



**М.А.Лисняк,
Н.А.Горбач**

**ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ.
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Учебное пособие



КРАСНОЯРСК 2007

**Министерство внутренних дел Российской Федерации
СИБИРСКИЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ**

М.А.Лисняк, Н.А.Горбач

**ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ.
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Учебное пособие

**Красноярск
СибЮИ МВД России
2007**

УДК 343.148.3

ББК 56.14

Рецензенты: профессор кафедры криминалистики Сиб
МВД России, д.м.н. Т.В.Коробицина;
доцент кафедры медицинской психологии
и психотерапии КрасГМА, к.м.н., доцент
Е.Ю.Петросян.

Лисняк, М.А.

Законодательство Российской Федерации в области психиатрии. Судебно-психиатрическая экспертиза : учебное пособие / М.А.Лисняк, Н.А.Горбач. – Сибирский юридический институт МВД РФ, 2007. – 132 с.

В учебном пособии раскрываются основные вопросы, касающиеся правовых основ оказания психиатрической помощи в Российской Федерации, а также организации и проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Пособие предназначено для курсантов и слушателей, обучающихся по специальностям 030501 Юриспруденция и 030505 Правоохранительная деятельность, может быть использовано в изучении курса «Судебная медицина и судебная психиатрия» в вузах МВД России и иных образовательных учреждениях.

© Сибирский юридический институт МВД России, 2007

© М.А.Лисняк, Н.А.Горбач, 2007

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Глава 1. Основные положения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»	6
1.1. Задачи Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»	6
1.2. Структура Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»	7
1.3. Избранные статьи Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и комментарий к ним	8
Глава 2. Судебно-психиатрическая экспертиза	89
2.1. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы	89
2.2. Виды судебно-психиатрической экспертизы	99
Глава 3. Принудительные меры медицинского характера	111
3.1. Основания для применения принудительных мер медицинского характера	111
3.2. Цели применения принудительных мер медицинского характера (ст.98 УК РФ)	113
3.3. Виды принудительных мер медицинского характера	114
3.3.1. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра	114
3.3.2. Назначение принудительного лечения в психиатрическом стационаре	116
3.3.3. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа	117
3.3.4. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа	117
3.3.5. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением	118
3.4. Исполнение принудительных мер медицинского характера	120
3.4.1. Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера	120
3.4.2. Зачет времени применения принудительных мер медицинского характера	125
Заключение	128
Вопросы для самопроверки	129
Список рекомендованной литературы	130

ВВЕДЕНИЕ

Психиатрия больше, чем иные медицинские науки, может вмешиваться в жизнь отдельных граждан. В СССР деятельность психиатрических учреждений регламентировалась исключительно ведомственными инструкциями Министерства здравоохранения СССР, которые в открытой печати не публиковались и, соответственно, для ознакомления гражданами были недоступны. Отсутствие законодательного регулирования и закрытость психиатрических учреждений от общественного контроля создавали условия для правового произвола при оказании психиатрической помощи. Психиатрическая служба достаточно часто использовалась в немедицинских целях, в том числе политических.

С началом перестройки общественность потребовала кардинальных перемен в сфере оказания психиатрической помощи, в частности, исключения психиатрического террора политических противников. С этой целью в 1987 году была создана межведомственная комиссия для разработки проекта законодательного акта об оказании психиатрической помощи населению. В нее входили представители Минздрава СССР, правоохранительных ведомств, Института государства и права, ВНИИ судебной психиатрии им. В.П.Сербского (ныне Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского). Комиссией было подготовлено положение «Об условиях и порядке оказания психиатрической помощи», утвержденное Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г. и введенное в действие с 1 марта 1988 г.

Опыт работы показал обоснованность и выполнимость основных требований Положения, в то же время были выявлены определенные недостатки, например недостаточно оказались защищены права психически больных, и некоторые противоречия. В связи с отмеченными недостатками было принято решение о подготовке нового нормативного акта – закона, регулирующего правовые проблемы психиатрии. В 1992 г. такой закон был разработан.

2 июля 1992 г. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» был принят Верховным Советом РФ, а затем подписан Президентом РФ.

Знание основных положений этого закона необходимо каждому сотруднику правоохранительных органов, так как именно к ним могут первично обращаться граждане, нуждающиеся в психиатрической помощи или пострадавшие от действий психически больных. Психически больные люди могут совершать общественно опасные деяния. Адекватная правовая оценка их действий невозможна без судебно-психиатрической экспертизы.

Данное пособие призвано восполнить пробелы в познаниях в области психиатрии курсантов и слушателей всех специальностей и форм обучения в СибЮИ МВД РФ. В первой главе излагаются избранные статьи вышеуказанного закона о психиатрической помощи, приводится краткий комментарий к ним. В первую очередь обсуждаются основные принципы оказания психиатрической помощи в РФ, в том числе психиатрической помощи, оказываемой в недобровольном порядке, комментируются права психически больных.

Вторая глава посвящена судебно-психиатрической экспертизе, ее организации и проведению. В третьей главе описаны принудительные меры медицинского характера, разбираются основные вопросы их назначения, продления и прекращения.

Глава 1.
ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЗАКОНА РФ
«О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»

1.1. Задачи Закона РФ «О психиатрической помощи
и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Основной смысл Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее – Закон) состоит в стремлении сделать психиатрическую помощь максимально гуманной и демократичной, по возможности сблизить и даже уровнять ее в правовом отношении с другими видами медицинской помощи. Вместе с тем Закон исходит из того, что специфический характер психических расстройств делает необходимым и оправданным в некоторых случаях применение мер психиатрической помощи независимо и даже вопреки выраженному в данный момент желанию пациента. Показания к применению таких мер должны быть четко очерчены, круг пациентов максимально сужен, а сами меры строго регламентированы.

Закон направлен на решение четырех основных задач:

1. Защита прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь.

2. Защита лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза, а также фактов обращения за психиатрической помощью.

3. Защита общества от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.

4. Защита врачей, медицинского персонала и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, представлении им льгот как работникам, действующим в особо опасных, тяжелых условиях труда, а также обеспечение независимости врача-психиатра при принятии решений, связанных с оказанием психиатрической помощи.

1.2. СТРУКТУРА ЗАКОНА РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»

Закон состоит из краткой преамбулы и 6 разделов, включающих 50 статей.

В первом разделе излагаются наиболее общие и принципиальные положения, касающиеся:

- добровольности психиатрической помощи (ст.4);
- прав лиц, страдающих психическими расстройствами (ст.ст. 5, 37);
- понятия врачебной тайны и мер по ее сохранению при оказании психиатрической помощи (ст.ст.8, 9);
- требования согласия на лечение и право на отказ от него (ст.ст.11, 12).

Во втором разделе освещены вопросы обеспечения психиатрической помощью, гарантированной всем гражданам РФ. Приводятся ее основные виды и меры по социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами, которые должны быть созданы государственными органами управления и органами местного самоуправления, определяются источники финансирования (ст.ст.16, 17).

В третьем разделе говорится о субъекте психиатрической помощи, в качестве которого могут выступать учреждения и лица, получившие на это специальное разрешение. Устанавливаются права и обязанности врача-психиатра, утверждается его независимость, подчеркивается, что в своей деятельности он должен руководствоваться врачебным долгом и ответственностью исключительно перед законом. Важным положением этого раздела являются признание работы персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи, деятельностью в особых условиях труда с предоставлением соответствующих привилегий и введение обязательного государственного страхования на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

Центральное место в Законе занимает четвертый раздел, посвященный отдельным видам психиатрической помощи и порядку ее оказания. В качестве основных видов психиатрической помощи в Законе предусмотрены:

- психиатрическое освидетельствование (ст.ст.23-25);

- лечение в психиатрическом стационаре (ст.ст.28, 29, 32-36);
- амбулаторное лечение (ст.26), включая и диспансерное наблюдение (ст.27);
- помещение в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения и специального обучения (ст.ст.41-44);

В данном разделе детально регламентированы порядок оказания всех видов психиатрической помощи, в том числе в недобровольном порядке, а также права лиц, страдающих психическими расстройствами, и гарантии их обеспечения.

Разделы пятый и шестой посвящены соответственно обеспечению контроля и прокурорского надзора, а также порядку обжалования действий по оказанию психиатрической помощи. Наряду с прокурорским надзором и контролем со стороны суда, вышестоящих органов управления здравоохранением предусматривается и контроль со стороны общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании им психиатрической помощи.

Установлено, что обжаловать действие по оказанию психиатрической помощи может:

- само лицо, чьи права ущемлены;
- его представитель;
- организация, которой предоставлено такое право.

Жалоба может быть подана непосредственно в суд, в вышестоящий орган или прокурору.

1.3. ИЗБРАННЫЕ СТАТЬИ ЗАКОНА РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» И КОММЕНТАРИЙ К НИМ

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

(1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

(2) Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе

или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Комментарий к ст.4

1. Добровольность обращения за медицинской помощью при соматических заболеваниях является правилом, вряд ли нуждающимся в специальном законодательном регулировании и требующим лишь закрепления права страдающего заболеванием лица на лечение и получение необходимой помощи. Только в особых случаях, когда заболевание представляет опасность для окружающих, например в силу особой заразности, к больному могут применяться меры принуждения в виде карантина, недобровольного лечения и т.п. (ст. 34 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан), и даже может наступить уголовная ответственность, как при преднамеренном заражении венерической болезнью или ВИЧ-инфекцией (ст.ст.121, 122 УК РФ). Не столько специфика психических заболеваний, сколько культурная или, скорее, бескультурная традиция создает условия, в которых добровольность обращения за психиатрической помощью нуждается в законодательном закреплении.

2. Преобладание добровольности при обращении за психиатрической помощью стало на сегодня прочно установившейся традицией в демократических странах и обусловлено необходимостью соблюдения прав человека. Лицам с психическими расстройствами должна быть предоставлена возможность самим решать вопрос об обращении за специализированной медицинской помощью и выбирать ее вид, так же как и больным с соматическими заболеваниями.

