголовный закон. Введенные в 1843 г. в Англии критерии невменяемости, известные как Правила Мак-Натена, существуют в англо-американском праве и поныне. Правила названы по имени психически больного, совершившего по бредовым мотивам убийство, жертвой которого стал секретарь премьер-министра. Они изложены в виде пяти вопросов и ответов на них. Центральным является положение о том, что невменяемым считается лицо, которое вследствие душевной болезни не могло осознавать «природу и качество» своего преступного деяния или его «противозаконность».

Судебной психиатрии XX столетия присущи некоторые новые черты, не имевшие или почти не имевшие аналогов в прошлом.

Уголовное и уголовно исполнительное (исправительное) законодательство и правоприменительная практика наряду с тяжелыми психическими заболеваниями все большее внимание начинают уделять относительно неглубоким психическим расстройствам. Они учитываются при назначении наказания и выборе его вида. Организуются специализированные учреждения для осужденных с пограничными психическими нарушениями. В исправительный процесс все шире внедряются лечебно-психиатрические и психолого-коррекционные программы. Соответственно возрастает роль психиатрии в уголовном судопроизводстве и во время отбывания наказания.

Отметим, что **50-е гг.** знаменуются появлением и началом широкого внедрения в психиатрическую практику **новых лекарственных средств (нейролептиков)**. Их терапевтический эффект значительно превосходит все, что применялось раньше в психиатрии с лечебными целями. Это позволило намного успешнее решать лечебно-профилактические задачи, в том числе при применении принудительных мер медицинского характера. Но под воздействием терапии в рамках психических заболеваний с традиционно тяжелым неблагоприятным течением появились вялотекущие, «стертые» формы, а также стойкие ремиссии с хорошей социальной приспособляемостью. Немалое число больных, обремененных когда-то большую часть жизни находиться в больнице, получили возможность проживать в домашних условиях. Вместе с тем данные изменения поставили перед судебными психиатрами ряд непростых проблем. Значительно усложнилась, например, судебно-психиатрическая экспертная оценка многих больных (особенно, больных шизофренией) с сохранившейся социальной адаптацией и трудоспособностью. Осложнилась задача предупреждения общественно опасных действий со стороны лиц рассматриваемой категории. Во внебольничных условиях стало сложнее контролировать и своевременно выявлять случаи ухудшения психического состояния больного, нарушающей его социальной адаптации, следствием чего может явиться общественно опасное поведение.

В XX в. предпринимается попытка вывести процесс гуманизации психиатрии на качественно новый уровень. Начиная с Пинелли реформы по гуманизации психиатрии осуществлялись с позиции **патернализма**. Пациент рассматривался исключительно как объект врачебной заботы и попечения. Со второй половины прошлого столетия патерналистская модель взаимоотношений врача и больного в медицине противопоставляется другой – модели **партнерского** (или «терапевтического») **сотрудничества**. Она предусматривает смену от патернализма исходную базу для отношений врача с пациентом – взаимное согласие, доверие, правдивость, взаимную ответственность. Пациент получает право на информацию о состоянии своего здоровья, о характере и цели назначаемых врачом медицинских мер. Он вправе отказаться от предлагаемой медицинской помощи, и врач обязан соблюдать это право (кроме случаев, когда есть основания для принятия недобровольных мер). Пациент вправе отказаться от уже назначенного курса лечения.

Одним из главных и наиболее наглядных элементов модели «партнерского сотрудничества» выступает **принцип «информированного согласия»**. В соответствии с ним любое медицинское мероприятие, затрагивающее права и интересы пациента, требует согласия последнего на его проведение. Но перед тем как согласие будет дано (или не дано), пациент в доступной для него форме должен быть уведомлен о сути медицинского мероприятия, его назначении, целях, ожидаемых результатах, болевых ощущениях, побочных явлениях и т.п.

Принципы, вытекающие из модели «партнерского сотрудничества», включаются в текст закона,

становясь для врача не только профессионально-этической, но и юридической обязанностью.