3. Статья 4 предусматривает, что психиатрическая помощь оказывается на добровольной основе, то есть в случае обращения за такой помощью по собственной инициативе лица, его законных представителей или по инициативе, исходящей из иных источников, которые Закон не ограничивает, но с согласия лица. Из этой нормы следует, что услуги по оказанию психиатрической помощи могут предлагаться, формы такого предложения законом не регулируются, но очевидно, что, во-первых, они должны находиться в пределах общеправовых норм (не носить характера оскорбления, клеветы и т.п.) и, во-вторых, должны быть только профессиональными (ст. 19 и IV раздел настоящего Закона).

4. Добровольность обращения за медицинской помощью не нуждается в судебном контроле, если, конечно, в суд не будет подана жалоба на ее нарушение. Добровольность также не подкрепляется обязанностью любого медицинского учреждения оказывать психиатрическую помощь по обращению граждан или в порядке исполнения судебного решения.

5. Часть 2 комментируемой статьи предусматривает общие положения об оказании психиатрической помощи тем лицам, обращение которых за психиатрической помощью или отказ от нее могут быть не приняты во внимание в связи с несовершеннолетием или признанной судом недееспособностью. Этот вопрос за них решают их законные представители. При этом предполагается, что законные представители действуют добровольно и в интересах представляемого лица.

6. Настоящий Закон четко определяет 15-летний возраст, до которого несовершеннолетний не может принимать решения, связанные с психиатрической помощью. Защита прав и законных интересов несовершеннолетних лежит на их родителях (опекунах, попечителях), которые и являются их законными представителями. После достижения несовершеннолетним этого возраста его законные представители теряют право решать за него вопрос о психиатрической помощи.

Недееспособность, то есть неспособность гражданина вследствие душевной (психической) болезни или слабоумия понимать значение своих действий или руководить ими, может быть установлена только судом в порядке, определяемом ГПК РФ. Законными представителями недееспособных являются опекуны.

Важно подчеркнуть, что без судебного решения о недееспособности, принятого в соответствии с установленной законом процедурой и вступившего в законную силу, лицо с психическим расстройством считается дееспособным и, следовательно, вправе самостоятельно реализовать свои права, в том числе и право на добровольность обращения за психиатрической помощью.

Статья 11. Согласие на лечение

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия,

за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

(2) Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

(3) Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РФ, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

Комментарий к ст.11

1. В статье устанавливается общее правило, по которому лечение лица, страдающего психическим расстройством, может быть проведено после получения его согласия, определяются условия и форма согласия, а также предусматриваются случаи, при которых согласия на лечение не требуется.

Как следует из ст.32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Лечение – один из видов медицинского вмешательства. Имеется в

виду применение лечебных методов и средств с целью устранения психических нарушений.

Правило получения согласия на лечение вытекает из принципа добровольности обращения за психиатрической помощью, закрепленного ст.4, и служит реализации прав лиц при оказании им психиатрической помощи, установленных ч.2 ст.5 комментируемого Закона.

2. Согласие на лечение является выражением добровольного принятия пациентом назначаемого лечения или терапевтических процедур после предоставления врачом адекватной информации.

3. Согласие пациента должно быть добровольным, то есть основанным на свободном выборе. Если же согласие дается под влиянием насилия, угрозы или обмана, то оно не является добровольным и, следовательно, признается недействительным. При этом не имеет значения, от кого исходят эти действия – от врачей, медицинского персонала или от третьих лиц.

Важно учитывать, что наличие у лица психического расстройства еще не означает отсутствия у него способности к выражению добровольного согласия на лечение. Случаи, при которых лица не способны к свободному волеизъявлению (имеются в виду несовершеннолетние в возрасте до 15 лет, а также признанные в установленном законом порядке недееспособными), специально оговорены в ч.3 данной статьи. Согласие на лечение в указанных случаях дается законными представителями таких лиц с соблюдением условий, изложенных в ч.2 настоящей статьи. В остальных случаях, не подпадающих под действие ч.3 этой статьи, подразумевается, что согласие на лечение, данное лицом с психическим расстройством без применения к нему насилия, угрозы или обмана, является добровольным.

4. Помимо добровольности необходимым условием получения согласия на лечение, как следует из ч.2 настоящей статьи, является информирование пациента. В связи с этим согласие на лечение зачастую называют «информированным согласием», или «согласием после уведомления». Предоставление пациенту информации вменяется в обязанность врачу.

Закон не обязывает врача-психиатра при получении согласия на лечение сообщать пациенту буквальные формулировки психиатрического диагноза. Сообщая пациенту о мето-

дах лечения, врач-психиатр должен сказать, будут ли применяться лекарственные препараты и в каком виде (в таблетках, каплях, инъекциях или комбинированно), или предполагается электросудорожная терапия, или лечение будет преимущественно психотерапевтическим и т.п., объяснив, почему именно этот метод, а не другой (альтернативный) показан в данном случае. Что же касается механизмов действия конкретных средств лечения (к примеру, тех или иных лекарств), то в настоящей статье специальных указаний на них не содержится. Поэтому информация об этом может даваться в общем виде при ответах на вопросы пациента.

Врач не вправе скрывать от пациента характер болевых ощущений, если при предлагаемом лечении они непременно появляются.

В случаях, когда предлагаемое лечение связано с серьезным риском для пациента, информация о характере и вероятности такого риска должна быть полной и достоверной. Риск считается серьезным, если при проведении лечения возникает вероятность развития состояний, угрожающих жизни пациента, или причинения существенного вреда его здоровью. При некоторых методах лечения пациент сам может подвергнуть себя серьезному риску, если не будет строго выполнять врачебных рекомендаций (воздерживаться от употребления алкоголя, определенных продуктов питания, приема несовместимых с назначенным средством лекарственных препаратов). О возможности такого риска пациент также должен быть проинформирован. Сведения о побочных эффектах (сухости во рту, скованности и т.п.) следует сообщать пациенту таким же образом, как и о болевых ощущениях, с указанием на то, что они, как правило, поддаются коррекции с помощью специальных средств.

Сведения должны излагаться в доступной для пациента форме (то есть с учетом его возраста, уровня образования, умственного развития), достаточно простым и понятным языком, не отягощенным специальной терминологией. **Запись в медицинской документации (амбулаторной карте, истории болезни) о предоставленной пациенту информации имеет правовое значение и должна содержать конспективное изложение как сообщенных врачом сведений, так и реакции на них пациента.**

5. Законным представителям несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, а также лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация сообщается врачом в доступной для них форме, с полной откровенностью по всем требуемым позициям и так же, как информация, даваемая пациенту, отражается в медицинской документации.

6. Часть 1 настоящей статьи предусматривает, что **согласие на лечение должно быть письменным, однако форма письменного согласия не определяется. Таковой может быть запись врача в медицинском документе, удостоверенная подписью пациента или его законного представителя, расписка, данная пациентом или его законным представителем, письменная просьба, заявление или специальный формуляр, приобщенные к медицинской документации.** Министерством здравоохранения рекомендована для использования форма «Согласие на лечение» (Приложение 3 к Указанию Министерства здравоохранения РФ от 22 января 1993 г. №14-У «О формах документов, рекомендуемых для использования в процессе оказания психиатрической помощи»).

Независимо от того, какая избирается форма, из содержания документа должно быть ясно, что лицу, поставившему свою подпись, была предоставлена требуемая Законом информация и что подписавший понял ее. Если лицо, согласное на лечение, по уважительным причинам (неграмотность, физическое увечье и т.п.) не может подписать документ, то его согласие должно быть удостоверено третьим лицом с указанием причин, по которым подпись первого лица получить невозможно.

Случаи отказа от лечения специально рассматриваются в ст.12 настоящего Закона.

Если пациент не заявляет прямо о своем отказе от лечения, но и не дает письменного согласия (намеренно или по причине неспособности понять происходящее и выразить свое отношение к предмету обсуждения), то такую ситуацию следует рассматривать как отсутствие согласия. Лечение такого лица может проводиться только в случаях, предусмотренных частью 4 настоящей статьи.

Правила, установленные частями 1, 2 и 3 настоящей статьи, распространяются на случаи проведения лечения как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

7. Поскольку реальный процесс лечения не бывает жестко predetermined, заранее запрограммированным, а представляет собой поиск оптимальных вариантов использования терапевтических методов и средств, правило получения согласия следует применять разумно, не доводя его до абсурда бесконечными формальными процедурами. **Получение письменного согласия необходимо и целесообразно:**

- в начале курса амбулаторного лечения;
- при каждой госпитализации больного в стационар (полустационар);
- при существенном изменении лечебной программы, особенно если оно связано с возрастанием риска (например, при переходе от лекарственной терапии к инсулинокоматозной или электросудорожной). Безусловно, не требуется письменного согласия при каждом изменении дозировок препаратов в пределах их терапевтического диапазона; при замене одних препаратов другими, близкими по спектру действия; при усложнении или упрощении лечебной схемы соответственно динамике психического состояния; при назначении общеукрепляющих, физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры, рациональной психотерапии, аутотренинга, трудотерапии и т.п.

8. Исходя из принципов гуманности, лечение психических расстройств хирургическими и другими методами, вызывающими необратимые последствия, а также испытания медицинских средств и методов могут проводиться только добровольно или по воле законных представителей. Согласно части 5 настоящей статьи в случаях применения принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РФ, и недобровольной госпитализации в психиатрический стационар эти методы и испытания не могут быть использованы.

Право лиц, страдающих психическими расстройствами, на предварительное согласие или отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов закреплено также ч.2 ст.5 настоящего Закона.

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством

- (1) Государством гарантируются:
неотложная психиатрическая помощь;

консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;

все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;

социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

решение вопросов опеки;

консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;

обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

(2) Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защиты государство:

создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;

применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;

создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

(3) Обеспечение всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется федеральными органами государственной власти и управления, органами государственной власти и управления республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, органами местного самоуправления в соответствии с их компетенцией, определяемой законодательством Российской Федерации.

Комментарий к ст.16

Под **неотложной психиатрической помощью** понимают комплекс мероприятий, направленных на оказание экстренной помощи больным, находящимся либо в состоянии острого психоза, нередко сопровождающегося помрачением сознания, возбуждением, выраженными эмоциональными расстройствами, растерянностью, образным бредом, обманом восприятия, либо обнаруживающим хотя и хроническое, но тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает в данное время их опасность для себя или для окружающих. Одной из основных мер неотложной психиатрической помощи является госпитализация в психиатрическую больницу, а также (в меньшей мере) применение медикаментозных средств, снижающих возбуждение, сдерживание и другие способы ограничения двигательной активности больного. Поскольку большая часть этих мер может быть предпринята по решению врача-психиатра, их исполнение возлагается в основном на службу скорой психиатрической помощи либо на учреждения, оказывающие внебольничную психиатрическую помощь (психоневрологические диспансеры или кабинеты). Частично эти функции могут также выполнять до прибытия врача-психиатра бригады общей скорой помощи, а иногда и органы милиции (в части предотвращения опасных действий).

Пункт о **консультативно-диагностической, лечебной, психопрофилактической, реабилитационной помощи во внебольничных и стационарных условиях** включает в себя,

по существу, все виды плановой психиатрической помощи, основную часть которых составляют диагностика и лечение. Именно к этому сводится в конечном итоге вся деятельность психиатрической службы. Однако государство берет на себя и обеспечение определенных мер по предупреждению психиатрических заболеваний (первичная профилактика) или их рецидивов и обострений (вторичная профилактика), а также по восстановлению уровня социальной адаптации, снизившегося в результате психического расстройства (реабилитация).

К компонентам психиатрической помощи и социальной защиты отнесены и **все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности**. Действительно, без проведения экспертизы с целью оценки характера и глубины психического расстройства в аспекте его влияния на выполнение тех или иных социальных функций невозможно защитить права и законные интересы больного, а также оказать ему необходимую поддержку и помощь. Наряду с судебно-психиатрической экспертизой имеются в виду также военно-психиатрическая экспертиза, медико-социальная (врачебно-трудовая), психиатрическая экспертиза, проведение обследований для определения пригодности к некоторым особым видам деятельности, в частности, связанным с источником повышенной опасности. Такого рода экспертные обследования позволяют выносить квалифицированные и обоснованные заключения, которые в свою очередь помогают решить вопросы, связанные с психическим состоянием лица, страдающего психическим расстройством, и влекущие для него определенные правовые последствия. Не меньшую роль играет и определение временной нетрудоспособности, повседневно осуществляемое наряду с лечением любым психиатром государственных лечебно-профилактических учреждений и обоснованно рассматриваемое в Законе как один из видов психиатрической помощи.

Социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами, издавна являются одной из существенных сторон деятельности психиатра. Имеются в виду различные меры по обеспечению лицам, страдающим психическими расстройствами, некоторых предусмотренных законодательством привилегий и льгот, например жилищных, права на бесплатное медикаментозное ле-

чение и др.; рекомендации местным органам власти, администрации учреждений и предприятий по разрешению социально-бытовых, трудовых вопросов, касающихся лиц, страдающих психическими расстройствами.

Решение вопросов опеки для защиты личных и имущественных прав и интересов лиц, признанных в установленном порядке недееспособными. В соответствии с ГК РФ органами опеки и попечительства являются органы местного самоуправления, а осуществление функций опеки в отношении недееспособных возлагается ими обычно на отделы здравоохранения. На практике часть таких функций делегируется медицинским учреждениям, оказывающим амбулаторную психиатрическую помощь. Особенно это касается выявления лиц, нуждающихся в установлении над ними опеки, подбора кандидатуры опекуна, реального контроля за его деятельностью и т.п. Именно психиатрические учреждения в случае необходимости обычно ставят вопрос перед органом местного самоуправления об освобождении или отстранении опекунов от их обязанностей. В отношении недееспособных лиц с психическими расстройствами, находящихся в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социальной защиты населения, выполнение обязанностей опекунов возлагается на эти учреждения.

Осуществление консультаций по правовым вопросам и других видов юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях предполагает наличие в них специалистов, компетентных в вопросах права (имеются в виду, прежде всего, вопросы, касающиеся правового положения лиц, страдающих психическими расстройствами).

Социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними тоже являются необходимым компонентом системы мер психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами. Эта мера предполагает заботу о таких больных в амбулаторных условиях с помощью посещений их на дому, направление в дневные или ночные стационары, лечебно-производственные (трудовые) мастерские и предприятия с бесплатным медикаментозным лечением и питанием. Однако осуществление основного объема такой помощи падает на психоневрологические учреждения

для социального обеспечения или специального обучения, которые полностью берут на себя обязанности по содержанию и уходу за такого рода пациентами, а также по их бытовому устройству (обеспечение жилплощадью, прописка и т.п.) в случае выбытия из учреждения.

Существенную роль в **реабилитации инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами**, играет их обучение. В отношении несовершеннолетних имеется в виду, прежде всего общеобразовательное обучение, которое обеспечивается сетью школ и интернатов для умственно отсталых детей, где обучение проводится по специальной программе педагогами, имеющими соответствующую профессиональную подготовку. Кроме того, местными органами самоуправления определяются производственно-технические училища, принимающие несовершеннолетних и инвалидов, страдающих психическими расстройствами, для обучения доступным для них профессиям. Самостоятельное значение имеет профессиональное обучение взрослых инвалидов, утративших способность работать по имевшейся у них специальности. В настоящее время эту функцию могут осуществлять частично лечебно-производственные (трудовые) мастерские психиатрических (психоневрологических) учреждений с последующим трудоустройством, специальные участки или цеха, в которые могут приниматься эти лица для работы по новой специальности, а также лечебно-производственные предприятия.

Психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах является очень важной, поскольку указанные явления, как правило, сопровождаются выраженным психотравмирующим воздействием, что нередко приводит к психическим расстройствам, носящим массовый характер. Последние могут возникать также в результате токсических, травматических поражений центральной нервной системы. Опыт работы по ликвидации последствий указанных явлений говорит о необходимости участия в них специализированных психиатрических (психоневрологических) бригад или включения психиатров в состав общемедицинских подразделений, оказывающих медицинскую помощь пострадавшим.

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого

фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Комментарий к ст.23

1. В соответствии с ч.1 **психиатрическим освидетельствованием является каждый осмотр пациента врачом-психиатром**, поскольку при этом всякий раз решается вопрос о наличии или отсутствии психического расстройства, его характере, нуждаемости в том или ином виде психиатрической помощи. В широком смысле сюда можно отнести и профилактические осмотры, хотя они обычно проводятся с несколько иной целью, в частности, определения противопоказаний для выполнения отдельных видов профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности.

2. При отсутствии особых обстоятельств, специально оговоренных в ч. 4, и освидетельствование, и профилактический осмотр проводятся по просьбе или с согласия самого обследуемого или его законного представителя, то есть инициатива освидетельствования исходит от самого пациента (законного представителя), либо он (или законный представитель) не возражает против освидетельствования, осуществляемого по инициативе третьего лица.

3. Если лицо намерено получить или подтвердить право выполнять отдельные виды профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности (см. ст. 6), для чего требуется заключение психиатра о годности, но оно или его законный представитель возражают против освидетельствования, они могут отказаться от своего намерения и таким образом избежать осмотра психиатра.

4. Психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего лица в возрасте до 15 лет или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, несмотря на возражения, не считается недобровольным, если осуществлено по просьбе или с согласия его законного представителя. Для несовершеннолетнего таковыми являются его родители, усыновители или опекуны, для лица, признанного недееспособным, – опекун. Если между родителями несовершеннолетнего нет согласия по этому вопросу и один из них активно возражает против освидетельствования (нейтральную позицию одного из

родителей или его временное отсутствие не следует расценивать как возражение), а также при отсутствии родителей заинтересованные лица (педагоги, врачи общемедицинской сети и т.п.) могут обратиться в орган опеки, который может принять решение о необходимости психиатрического освидетельствования. Решение органа опеки может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном ст.47. Лица, признанные в установленном порядке недееспособными, в силу тяжести имеющегося в таких случаях психического расстройства подлежат диспансерному наблюдению независимо от их желания и желания законного представителя (см. ст.27), поэтому их периодические осмотры (освидетельствования) осуществляются в соответствии с ч.5 настоящей статьи и ч.3 ст.26.

5. Необходимость представления обследуемому в качестве врача-психиатра является одним из элементарных требований медицинской этики и должно, безусловно, соблюдаться во всех случаях добровольного освидетельствования (по просьбе или с согласия). Это требование вполне выполнимо и при ряде выраженных психических расстройств, когда освидетельствование проводится без согласия обследуемого, но его ориентировка в окружающем сохранена и сознание не нарушено. Однако в случаях тяжелых и выраженных расстройств (острое психотическое состояние, глубокое слабоумие и др.) представление обследуемому врача-психиатра теряет смысл, так как не может быть осознано обследуемым.

6. Лица, за которыми установлено диспансерное наблюдение (см. ст.ст.26, 27), могут быть освидетельствованы без их согласия и согласия их законных представителей по заранее намеченному плану, в случае неявки к врачу в назначенный срок или по вызову. О таком порядке их ставят в известность, когда им объявляется решение об установлении диспансерного наблюдения и разъясняется содержание последнего. Лица, которые обращались в лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и у которых было диагностировано психическое расстройство, но диспансерное наблюдение за ними не устанавливалось, могут быть освидетельствованы психиатром в обычном порядке, предусмотренном ч.ч.2 и 4 настоящей статьи (см. выше). Данные же, содержащиеся в заведенной на них медицинской документации, могут быть использованы при рас-

смотрении вопроса о необходимости психиатрического освидетельствования без их согласия.