Эти принципы включены в международно-правовые документы, задавая уровень законотворчества в области психиатрии для национальных законодательств. Отмеченные тенденции в современной медицине явились одним из частных проявлений гораздо более широкого правозащитного движения. Мощным импульсом для его развития послужило принятие в 1948 г. Генеральной Ассамблеей ООН «Всеобщей декларации прав человека». В связи с этим необходимо отметить, что психиатрия, как ни одна другая отрасль медицины нуждается в повышенных гарантиях защиты прав пациента. Психиатрические меры (особенно недобровольные) очень серьезно посягают на свободу и автономию личности. Вместе с тем именно в психиатрии принцип автономии личности пациента сталкивается с наибольшими трудностями. Немалая часть психически больных не в состоянии в силу болезненного расстройства адекватно оценивать ситуацию, состояние своего здоровья, а также правильно понимать свой законный интерес. Установление врачом-психиатром «партнерского сотрудничества» с законным представителем недееспособного пациента не может считаться полной заменой этих отношений непосредственно с самим пациентом. Данная проблема очень непростая и нуждается в дальнейшем изучении.

Заметным в XX столетии стало явление, получившее название «антипсихиатрия». Она зародилась на Западе в начале 60-х гг. Исходный тезис антипсихиатров состоит в том, что психиатрию нельзя отнести к медицинской дисциплине из-за отсутствия в ее арсенале объективных методов диагностики, которыми пользуется вся медицина (например, измерение температуры тела, кровяного давления, данные лабораторных исследований). Психические заболевания диагностируются на основе анализа поведения человека. Но оно расценивается как «нормальное» или «ненормальное», только исходя из социальных критериев и оценок (моральных, религиозных, правовых). В итоге в разряд психически больных попадают люди, чье поведение противоречит принятым в данном обществе нормам.

По мнению антипсихиатров психиатрия есть инструмент социального контроля и политического принуждения. С помощью диагноза выявляются лица, нарушающие социальные предписания. Посредством психиатрического ухода (особенно больничного), а также лечения, преследуется цель добиться, в конечном итоге, соблюдения указанных предписаний. В трудах антипсихиатров психиатрия предстает орудием подавления иначе говоря политической репрессии, морального и физического насилия. Отнесение ее к медицинской науке абсолютно неправомерно, но не случайно, так как придает этому средству политической тирании псевдонаучную пресектабельность, выгодно отличающую ее от более откровенных и незакамуфлированных институтов политического террора, таких, как полиция или суд.

Сторонники антипсихиатрии призывали к отказу от понятий «психическая болезнь» и «психически больной», а также к **полному упразднению психиатрической службы**, прежде всего больничной. Взамен предлагалась организация так называемых терапевтических сообществ, для содержания в них на добровольной основе лиц с психическими расстройствами, которых именовали, однако, иначе. Например, «**лица, имеющие жизненные проблемы**». В сообществах отсутствовало какое-либо принуждение, распорядок дня. Упразднялось деление членов сообщества на пациентов, врачей и персонал. Все они объявлялись равноправными и должны были проживать совместно. Помощь нуждающимся в ней лицам оказывалась в основном в виде ненавязчивого партнерства и взаимной поддержки. Применение медикаментов исключалось.

К началу 80-х гг. стало очевидным, что антипсихиатрия потерпела неудачу. Распадались терапевтические сообщества. Находившиеся в них больные, не получившие вовремя надлежащей медицинской помощи, либо

попадали в обычные психиатрические учреждения, либо пополняли ряды бездомных и бродяг. Многие психиатры, увлекавшиеся поначалу антипсихиатрическими идеями, постепенно отошли от этого движения, а среди оставшихся последователей усилились разногласия. Антипсихиатрия – объект анализа многих исследователей, которые в целом давали ей отрицательные оценки и характеристики. Отмечались, в частности, ненаучность исходных посылок антипсихиатрии и непродуманный, авантюрный характер ее практических рекомендаций.

Вместе с тем антипсихиатрия в известной мере способствовала актуализации ряда проблем психиатрии, которые в случае их недооценки действительно таили в себе дегуманизирующие тенденции. Это подчас чрезмерное увлечение психиатров абстрактными категориями медицинской науки, что делает представления о пациенте отвлечённо-схематическими; это попытки во всем многообразии поведения психически больного объяснить исключительно одним лишь заболеванием и пр. Антипсихиатры вынудили также своих оппонентов уделить значительно большее внимание этическим и правовым аспектам их профессиональной деятельности. Отмеченные тенденции последних десятилетий, практически не имевшие аналогов в прошлом, существенно повлияли на психиатрию, психиатров и все то, что так или иначе вовлечено в решение психиатрических проблем. Глубоким изменениям подверглось профессиональное мышление сотрудников психиатрических учреждений, появились беспрецедентные для психиатрии недавнего прошлого профессионально-этические нормы, существенно преобразовалось законодательство о психически больных. В некоторых странах (Япония, Нидерланды, США, Франция, Италия, Англия и др.) были вскрыты многочисленные случаи нарушения прав психически больных, злоупотребления психиатрией, о которых до этого общество либо не знало, либо относилось к ним терпимо. Однако в изменившейся социально-психологической этической и правовой атмосфере такие разоблачения имели широкий общественный резонанс и повлекли за собой серьезные реформы. Они затронули все стороны психиатрической жизни – от увеличения ассимиляций на психиатрию и изменения архитектуры психиатрических учреждений до принятия нового законодательства.