7. Если освидетельствование проводится в плановом порядке в учреждении, оказывающем амбулаторную психиатрическую помощь, то на обратившегося заводится амбулаторная карта (форма №025/У), в которую вносятся: сведения о причинах освидетельствования (включая направление к психиатру, если таковое имеется); объективные данные, полученные во время осмотра, в том числе обязательное описание психического статуса; заключение с предварительным диагнозом и квалификацией психического состояния; рекомендованные мероприятия или перечень принятых мер (медикаментозные назначения, госпитализация и т.п.). В случае недобровольного освидетельствования в начале записи приводятся основания для такого рода решения и их соответствие одному из пунктов ч.4 ст.23, например, суицидальные действия или намерения, угрозы агрессией в отношении окружающих, потеря ориентировки и дезорганизация поведения и т.п. При освидетельствовании с санкции судьи по п.п.«б» и «в» ч.4 ст.23 в амбулаторную карту подшивается копия заключения врача, направленного в суд в соответствии с ч.5 ст.25, все имеющиеся материалы и санкция судьи.

Если освидетельствование проводится бригадой скорой психиатрической помощи, дежурным врачом психиатрического стационара (больницы, отделения) или другим учреждением, не оказывающим плановую амбулаторную психиатрическую помощь, аналогичные записи делаются в стационарной истории болезни (карте стационарного больного, форма №003/У) в случае госпитализации освидетельствованного, в журнале приемного отделения (форма №001/У), путевке (направлении) скорой помощи в психиатрический стационар (Приложение 2 к Указанию Минздрава РФ от 22 января 1993 г. №14-У), журнале станции скорой помощи и др. Важно, чтобы приведенные сведения были зафиксированы в учреждении, врачом-психиатром которого проведено освидетельствование.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

Комментарий к ст.24

1. Врачу-психиатру учреждения, оказывающего скорую или амбулаторную психиатрическую помощь, предоставлено **право принятия решения о неотложном освидетельствовании** в случаях, когда ему сообщается информация о том, что лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его **непосредственную опасность для себя или окружающих** (п.«а» ч.4 ст.23). Необходимость единоличного решения в таких случаях продиктована стремлением максимально упростить и ускорить процедуру, поскольку промедление может привести к самоубийству или совершению общественно опасного деяния. Из этого не следует, однако, что права лица, подвергнувшегося освидетельствованию на основании единоличного решения врача-психиатра, никак не защищены. В случае если такое освидетельствование приводит к ограничению личной свободы в форме недобровольной госпитализации, предусмотренной п.«а» ст.29, оно подлежит в соответствии с ч.1 ст.32 обязательному осмотру в течение 48 часов с момента помещения в стационар комиссией врачей-психиатров, заключение которой, в случае признания госпитализации обоснованной, направляется в суд (см. ст.32). Судья рассматривает вопрос об обоснованности госпитализации, а также наличие оснований для дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре и выносит соответствующее постановление (см. ст.ст.34, 35). Таким образом, и в этих случа-

ях установлен судебный контроль, который включается только на 48 часов позже, чем при проведении недобровольного освидетельствования по иным основаниям (п.п.«б» и «в» ч.4 ст.23).

2. Аналогичным образом принимается решение и об освидетельствовании лица, находящегося под диспансерным наблюдением в соответствии с ч.1 ст.27, поскольку, как это предусмотрено ч.3 ст.26, оно устанавливается независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя, а существенным компонентом такого наблюдения являются периодические осмотры врачом-психиатром.

3. В ч.2 речь идет о случаях недобровольного освидетельствования, которые по особенностям психического состояния лица и характеру нарушений поведения не относятся к неотложным. **Необходимость психиатрического вмешательства обусловлена здесь беспомощным состоянием лица, которое в силу тяжелого психического расстройства не способно самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности (п.«б» ч.4 ст.23), а также существенным вредом его здоровью, который может наступить вследствие прогрессирования психического расстройства, связанного с не оказанием психиатрической помощи (п.«в» ч.4 ст.23).** В обоих этих случаях в связи с отсутствием непосредственной опасности для самого лица или окружающих допустимо некоторое промедление с оказанием психиатрической помощи, достаточное для того чтобы были получены дополнительные гарантии соблюдения прав и законных интересов личности. В качестве такой гарантии Закон устанавливает необходимость получения санкции судьи на проведение психиатрического освидетельствования в порядке, освещенном в ст.25.

Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований

для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона.

(2) Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

(3) В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

(4) При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр в письменном виде мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании.

(5) Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом РФ.

Комментарий к ст.25

1. Заявление о необходимости психиатрического освидетельствования лица без его согласия или согласия его законного представителя следует подавать врачу-психиатру учреж-

дения, оказывающего амбулаторную или скорую психиатрическую помощь. В соответствии с ныне действующей структурой внебольничных психиатрических учреждений это может быть участковый психиатр, обслуживающий территорию, на которой проживает лицо, подлежащее освидетельствованию, в экстренных случаях – дежурный врач этого учреждения или врач учреждения, оказывающего скорую психиатрическую помощь, а также главный врач одного из указанных учреждений или его заместитель.

2. Независимо от формы заявления оно в обязательном порядке должно содержать **сведения о таких действиях и нарушениях поведения лица, которые указывают на наличие у него тяжелого психического расстройства**, обуславливающего проявления, соответствующие п.п. «а», «б» или «в» ч.4 ст.23.

3. **Закон не ограничивает круг лиц, которые могут обращаться с заявлением.** Ими могут быть в зависимости от конкретных обстоятельств (острота состояния, место пребывания свидетельствуемого, наличие близких родственников и т.п.) различные лица, имеющие отношение к свидетельствуемому. В целом можно сказать, что чем более экстренный (неотложный) характер носит освидетельствование, тем более широк круг этих лиц, вплоть до случайных встречных. Это связано с необходимостью обеспечить неотложной психиатрической помощью лиц с острыми, внезапно развившимися психическими расстройствами, которые не допускают соблюдения каких-либо формальностей. Однако и в этих случаях не следует принимать вызов к лицу, которое находится, например, дома в кругу семьи или на рабочем месте, от посторонних лиц, если они не сообщают, конечно, что предполагаемый больной блокирует каким-то образом обращение к психиатру близких или администрации. Во всех же случаях, не носящих характера неотложных, необходимо, чтобы заявление об освидетельствовании содержало сведения о том, что наиболее близкие обследуемому лица, по крайней мере, не возражают против его освидетельствования психиатром, поскольку для встречи с лицом необходимо войти в их жилище или в помещение, где они работают. Таким образом, при решении вопроса о психиатрическом освидетельствовании предпочтение следует отдавать заявлениям членов семьи лица, подлежащего освидетель-

ствование, а также официальных лиц, в обязанности которых входит оказание медицинской помощи, забота о благополучии граждан и соблюдении общественного порядка (работники общемедицинской сети, педагоги, сотрудники жилищных органов, милиции и т.п.), хотя **при определенных обстоятельствах в качестве заявителя может выступить любое лицо.**

4. Особо следует подчеркнуть, что в неотложных случаях, когда есть основания считать, что лицо страдает тяжелым психическим расстройством, обуславливающим его непосредственную опасность для себя или окружающих, достаточно устного заявления (сообщения по телефону). Однако содержание этого заявления, особенно сведения, которые оцениваются как основание для недобровольного освидетельствования, обязательно должно быть зафиксировано в медицинской документации, как и паспортные данные заявителя, а также его отношение к лицу, подлежащему освидетельствованию (сосед, работник ДЭЗ, член семьи, врач, сотрудник милиции и т.п.).

5. **Если заявление не содержит информации о непосредственной опасности лица для себя или для окружающих и случай не расценивается как неотложный, оно должно быть письменным.** В заявлении, которое может быть написано в свободной форме, должны содержаться фамилия, имя, отчество заявителя, его адрес (телефон) и отношение к лицу, подлежащему освидетельствованию, мотивы обращения к психиатру, фактические данные, которые указывали бы на: 1) наличие у лица тяжелого психического расстройства (психоза, острого и хронического, включая депрессивные состояния, слабоумия, повторяющихся состояний расстроенного сознания и т.п.); 2) поведение и высказывания, свидетельствующие о беспомощности или необходимости психиатрического вмешательства, во избежание существенного вреда его здоровью (п.п.«б» и «в» ч 4 ст.23); 3) отказ лица или его законного представителя от обращения к врачу-психиатру и невозможность добровольного освидетельствования.

6. В зависимости от конкретных обстоятельств психиатр, рассматривающий заявление, может **принять меры к получению дополнительных сведений.** Эти сведения должны быть направлены на подтверждение и уточнение данных, перечисленных в п.5 комментария, поскольку они совершенно необходимы для принятия решения. Источником получения допол-

нительной информации может быть сам заявитель, если он имеет возможность сообщить дополнительные факты, представить необходимые документы, пригласить к врачу другое заинтересованное лицо, попытаться по совету врача получить согласие на освидетельствование самого предполагаемого больного или его законного представителя. Врач может также запросить письменно или по телефону необходимые сведения и документы из других медицинских учреждений, в которых лицо проходило обследование и лечение, получить сведения о нем из военно-учетных, экспертных, педагогических и других учреждений; самостоятельно пригласить родственников или друзей лица; принять другие меры для пополнения информации. Вся эта деятельность должна при необходимости проводиться при сохраняющемся контакте с заявителем, позволяющем следить за состоянием и поведением лица, подлежащего освидетельствованию.