В СССР отношение к антипсихиатрии было отрицательным. Правда, в Советском Союзе периода перестройки, а затем (после 1991 г.) в странах СНГ появились отдельные последовательные сторонники антипсихиатрических идей. Однако широкой популярности и большого влияния антипсихиатрия здесь никогда не имела. Исследователи советского периода истории отечественной судебной психиатрии выделяют в нем **три основных этапа**.

Первый этап охватывает десятилетие с 1919 по 1929 г. Он характеризовался постепенным **накоплением опытных экспертных работ**, разработкой новых организационных форм судебно-психиатрической экспертизы и принудительных мер медицинского характера, становлением законодательной и научно-теоретической базы судебно-психиатрической деятельности.

Второй этап (1930–1950) знаменовался **организацией сети судебно-психиатрических учреждений** (отделений, экспертных комиссий) в системе органов здравоохранения, развертыванием научных исследований в области судебной психиатрии, подготовкой квалифицированных судебно-психиатрических кадров. «Совокупность этих мероприятий обеспечила становление судебной психиатрии как самостоятельной отрасли психиатрической науки и практики».

На третьем этапе происходило дальнейшее развитие всех предыдущих направлений судебно-психиатрической деятельности. **Разрабатывались новые направления** (например, такие, как профилактика общественно опасных действий психически больных). В этот период значительно

расширились диагностические и экспертные возможности за счет внедрения новых методов исследований. В постоянный обиход судебно-психиатрических стационаров были введены современные терапевтические средства. Была разработана система судебно-психиатрических критериев и оценок при всех клинических формах психического расстройства.

Развитие законодательной базы судебно-психиатрической деятельности несколько не совпадает с приведенным делением советского периода на этапы развития. Уже в июне 1918 г. Наркомат юстиции РСФСР утвердил инструкцию «Об освидетельствовании душевнобольных», которая регулировала порядок психиатрического освидетельствования по делам о назначении и снятии опеки. В «Руководстве к началу уголовного права РСФСР» 1919 г. было дано законодательное определение невменяемости как состояния душевной болезни или вообще состояния в момент совершения общественно опасного деяния, когда лицо не отдавало отчета в своих действиях (ст. 14). Формулировка невменяемости была впоследствии развита и уточнена в УК РСФСР 1922 г. «Основных началах уголовного законодательства 1924 г.» и «Уголовных кодексах союзных республик» (в частности, в УК РСФСР 1926 г.). Принятые в 20-е гг. республиканские Уголовно-процессуальные кодексы регламентировали производство экспертизы, в том числе судебно-психиатрической. Так, в УПК РСФСР 1923 г. вопросам определения психического состояния обвиняемого была посвящена отдельная глава из 6 статей. Согласно ст. 11, не могли допрашиваться в качестве свидетелей лица, которые ввиду своих психических недостатков не способны правильно воспринимать имеющие значение по делу явления и дать о них правильные показания.

В Основах уголовного законодательства Союз ССР союзных республик 1958 г. появилась статья о невменяемости, которая без изменений была воспринята всеми республиканскими Уголовными кодексами (в том числе ст. 11 УК РСФСР 1960 г.) и действовала на территории России до 1997 г.

УК РСФСР 1960 г. предусматривал два вида принудительных мер медицинского характера – принудительное лечение в психиатрических больницах общего и специального типа. Больницы специального типа находились в ведении МВД СССР.

В 1988 г. произошла реорганизация системы больниц, осуществляющих принудительное лечение (с внесением соответствующих изменений в уголовное законодательство). В результате появились больницы трех типов – с обычным, усиленным и строгим наблюдением. Все они были подчинены органам управления здравоохранением.

С принятием в 1962 г. общесоюзных Основ гражданского законодательства признание граждан недееспособными стало производиться судом (до этого граждане признавались недееспособными в административном порядке исполкомами местных советов). По данной категории гражданских дел обязательна судебно-психиатрическая экспертиза.