7. Решение об отказе в психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром в том случае, когда поданное заявление, а также полученная информация (если она собиралась) не содержат данных о наличии обстоятельств, предусмотренных п.п.«б» и «в» ч.4 ст.23. Хотя оценка достоверности сведений, сообщенных заявителем, не относится прямо к компетенции психиатра – его прерогативой является грамотная клиническая квалификация полученных сведений, – явные противоречия этих сведений установленной реальности тоже могут быть основанием для отказа. В большинстве же случаев отказ основывается на том, что полученная информация, если и дает основание для сомнений в психическом здоровье лица, не является вместе с тем достаточной для того, чтобы освидетельствование проводилось без учета желания самого лица или его законного представителя (обычно родителей в отношении несовершеннолетнего).

В соответствии с ч.4 **отрицательный ответ заявителю оформляется в письменном виде и должен быть мотивирован**, то есть содержать основания для отказа в освидетельствовании. При написании такого отказа необходимо иметь в виду, что, согласно ст.9 настоящего Закона, сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной и не подлежат распространению. Поэтому в ответе на заявление

должно быть не больше данных о психическом состоянии лица, фактах его обращения к психиатрам и лечения у них, чем содержалось в самом заявлении. В ответе необходимо также избегать ссылок на другие использованные психиатром источники информации, поскольку это может привести к конфликтам между родственниками, соседями, сослуживцами лица, которые считают необходимым недобровольное психиатрическое освидетельствование, и теми, кто против такого освидетельствования. Вместе с тем необходимо привести конкретные основания для отказа. С учетом сделанных замечаний в ответе необходимо сослаться на предусмотренные данным Законом основания для недобровольного психиатрического освидетельствования (можно в виде цитаты из ч. 4 ст. 23).

8. Если же заявление и полученные дополнительные сведения содержат **информацию о проявлениях, характерных для тяжелого психического расстройства, этого нередко бывает достаточно для проведения освидетельствования.** Как правило, остается только решить, в соответствии с каким именно пунктом ч.4 ст.23 его следует осуществлять. В самом деле, к тяжелым психическим расстройствам следует отнести хронические психические заболевания (эндогенные психозы и некоторые другие психические расстройства с аналогичными проявлениями), острые психозы (категория достаточно однозначная, не требующая пояснений), глубокое или прогрессирующее слабоумие. При всех этих заболеваниях обычно нарушается способность правильно отображать окружающее, адекватно оценивать свое состояние, понимать его болезненный характер, принимать осознанные решения, в частности касающиеся лечения и других медицинских мероприятий. Именно это и делает правомерным применение к таким больным каких-либо медицинских мер без обязательного получения их согласия. Такие психические расстройства (заболевания) в большинстве случаев приводят в тому, что страдающие ими лица если и не представляют в данное время непосредственной опасности для себя и окружающих (п.«а»), не находятся в состоянии беспомощности (п.«б»), то, во-первых, легко могут впасть в такие состояния, а во-вторых, как правило, нуждаются в психиатрической помощи, поскольку ее отсутствие и оставление их без лечения могут привести к существенному вреду их здоровью, что соответствует п.«в» ч.4 ст.23. Итак, в по-

давляющем большинстве случаев указанные типы заболевания соответствуют по своим проявлениям одному из критериев, установленных Законом в качестве оснований для недобровольного освидетельствования (п.п.«а», «б» и «в» ч.4 ст.23). В силу этого обоснованное предположение о тяжелом психическом расстройстве может сыграть решающую роль в принятии решения о недобровольном психиатрическом освидетельствовании.

9. Удостоверившись в наличии **достаточно веских оснований** ожидать, что у лица, подлежащего освидетельствованию, имеет место одно из названных психических расстройств, врач-психиатр пишет заключение **о необходимости психиатрического освидетельствования без согласия лица и его законного представителя**. При этом отмечается, что заключение основывается на сведениях, сообщенных заявителем. Особое внимание уделяется обоснованию мнения о вероятности именно тяжелого психического расстройства, а также о наличии признаков, соответствующих п.п.«б» или «в» ч.4 ст.23. **Данное заключение направляется в суд по месту жительства лица, подлежащего освидетельствованию**. В препроводительном письме отмечается также, что само лицо, подлежащее освидетельствованию, или его законный представитель уклоняются или возражают против психиатрического освидетельствования. К заключению прилагаются заявление лица, обратившегося к психиатру, и другие имеющиеся материалы.

10.Получив заключение психиатра о необходимости психиатрического освидетельствования с приложенными к нему материалами, **судья в течение трех дней решает вопрос о даче санкции**. При этом главное внимание уделяется оценке достоверности представленной информации (с этой целью судья может пригласить для беседы заявителя, связаться с организациями, предоставившими дополнительную информацию), а также обоснованности самого решения. Судья, не обладая специальными познаниями в области психиатрии, не может самостоятельно принять решение о недобровольном освидетельствовании, поэтому он анализирует полноту использования данных, представленных психиатром в его заключении, логичность доводов и соответствие их сделанным выводам. В случае поступления в суд заявлений от других лиц они также подвергаются анализу в сопоставлении с заключением психи-

атра. Существенную роль в принятии решения о даче санкции на освидетельствование играет также тяжесть последствий, которые могут наступить в случае неоказания психиатрической помощи при предполагаемом психическом расстройстве. В соответствии с ч.5 настоящей статьи действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном ГПК РФ, а также ст.ст.47, 48 настоящего Закона.

Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи

(1) Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

(3) Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

Комментарий к ст.26

1. В данной статье приводится **исчерпывающий перечень видов амбулаторной психиатрической помощи** лицам, страдающим психическими расстройствами, устанавливаются два ее вида: консультативно-лечебная помощь и диспансерное наблюдение; даются общие характеристики каждого из видов по наиболее существенным признакам.

Выбор вида, в котором амбулаторная психиатрическая помощь должна оказываться конкретному лицу, является важным моментом деятельности врача-психиатра, поскольку от правильности такого выбора во многом зависит эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий.

2. **Амбулаторной психиатрической помощью** называется психиатрическая помощь, которая оказывается лицу, стра-

дающему психическим расстройством, во внебольничных условиях, то есть **без помещения лица в стационар**. Этим она отличается от стационарной помощи.

Амбулаторная психиатрическая помощь, как и психиатрическая помощь вообще, включает в себя обследование психического здоровья, диагностику психических расстройств, их лечение, психопрофилактическую и реабилитационную помощь, а также уход за лицами, страдающими психическими расстройствами.

Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается лицам, страдающим психическими расстройствами, при их обращении в государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и к частнопрактикующим врачам-психиатрам. Она оказывается также при посещении этих лиц на дому врачами-психиатрами, иными специалистами и медицинским персоналом психиатрических и психоневрологических учреждений и частнопрактикующими врачами-психиатрами. К амбулаторной относится и оказание психиатрической помощи в учреждениях, общественных и иных местах врачами скорой психиатрической помощи. Если психиатрическая помощь оказывается врачами-психиатрами психиатрических и психоневрологических стационаров без госпитализации лиц в стационары, она тоже считается амбулаторной.

Таким образом, **амбулаторная психиатрическая помощь может быть оказана в разнообразных условиях**, например в психоневрологических диспансерах, диспансерных отделениях, консультациях, центрах; в специализированных кабинетах (психиатрических, психоневрологических, психотерапевтических, суицидологических, сексопатологических, психоэндокринологических, психогигиенических и т.п.); в консультативно-диагностических, иных амбулаторных подразделениях психиатрических больниц и клиник; в дневных или ночных стационарах; в лечебно-производственных мастерских; на дому, в учреждениях, общественных и иных местах.

3. Как указано в ч.1 настоящей статьи, **амбулаторная психиатрическая помощь оказывается лицу в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения**. Следовательно, в каждый определенный период лицо может получать психиатрическую помощь **только в одном из**

двух названных видов. Это не означает, что однажды установленный вид психиатрической помощи должен оставаться для данного лица неизменным. Законом допускается **переход от одного вида помощи к другому в любом направлении:** от консультативно-лечебной помощи к диспансерному наблюдению и наоборот, причем число таких изменений вида помощи одному и тому же лицу в принципе не ограничивается.

4. Согласно формулировке ч.1 настоящей статьи **вид амбулаторной психиатрической помощи определяется в зависимости от медицинских показаний.** К медицинским показаниям относятся наличие определенного психического расстройства, его характер, тяжесть, особенности течения и прогноза, влияние на поведение и социальную адаптацию данного лица, на его способность самостоятельно и разумно решать вопросы о психиатрической помощи, предлагаемой врачом-психиатром.

Основным различием консультативно-лечебной помощи и диспансерного наблюдения служат степень обязательности и добровольности ее получения лицом, страдающим психическим расстройством, и, соответственно, степень допустимости врачебного вмешательства. Лицам с менее тяжелыми расстройствами психики, имеющими более благоприятное течение и прогноз, амбулаторная психиатрическая помощь оказывается в виде консультативно-лечебной, то есть исключительно на добровольных основах в порядке, предусмотренном ч.2 настоящей статьи. За лицами с тяжелыми расстройствами психики, имеющими неблагоприятное течение и прогноз, устанавливается диспансерное наблюдение, дающее право врачу-психиатру оказывать больному психиатрическую помощь независимо от согласия последнего (ч.3 настоящей статьи и ст.27 Закона).

5. **Консультативно-лечебная помощь** лицам, страдающим психическими расстройствами, воплощает общий принцип добровольности обращения за психиатрической помощью. Лицо, получающее консультативно-лечебную помощь, вправе самостоятельно (с учетом врачебных указаний) определять причины и поводы обращения к врачу-психиатру, выбирать время и частоту контактов с врачом, решать для себя, следовать или не следовать врачебным рекомендациям. Врач-психиатр имеет право оказывать помощь такому лицу только

при самостоятельном обращении, по его просьбе или с его согласия. Помощь несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет оказывается по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя. Амбулаторная психиатрическая помощь лицам, признанным в установленном законом порядке недееспособными, здесь не рассматривается, так как такие лица, ввиду тяжести психических расстройств, подлежат диспансерному наблюдению.

6. Если в результате обращения лица за консультативно-лечебной помощью ему предлагается лечение, то согласие на это оформляется в соответствии с требованиями, содержащимися в ч.ч.2 и 3 ст.11 настоящего Закона. Отказ лица, получающего консультативно-лечебную помощь, от предлагаемого лечения, если у врача-психиатра нет оснований для применения к нему недобровольных мер (например, госпитализации в психиатрический стационар), оформляется в соответствии с требованиями ч.2 ст.12 настоящего Закона.

7. Оказание консультативно-лечебной помощи может быть рекомендовано всем лицам, страдающим психическими расстройствами, не нуждающимися в диспансерном наблюдении, чаще всего со следующими состояниями:

а) с изменениями личности вследствие сосудистых и органических заболеваний центральной нервной системы при невыраженном интеллектуальном дефекте без психопатоподобных и аффективных расстройств, препятствующих социально-трудовой адаптации;

б) перенесшим острый психоз или психотический приступ с наступлением выздоровления или полноценной ремиссии;

в) перенесшим выраженное непсихотическое расстройство с последующей компенсацией клинических проявлений;

г) с невротическими расстройствами, психогенными нарушениями физиологических функций, острыми реакциями на стресс или адаптационными реакциями;

д) с расстройствами личности при компенсации клинических проявлений и отсутствии выраженной социально-трудовой дезадаптации; с половыми дисфункциями;

е) с гиперкинетическим синдромом, специфическими задержками развития в детском возрасте, если они не резко выражены и не препятствуют процессу обучения и социальной адаптации, а также с легкой умственной отсталостью;

ж) с эпилепсией – при отсутствии психотических расстройств и выраженных изменений личности.

Данный перечень носит примерный характер. Границы его могут быть расширены при индивидуальном рассмотрении каждого случая.

8. Консультативно-лечебная помощь включает в себя весь объем амбулаторной психиатрической помощи и может осуществляться в широком диапазоне времени – от единичного осмотра до многолетних контактов врача с пациентом. Лица, которым оказывается консультативно-лечебная помощь, имеют право, при необходимости, на получение листков временной нетрудоспособности, установление облегченных условий труда, входящее в компетенцию врачебно-экспертных комиссий (ВЭК), установление инвалидности, получение направлений на госпитализацию в психиатрические и психоневрологические больницы, дневные и ночные стационары (при наличии к тому медицинских показаний), на бесплатное получение лекарств при соответствующих заболеваниях, предоставление им жилищных и иных льгот, предусмотренных для лиц с соответствующими психическими расстройствами, и т.п.

В случае, если обращение за консультативно-лечебной помощью и оказание ее не влечет правовых последствий, она может быть оказана анонимно.

9. На лиц, получающих консультативно-лечебную помощь, ведется **медицинская документация** (медицинские карты, статистические талоны и т.п.) в порядке, установленном органами управления здравоохранением. При этом по необходимости лицу разъясняется, что заведение указанных медицинских документов не является свидетельством установления диспансерного наблюдения, а отражает общие требования, существующие при оказании любой медицинской помощи.

10. Другим видом амбулаторной психиатрической помощи является **диспансерное наблюдение**, сущность которого раскрывается в ч.3 настоящей статьи. В ее формулировке содержатся три основных момента.

Во-первых, диспансерное наблюдение может устанавливаться только в случаях, предусмотренных ч.1 ст.27 настоящего Закона.

Во-вторых, диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя. Это означает, что диспансерное наблюдение может устанавливаться как при согласии на это самих больных или их законных представителей, так и без их согласия. Следовательно, по признаку добровольности диспансерное наблюдение существенно отличается от консультативно-лечебной помощи.

В-третьих, диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лица осуществляется путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказания больному необходимой медицинской и социальной помощи. Таким образом, при осуществлении наблюдения врач-психиатр должен проявлять активность в оказании помощи больному даже в тех случаях, когда со стороны самого больного такой инициативы не обнаруживается.

Установление диспансерного наблюдения дает врачу-психиатру право на основании ч.5 ст.23 настоящего Закона **проводить осмотры больного** (путем посещений на дому, в иных местах или приглашений на прием) с той частотой, которая требуется для оценки изменений в состоянии психического здоровья и полноценного оказания психиатрической помощи независимо от согласия самого больного. Однако пользоваться этим правом следует достаточно разумно и деликатно, исходя из соображений необходимости и целесообразности. **Вопрос о частоте осмотра лиц, в отношении которых осуществляется диспансерное наблюдение, решается сугубо индивидуально.** Как правило, осмотр производится не реже одного раза в течение календарного года. В некоторых случаях осмотр как таковой может быть заменен получением сведений о больном другими путями, исключаящими, однако, разглашение врачебной тайны или иную компрометацию больного.

В понятие диспансерного наблюдения, помимо регулярных осмотров больных, входит оказание больным амбулаторной психиатрической помощи в ее полном объеме. При этом особое значение и большой удельный вес приобретают социальная помощь и весь комплекс социально-реабилитационных мероприятий.

При проведении лечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением (так же как и лиц, получающих консуль-

тативно-лечебную помощь), действуют правила, установленные ст.11 «Согласие на лечение» и ст.12 «Отказ от лечения» настоящего Закона.

Медицинская документация на лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, ведется в установленном органами управления здравоохранением порядке.

Статья 27. Диспансерное наблюдение

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

(2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.

(3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лица, страдающего психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона, диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

Комментарий к ст.27

1. Основания для установления диспансерного наблюдения раскрываются в ч.1 настоящей статьи. Оно может уста-

навливаться за лицом, страдающим таким психическим расстройством, которое соответствует в совокупности трем критериям:

а) психическое расстройство должно быть хроническим или затяжным;

б) его болезненные проявления должны быть тяжелыми;

в) тяжелые болезненные проявления должны быть стойкими или часто обостряющимися.

2. К категории хронических относятся психические расстройства, которые в силу присущих им закономерностей развития болезненного процесса имеют **длительное течение** – от нескольких лет до нескольких десятков лет и даже на протяжении всей жизни индивида. Как правило, речь идет о таких психических заболеваниях, как шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз, предстарческие (пресенильные) и старческие (сенильные) психозы, а также о некоторых типах психических расстройств, возникающих вследствие органического поражения головного мозга (атеросклеротического, травматического, инфекционного, интоксикационного, иного происхождения). Выявление клинических признаков, характерных для таких заболеваний, дает врачу-психиатру основание квалифицировать данное психическое расстройство как хроническое независимо от того, имели ли место болезненные проявления в прошлом или диагноз заболевания установлен в самом начале его развития.

К затяжным относятся психические расстройства, существующие, как правило, не менее года, длительность течения которых определяется не их изначально хроническим характером, а особенностями проявления у данного лица при данных обстоятельствах. Так, например, реактивная или психогенная депрессия, возникающая в ответ на психическую травму и не относящаяся к категории хронических заболеваний, может при определенных условиях (у личностей астенического склада, при повторных психотравмах или длительно существующей психогенной ситуации) принять затяжной характер. Достоверно определить, что данное расстройство является затяжным, можно лишь по прошествии достаточно длительного периода его существования.

Поскольку для понятий «хроническое» и «затяжное» общим признаком служит длительность психического расстрой-

ства, под них подпадают и те нарушения психики, которые не относятся к собственно психическим заболеваниям, а представляют собой аномальные состояния или дефекты психического развития (расстройства личности, психопатии, умственная отсталость и т.п.).

Важно подчеркнуть, что одного указанного признака недостаточно для решения вопроса об установлении диспансерного наблюдения. Длительно существующие психические расстройства могут иметь разную степень тяжести и разные варианты течения. Например, при сравнении невроза и шизофрении или, в рамках шизофрении, при сравнении ее неврозоподобной и бредовой (параноидной) формы более существенным признаком для решения вопроса о диспансерном наблюдении является не длительность психического расстройства (которая может быть одинаковой в приведенных примерах), а его тяжесть.

3. Понятие «тяжесть психического расстройства» отражает в обобщенном виде степень выраженности болезненных проявлений и степень нарушения психической деятельности в целом, включая понимание и оценку происходящего, собственной личности, способность адекватно строить свое поведение. **К тяжелым** относятся такие психические расстройства, которые не только имеют достаточно выраженные проявления, но и значительно снижают понимание окружающего и собственной личности, искажают оценки реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с действительностью, а также лишают больного способности принимать осознанные решения относительно предлагаемых медицинских мер.

В психопатологии понятию тяжелого психического расстройства соответствуют:

– психозы, проявляющиеся синдромами помрачения сознания, выраженными в значительной степени аффективными, бредовыми, галлюцинаторными, кататоническими расстройствами;

– выраженное слабоумие, развившееся вследствие различных психических заболеваний и органических поражений головного мозга;

– умственная отсталость, то есть состояние остановившегося или неполного умственного развития, характеризую-

щееся прежде всего интеллектуальной недостаточностью (в степени глубокой дебильности, имбецильности и идиотии).

К категории тяжелых психических расстройств могут быть отнесены также резко выраженные изменения личности (так называемые негативные расстройства, или дефект личности), обусловленные шизофреническим процессом, эпилепсией, другими заболеваниями при их неблагоприятном течении. Однако оценку степени тяжести таких изменений следует производить с большой осторожностью.

Невротические расстройства, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера, несмотря на возможную выраженность болезненных проявлений (навязчивостей, астенических, истерических и других симптомов), к категории тяжелых психических расстройств, как правило, не относятся, поскольку не сопровождаются столь глубокими, как при вышеперечисленных состояниях, нарушениями психической деятельности в целом.