В начале 60-х гг. был установлен действующий и поныне порядок производства судебных экспертиз (включая судебно-психиатрическую) по уголовным делам (УПК РСФСР 1960 г.) и гражданским делам (ГПК РСФСР 1964 г.).

Судебно-психиатрическая наука в СССР занималась:

- изучением клинических и организационных аспектов судебно-психиатрической экспертизы и принудительных мер медицинского характера;
- медицинских и иных факторов, способствующих совершению психически больными общественно опасных действий;
- разработкой мер по предупреждению указанных действий;

- вопросами психиатрического освидетельствования осужденных для установления у них наличия хронической психической болезни, препятствующей дальнейшему отбыванию наказания;
- вопросами оказания психиатрической помощи осужденным с неглубокими психическими расстройствами;
- а также изучением судебной психиатрии за рубежом.

Следует отметить, что советская судебная психиатрия, подобно многим другим отраслям научного знания в Советском Союзе, была заметно идеологизирована. В трудах советских ученых нередко можно встретить призывы «руководствоваться марксистско-ленинским учением о свободе воли и личной ответственности, построенном на принципах научного детерминизма», «раскрыть профессорную роль диалектико-материалистической методологии», «уделять больше внимания анализу и критике методологически неверных взглядов буржуазной судебной психиатрии» и пр. С конца 90-х гг. советская судебная психиатрия выдвигается на передний край идеологического противостояния и политической конфронтации двух последних десятилетий «холодной войны».

Речь идет об обвинениях Советского Союза в злоупотреблениях психиатрией с политическими целями. Первые публикации на эту тему появились на Западе в 60-х гг. (интересно, что в это же время немало западных психиатров в своих работах положительно оценивали достижения советской психиатрии, особенно систему ухода, лечения, социально-трудовой реабилитации психически больных.) Был выдвинут тезис о существовании в СССР «карательной психиатрии», суть которой, по мнению западных критиков, состояла в следующем. Граждане Союза ССР, не согласные с официальной идеологией, привлекались органами государственной безопасности к уголовной ответственности «за антигосударственную деятельность» (по статьям 70 и 1901 УК РСФСР и соответствующим статьям УК других союзных республик). Обвиняемых направляли на судебную психиатрическую экспертизу, где якобы специально подобранные для этой цели психиатры либо просто психиатры-эксперты, на которых оказывалось соответствующее давление, выносили заключение о невменяемости, хотя обвиняемый был психически здоров, с рекомендацией подвергнуть его принудительному лечению в психиатрической больнице специального типа МВД СССР. Судьи также покорно исполнявшие волю «всесильного КГБ», «соглашались» с экспертами и направляли заведомо здоровых лиц в больницы, которые предназначались для душевнобольных, особенно опасных для общества (ст. 70 – «Антисоветская агитация и пропаганда», ст. 1901 – «Распространение заведомо ложных измышлений, порочащих советский государственный и общественный строй»).

В качестве примеров злоупотребления психиатрией западные критики приводили случаи недобровольной психиатрической госпитализации граждан, приезжавших в Москву в высшие партийные и государственные учреждения с жалобами на действия местных властей; и недобровольное помещение в психиатрическую больницу определенного контингента граждан к государственным праздникам и важным мероприятиям (съездам КПСС, московской Олимпиаде и т.п.).

Однако, такого рода случаи, как правило, не имели отношения к судебной психиатрии.

Обвинения в злоупотреблениях предъявлялись «официальному руководству советской психиатрии», т.е. Минздраву СССР, Всесоюзному обществу невропатологов и психиатров, Всесоюзному НИИ судебной психиатрии им. В.П. Сербского и ряду других психиатрических учреждений, а также отдельным психиатрам, прежде всего руководителям перечисленных учреждений и организаций. В официальных заявлениях советской стороны эти обвинения отвергались и квалифицировались как грубая политическая провокация.

В 1977 г. на VI Конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА), в состав которой входило

Всесоюзное общество невропатологов и психиатров, вопрос об использовании в СССР психиатрии в политических целях был одним из основных в повестке. Многие участники конгресса выступили с резкими нападками на своих советских коллег; были предложены резолюции, осуждающие практику злоупотребления психиатрией в СССР. Зная о том, что на конгрессе будет поставлен вопрос об исключении из ВПА Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, последнее заявило о своем выходе из этой международной организации.