Тяжелые болезненные проявления при хронических и затяжных психических расстройствах могут не определять всей клинической картины заболевания, а появляться в виде отдельных эпизодов, приступов, фаз, обострений, сменяющихся периодами полного или относительного благополучия (так называемыми ремиссиями) либо менее тяжелыми психическими расстройствами. Поэтому даже наличие у пациента с хроническим и затяжным психическим расстройством тяжелых болезненных проявлений еще недостаточно для установления за ним диспансерного наблюдения. Необходимо оценить, какова длительность тяжелых болезненных проявлений на всем протяжении хронического или затяжного психического расстройства. Иными словами, определить, какова их стойкость или частота обострений.

4. Тяжелые болезненные проявления следует считать стойкими, если они существуют к моменту осмотра больного не менее года и (или) если прогностические признаки течения психического расстройства с высокой вероятностью свидетельствуют об их существовании в будущем на протяжении года и более.

Под частыми обострениями обычно понимают возникновение тяжелых болезненных проявлений ежегодно или более одного раза в год. Частота обострений также определяется

ретроспективно, путем анализа клинической картины заболевания в прошлом и (или) на основании прогноза его течения.

Прогнозирование стойкости тяжелых болезненных проявлений, как и частоты обострений, представляет собой сложную задачу, требующую учета множества факторов (биологических, личностных, средовых). Поскольку такой прогноз носит вероятностный характер, он нуждается в постоянной коррекции в процессе наблюдения за больным и его лечения.

5. Таким образом, **только наличие всех трех квалифицирующих признаков (хронического или затяжного течения психического расстройства, тяжести болезненных проявлений и их стойкости или частоты обострений)** дает основание для установления за больным диспансерного наблюдения. При отсутствии хотя бы одного из них или при сомнении в их наличии вопрос об установлении диспансерного наблюдения следует отложить, а амбулаторную психиатрическую помощь оказывать лицу в консультативно-лечебном виде. Так, диспансерное наблюдение может не устанавливаться за больным циклотимией (то есть легкой формой маниакально-депрессивного психоза) ввиду отсутствия признака тяжести болезненных проявлений, несмотря на то что это заболевание хроническое и может протекать с частым чередованием расстройств настроения. Не подпадают под категорию нуждающихся в диспансерном наблюдении и лица с редкими транзиторными (кратковременными, преходящими) психотическими эпизодами ввиду отсутствия признаков хронического или затяжного течения, а также стойкости или частоты обострений болезненных расстройств. Больные шизофренией с редкими и непродолжительными приступами при отсутствии выраженных изменений личности могут получать психиатрическую помощь без диспансерного наблюдения, то есть в консультативно-лечебном виде.

Формулировка ч.1 настоящей статьи: «Диспансерное наблюдение может устанавливаться...» не имеет строго обязывающего характера, а дает право врачам-психиатрам решать вопрос индивидуально, с учетом особенностей конкретного случая и конкретной ситуации.

6. В соответствии с ч.2 настоящей статьи **вопрос о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении решается не единолично врачом-психиатром,**

а комиссией врачей-психиатров. Такая комиссия назначается приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. Если главный врач не возлагает обязанности председателя на себя, он может осуществлять председательствование в любом случае, когда сочтет это целесообразным.

Если вопрос о необходимости диспансерного наблюдения возникает по результатам первичного психиатрического освидетельствования лица, то врач, проводивший освидетельствование, участвует в работе комиссии в качестве ее полноправного члена вне зависимости от того, назначен ли он членом комиссии. Это же правило относится и к случаю, когда вопрос о необходимости диспансерного наблюдения возникает в отношении пациента, которому оказывается консультативно-лечебная помощь.

В состав комиссии также входит по должности участковый врач-психиатр, на участке которого проживает пациент. Это особенно важно, когда вопрос решается в связи с поступлением выписки из истории болезни психиатрического стационара.

Комиссия принимает решение после освидетельствования пациента. Лишь в отдельных бесспорных случаях, при явном уклонении от комиссионного освидетельствования лица, в отношении которого рассматривается вопрос о необходимости установления диспансерного наблюдения, решение может быть принято заочно по данным медицинской документации (записи результатов первичного психиатрического освидетельствования, амбулаторной медицинской карты на пациента, получавшего консультативно-лечебную помощь, выписки из истории болезни психиатрического стационара).

Настоящим Законом не предоставлено право решать вопрос об установлении или прекращении диспансерного наблюдения комиссиям врачей-психиатров психиатрических стационаров. Их заключения по данному вопросу имеют рекомендательный характер.

К работе комиссий относятся все правила, установленные ст.21 настоящего Закона.

7. Правило оформления комиссионного решения заключено в ч.3 настоящей статьи. В записи решения должны быть изложены основные анамнестические сведения, отражено пси-

хическое состояние пациента, уровень его социальной адаптации, дана диагностическая оценка имеющегося или перенесенного психического расстройства и указаны основания, по которым принято решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения. Запись решения комиссии вносится в медицинскую документацию и удостоверяется подписями председателя и членов комиссии.

Диспансерное наблюдение считается установленным или прекращенным с момента принятия комиссионного решения.

8. В ч.4 настоящей статьи определяются основания для прекращения диспансерного наблюдения, порядок последующего оказания амбулаторной психиатрической помощи и условия возобновления диспансерного наблюдения. В связи с тем, что многие психические расстройства, в том числе хронические и тяжелые, могут спонтанно или под влиянием лечения иметь благоприятный исход, установленное ранее диспансерное наблюдение не должно рассматриваться как неизменный вид амбулаторной психиатрической помощи. Оно прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица.

9. Под **выздоровлением** понимается исчезновение болезненных проявлений психического расстройства и восстановление психического здоровья. Что касается выздоровления лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, то исчезновение у них болезненных проявлений может произойти, во-первых, вследствие прекращения течения и обратного развития хронического или затяжного психического расстройства, как это бывает в случаях шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии, психогенных заболеваний, органических поражений головного мозга, и во-вторых, вследствие полной компенсации дефектов психики, например слабоумия, умственной отсталости и т.п., что реже встречается на практике.

При заболеваниях, имеющих приступообразное или периодическое течение, исчезновение болезненных проявлений по миновании приступа, фазы или обострения еще **не свидетельствует** о прекращении болезни, которая после так называемого «светлого промежутка», или ремиссии, может проявиться новым приступом, фазой или обострением. Встречаются случаи, когда вслед за несколькими частыми приступами

наступают длительные, полноценные ремиссии, которые длятся годами и даже десятилетиями, а затем вновь прерываются приступами болезни. Такие случаи, где длительность ремиссии превышает 4-5 лет, можно условно считать выздоровлением, поскольку вероятность рецидива болезненных проявлений сравнима здесь с вероятностью возникновения болезни у здоровых прежде людей.

Восстановление психического здоровья при выздоровлении от психических заболеваний следует оценивать в сравнении с его доболезненным уровнем, а не с гипотетической «идеальной» нормой, учитывая индивидуальные особенности психики, которыми обладало лицо до начала заболевания. Если же речь идет о лицах, страдающих тяжелыми психическими расстройствами с детства, то свидетельством их выздоровления, помимо исчезновения болезненных проявлений, может служить достижение среднего для их возраста уровня психического развития и социальной адаптации (включая способность к обучению и трудовой деятельности).

При наступлении выздоровления лицо признается психически здоровым и не нуждающимся в психиатрической помощи.

10. Если у лица, за которым было установлено диспансерное наблюдение по основаниям ч.1 настоящей статьи, исчезают не все болезненные проявления психического расстройства, а лишь тяжелые стойкие или часто обостряющиеся, то это свидетельствует о значительном улучшении психического состояния. Примерами служат исчезновение психотических проявлений (синдромов помрачения сознания, выраженных аффективных, бредовых, галлюцинаторных, кататонических расстройств), значительная компенсация слабоумия или умственной отсталости, сглаживание или коррекция дефектов личности. При этом у лица могут оставаться менее тяжелые болезненные проявления психического расстройства (невротические, эмоциональные, психопатические, слабо выраженная интеллектуальная недостаточность и другие), не нарушающие его социальной адаптации. Признаками значительного улучшения являются также существенное снижение частоты приступов, фаз, обострений заболевания и соответственно увеличение продолжительности полноценных ремиссий.

Значительное улучшение психического состояния может быть основанием для прекращения диспансерного наблюдения, если оно (улучшение) является стойким, то есть вероятность возврата тяжелых болезненных проявлений минимальна. Достоверность такого прогноза возрастает с увеличением продолжительности наблюдения. Практически же, если состояние значительного улучшения сохраняется на протяжении полутора-двух лет и не имеет признаков неблагоприятной динамики, оно может считаться стойким.

11. Лицо, в отношении которого диспансерное наблюдение прекращено, может впоследствии получать амбулаторную психиатрическую помощь в консультативно-лечебном виде, то есть по просьбе или с согласия самого лица или его законного представителя. Законом не устанавливаются никаких различий в правовом положении такого лица и тех, кто не находился ранее под диспансерным наблюдением.

12. После прекращения диспансерного наблюдения лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя лишь по основаниям, предусмотренным ч.4 ст.23 настоящего Закона, то есть при таком изменении состояния, когда есть основания предполагать появление у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает признаки, перечисленные в п.п.«а», «б» и «в» ч.4 ст.23. Порядок проведения недобровольного психиатрического освидетельствования рассмотрен в ст.ст.24 и 25 настоящего Закона.

13. Если в результате психиатрического освидетельствования лица, в отношении которого диспансерное наблюдение было прекращено, обнаружатся основания для возобновления диспансерного наблюдения (соответственно ч.1 настоящей статьи), оно возобновляется по решению комиссии врачей-психиатров в порядке, установленном ч.ч.2 и 3 настоящей статьи.