Положение дел изменилось во второй половине 80-х гг., когда провозглашенная в нашей стране политика открытости и гласности затронула и психиатрию. В советской печати появились статьи, где критиковались разные стороны отечественной психиатрии. Сначала речь шла преимущественно об отдельных случаях необоснованной постановки психиатрического диагноза; необоснованных ограничений, налагаемых на людей с таким диагнозом (например, профессиональные ограничения); трудностях, с которыми столкнулись эти люди, пытавшиеся защитить свои права, и т.п.

Чуть позже в публичных выступлениях и публикациях появились высказывания об использовании советской психиатрии в политических целях – для борьбы с инакомыслием и подавления политической оппозиции.

В конце 80-х гг. в СССР организуются психиатрические объединения, заявившие о своей независимости от государственных органов управления здравоохранением от Всесоюзного общества психиатров.

Ряд шагов в области государственного управления здравоохранения свидетельствовал об изменении политического курса в СССР в рассматриваемой сфере. В 1988 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР принимается «Положение об условиях и порядке оказания психиатрической помощи». Специальные психиатрические больницы передаются из МВД СССР в ведение органов здравоохранения. Предусматривается уголовная ответственность за незаконное помещение в психиатрическую больницу. Годом позже отменяется уголовная ответственность за антисоветскую агитацию и пропаганду (ст. 70 УК РСФСР) и распространение заведомо ложных измышлений, порочащих советский государственный и общественный строй (ст. 190 УК РСФСР). Лица, осужденные по названным статьям, освобождаются от дальнейшего отбывания наказания.

На Конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации в Афинах (октябрь 1989 г.) от СССР в эту организацию были приняты Всесоюзное общество психиатров и Независимая психиатрическая ассоциация (НПА). Представитель МВД СССР публично признал, что существовавшие в Советском Союзе политические условия привели к использованию психиатрии в немедицинских, в том числе политических, целях. Однако ряд членов Всесоюзного общества не разделял таких оценок прошлого, утверждая, что злоупотреблений психиатрией в СССР не было.

Направленная против советской психиатрии обличительная кампания достигла своего апогея на рубеже 80-90-х гг. В средствах массовой информации психиатров стали именовать «преступниками в белых халатах». Говорилось о существовании особой «психиатрической мафии», на счету которой, будто бы, множество преступлений. Резко возросла напряженность между психиатрами и частью их пациентов. Увеличилось число нападений на психиатров со стороны психически больных. Они приводили к тяжелым последствиям – увечьям и жертвам.

Бурные события последующих лет (августа 1991 и октября 1993 гг., распад Советского Союза и пр.) несколько заслонили собой психиатрические проблемы, снизили интерес к ним со стороны общественного мнения. Одновременно наступила и пора более спокойных, взвешенных оценок.

Сегодня очевидно, что для установления истины одинаково неприемлемы как огульное обвинение всех

психиатров бывшего Советского Союза в злоупотреблениях своими профессиональными знаниями, так и полное отрицание каких бы то ни было нарушений с их стороны.

В каждом конкретном случае требуется индивидуальный подход, с учетом сложностей рассматриваемой предметной области (возможная динамика течения некоторых психических заболеваний с постепенным утяжелением или ослаблением болезни; сочетание периодов обострения со «светлыми промежутками» и даже полным выздоровлением; давность исследуемого случая, способная сильно затруднить установление истины; различия в психиатрической квалификации отдельного клинического случая в пределах научно допустимых расхождений во мнениях между специалистами и т.д.).

С распадом Союза ССР произошел разрыв налаженных за десятилетия профессиональных связей между научными и практическими учреждениями судебной психиатрии бывших союзных республик, что отрицательно сказалось на их деятельности. Положение дел усугубил тяжелейший экономический кризис, переживаемый ныне всеми государствами. В России недостаток финансирования осложнил работу правоохранительных органов по назначению судебно-психиатрической экспертизы, равно как и работу самих экспертов. В отдельных случаях, по сути, происходит отказ от судебно-психиатрической экспертизы даже при наличии достаточных оснований для ее назначения. Особенно это касается стационарной экспертизы лиц, содержащихся под стражей. Многие судебно-психиатрические отделения для проведения таких экспертиз оказались на грани закрытия. В ряде мест месяцами не выделяются средства на содержание психически больных, находящихся на принудительном лечении. Все это приводит к грубейшим нарушениям закона, попранию конституционных прав граждан. Указанные процессы явно не соответствуют задачам правовой и судебной реформы, осуществляемой в настоящее время в России. Реформа, призвана существенно укрепить гарантии защиты основных прав и свобод человека, привести отечественное законодательство в соответствие с международно-правовыми стандартами в этой области. Так, с 1993 г. вступил в действие Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. Оба законодательных акта учитывают требования международно-правовых норм к деятельности по оказанию медицинской помощи. С 1995 г. действует часть первая нового Гражданского кодекса РФ, с 1996 г. – его вторая часть, а также новый Семейный кодекс России, с 1997 г. – новый Уголовный кодекс РФ. С июля 1997 г. вступил в силу российский Уголовно-исполнительный кодекс РФ (вместо Исправительно-трудового кодекса РСФСР).

В настоящее время происходит переход отечественной психиатрии (включая судебную) на новую Международную классификацию болезней (так называемую классификацию десятого пересмотра, или МКБ-10).

Психиатрическая систематика в МКБ-10 претерпела заметные изменения по сравнению с предыдущими классификациями. Эти изменения касаются, прежде всего, введения некоторых новых рубрик, сужения границ шизофрении, использования гораздо более подробных характеристик психических расстройств и четких диагностических критериев, определяющих количество и соотношение симптомов, необходимых для достоверной диагностики. Важно отметить, что во всей классификации МКБ-10 применяется термин **«расстройство» (а не «болезнь»)**, под которым подразумевается клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, причиняющих в большинстве случаев страдание и препятствующих личностному функционированию. Изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств. Есть основания полагать, что переход к МКБ-10 будет способствовать более глубокой интеграции отечественной общей и

судебной психиатрии в мировую психиатрическую науку.

Литература:

1. Баженов Н.Н. История Московского Доллгауза. М., 1909. с. 9.
2. Дмитриева А.С., Клименко Т.В. Москва, 1998 «Судебная психиатрия», С.1-13.
3. Морозов Г.В., Лунц Д.Р., Фелинская Н.И. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. М., 1976. С. 129–130.
4. *Полное собрание сочинений Российской империи. Т.1, Спб., 1830, с. 441.
5. Фуко М. О концепции «социально опасного субъекта» в судебной психиатрии XIX столетия. Философская и социологическая мысль. 1991. № 7. С. 84–110.
6. Фуко М. Указ соч. С. 87-99.

2. Диагноз и классификация в психиатрии

I. Введение

II. Классификация психических расстройств.

I. Введение

В решении многих вопросов правоохранительной практики, связанных с преступлениями против личности, а также в разрешении ряда гражданских исков, важным а порой, и определяющее значение имеет судебно-психиатрическая экспертиза. Она основывается на достижениях медицины, биологии, физики, химии, криминалистики в той их части, которая позволяет понять механизмы повреждения психики человека или воздействий, вызвавших его смерть.

Судебная психиатрия – медицинская дисциплина, изучающая и разрешающая вопросы медицинского характера, возникающие в правовой практике. Речь идёт только о медицинском аспекте тех проблем, которые стоят перед работниками правоохранительных органов.

Целью преподавания дисциплины является освоение теоретических знаний и практических навыков в области судебной психиатрии для решения задач в деле предупреждения, расследования и раскрытия преступлений (на основе УПК, ЦК и ПК Республики Беларусь).

Возрастание требований государства к правоохранительным органам по оперативному раскрытию преступлений против жизни и здоровья человека обуславливает настоятельную необходимость глубокого познания всех составляющих уголовного процесса, в том числе и вопросов судебной психиатрии.

Важная роль судебной психиатрии вытекает из главной ее задачи - обеспечить правоохранительные органы медицинскими источниками доказательств при проведении предусмотренного законом расследования. Получение знаний по этим доказательствам, умение добыть, направить на исследование и оценить полученные результаты возможно лишь при глубоком овладении системой специальных медицинских и научных знаний о закономерностях возникновения, выявления, исследования и оценки медицинских фактов, служащих источником доказательств.

Студенты должны знать:

- организационно–процессуальные основы судебно-психиатрической экспертизы в Республике Беларусь;
- формы участия судебного психиатра в работе судебно-следственных органов
- случаи обязательного назначения судебно-психиатрических экспертиз;
- уголовно-правовые и уголовно- процессуальные аспекты судебно-психиатрической экспертизы и меры по безопасности и лечению;