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение воз-

можно только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Комментарий к ст.29

1.Статья регулирует одну из важных форм оказания психиатрической помощи, связанную с помещением лица, страдающего психическим расстройством, в психиатрический стационар, но не по его просьбе или с его согласия, а в недобровольном порядке. Значимость статьи определяется тем, что госпитализация в психиатрический стационар вопреки воле самого лица или его законных представителей сопоставима с лишением свободы. Речь идет о помещении этого лица в стационар до постановления судьи и, следовательно, только на основании заключения врача, что связано с неотложностью психиатрической помощи. Это можно трактовать как акт, аналогичный задержанию или взятию под стражу. Понятно поэтому, что состояние госпитализируемого должно соответствовать определенным критериям, которые являются непременным условием для принятия врачом решения о госпитализации больного в недобровольном порядке.

2. Статья содержит три критерия, которые действительны при следующем общем для всех критериев условии – если обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым. В связи со сказанным прежде всего возникает необходимость уточнить, какие психические расстройства следует отнести к тяжелым. **Тяжесть психического расстройства** определяется наличием нарушений психотического уровня (психоза) или выраженного психического дефекта (врожденная умственная отсталость, приобретенное слабоумие, выраженные изменения личности); наличие менее глубоких расстройств дает основание квалифицировать состояние как тяжелое лишь в тех случаях, когда эти расстройства по выраженности достигают психотического уровня (например, декомпенсация при психопатии).

тии, когда возникает непосредственная опасность ауто- или гетероагрессии).

Что касается другого условия, то оно имеет место, когда тяжесть психического расстройства сочетается с особенностями, которые отражены в изложенных в данной статье признаках, делающих возможным обследование и лечение только в стационарных условиях, исключая любую другую менее ограничительную альтернативу.

3. Остановимся на применении каждого из указанных трех критериев.

а) критерий непосредственной опасности для себя или окружающих. Применим к категориям лиц с тяжелыми психическими расстройствами. При этом по направленности опасности обычно выделяют лиц: 1) опасных одновременно для себя и окружающих, 2) опасных для окружающих, 3) опасных для себя. Необходимо отметить, что во всех случаях имеется в виду непосредственная опасность. Это обосновывается врачом в конкретном описании состояния лица с указанием на его особенности, высказывания или действия, свидетельствующие о такой опасности. Простого указания, что больной опасен, недостаточно.

В первом случае речь идет о больных с наиболее острыми психотическими состояниями, для которых характерен быстрый темп развертывания, разнообразие и изменчивость психопатологической симптоматики, яркость и насыщенность аффективных расстройств (страх, тревога, депрессия, мания). Поведение больных грубо нарушено в связи с изменчивостью сознания либо полностью определяется охваченностью бредовыми или галлюцинаторными переживаниями и преобладающим аффектом. Острота состояния бывает столь велика, что нередко возникают трудности в определении синдрома («асиндромальные состояния»). Наблюдаются резкие изменения и колебания выраженности симптоматики, хаотичные, нецеленаправленные, импульсивные поступки. У части больных поведение носит характер «бегства от преследователей» (больные внезапно выпрыгивают из общественного транспорта, из окна, пытаются вооружиться, проявляют не направленную на определенных лиц агрессию к окружающим, освобождая себе «путь к спасению»). Преобладание страха, растерянности, разнообразных и изменчивых бредовых идей и меняю-

щихся по содержанию галлюцинаций обуславливают быструю смену направленности опасных действий – опасность для окружающих внезапно сменяется опасностью для себя и наоборот. **Фактически в связи с непредсказуемостью поведения состояние этих больных может быть расценено как опасное для себя и окружающих одновременно.**

Квалификация лиц с выраженными психическими расстройствами как опасных для окружающих обусловлена возможностью реализации их бредовых замыслов, содержания галлюцинаторных расстройств, а также импульсивными агрессивными действиями, расторможенностью влечений. Сюда относятся больные с более или менее систематизированной бредовой фабулой или стойкой галлюцинаторной продукцией. Бредовая фабула часто имеет такие признаки, как относительное постоянство и конкретность смыслового содержания, направленность на определенных лиц, а обманы восприятия представлены галлюцинаторными «голосами». В период обострения бредовая активность возрастает, аффективная насыщенность бреда достигает высокой степени, отмечается переход к этапу «бредовой атаки», иногда с попытками реализовать довольно сложную, тщательно спланированную акцию расправы, «бредовой мести». В некоторых случаях больные вооружаются, устраивают засады, часто оказывают сопротивление при госпитализации. Опасность для конкретных лиц окружения больного может возникать при обострении систематизированного бреда преследования, ревности или иного содержания, когда бредовые высказывания начинают сопровождаться угрозами в адрес этих лиц или нередко нарастающими по степени агрессивности действиями. Все эти состояния на высоте обострения зачастую способны создать криминогенную ситуацию. У части больных опасность для окружающих может быть связана с импульсивными агрессивными действиями при наличии кататонических расстройств, когда не удается выявить конкретного бредового содержания. Наконец, опасность для окружающих может быть обусловлена расторможенностью влечений (например, агрессивно-садистские действия или сексуальная агрессивность к окружающим), а также психопатоподобными расстройствами с асоциальными тенденциями у больных с выраженным психическим дефектом.

Наконец, лица, страдающие психическими расстройствами, квалифицируются как опасные для себя в связи с выявлением у них аутоагрессивного поведения, представляющего опасность для их жизни или серьезную угрозу для здоровья, в связи с наличием суицидальных попыток или активными тенденциями, намерениями такого рода. Наряду с очевидными признаками опасности, когда эти лица уже совершали суицидальные попытки или заявляют, что покончат с собой, опасность для себя может быть констатирована при подобных косвенных высказываниях или без них, в частности, при тоскливой или тревожной депрессии, депрессии с идеями самообвинения, при депрессивно-ажитированном возбуждении, а также при наличии особенностей в поведении, косвенно указывающих на суицидальные цели (например, при упорном отказе от приема пищи, хотя больные могут стараться маскировать или отрицать такие намерения);

б) критерий беспомощности, то есть неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, применим к лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами в виде психотических проявлений или глубоких личностных изменений, врожденного или приобретенного слабоумия, которые обуславливают отсутствие или утрату бытовых и социальных навыков: невозможность элементарного самообслуживания, обеспечения себя пищей, одеждой и пр. Такие больные расцениваются как представляющие «пассивную опасность» для себя, то есть причиняющие себе ущерб не путем активных действий – самоубийства или членовредительства, а в результате **пренебрежения заботой о своих интересах.** Вопрос о необходимости их госпитализации возникает нередко в связи с потерей или временным отсутствием ухаживающих за ними родных или опекунов (смерть, болезнь или вынужденный срочный отъезд). В этих случаях, оставаясь без надзора, они начинают бродяжничать, голодают, нередко оказываясь в ситуации, которая представляет угрозу для жизни;

в) критерий причинения существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, применяется также к больным с тяжелыми психическими расстройствами. Речь идет о состояниях, характеризующихся опреде-

ленной остротой (обострения, приступы заболевания), симптоматика при которых не обуславливает, однако, непосредственной опасности для себя и окружающих, хотя необходимость лечения таких больных в условиях стационара представляется очевидной. Сюда относятся, например, больные с маниакальными состояниями – явлениями психомоторного возбуждения, переоценкой своих возможностей, в том числе профессиональных, бессмысленной тратой крупных сумм денег, манкированием своими служебными и другими обязанностями, сексуальной расторможенностью, что вызывает на момент приступа (фазы) значительные семейные, материальные, производственные осложнения, компрометирует больных в глазах окружающих, сослуживцев, родных и в последующем сказывается на уровне социально-трудовой адаптации этих пациентов. Закон концентрирует внимание на последствиях оставления таких лиц без психиатрической помощи в плане ухудшения их психического состояния.

Очевидно, что при достижении определенной тяжести описанного психического расстройства (психотический уровень) оставление больного без психиатрической помощи, если он отказывается от лечения, может вести к прогрессированию обострения или приступа, что означает существенный вред его здоровью.

Оставление всех указанных выше лиц с тяжелыми психическими расстройствами без психиатрической помощи сопровождается затягиванием, хронизацией состояния, прогрессированием болезни, что квалифицируется в данной статье Закона как существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния.

4. Следует указать, что **Закон не выделяет ни один из приведенных в данной статье трех критериев в качестве главного; они в равной степени могут служить основанием для госпитализации в недобровольном порядке.** Это необходимо особенно подчеркнуть в связи с тем, что некоторые врачи-психиатры (а также некоторые судьи) в основном ориентируются на критерий непосредственной опасности для себя или окружающих как наиболее доказательный и очевидный. Такая практика грубо искажает содержание Закона, оставляя пациентов, психическое состояние которых соответствует критериям «б» и «в», вне возможности получить психиатриче-

скую помощь. Практика показывает, что таких пациентов среди населения становится все больше и что сами они и их близкие страдают из-за невозможности добиться своевременного лечения. **Неприменение критериев «б» и «в» в тех случаях, когда психическое состояние пациентов соответствует этим критериям, и отказ вследствие этого от решения о госпитализации в недобровольном порядке – такое же нарушение закона,** как недобровольная госпитализация без указанных в Законе оснований, поскольку нарушаются гражданские права пациентов на получение медицинской помощи. **Это нарушение может быть обжаловано (согласно ст.47 настоящего Закона) в судебном порядке, в вышестоящий орган или прокуратуру.**

5. В случае когда пациент по психическому состоянию не может выразить свое отношение к госпитализации (то есть обратиться с просьбой или дать согласие на это), госпитализация должна оформляться как недобровольная. Речь идет либо о состояниях измененного сознания (сумеречное состояние, делирий, онероид), острых психозах с выраженной растерянностью или крайней загруженностью психотическими переживаниями, нередко дезорганизацией поведения, либо подострых, затяжных психотических состояниях с близкими к этим чертами, либо, наконец, о состояниях выраженного слабоумия, когда личностное отношение к факту госпитализации практически установить невозможно, но при этом легко можно склонить больного к подписи под документом о согласии. Практически каждое из этих состояний соответствует одному из трех критериев недобровольной госпитализации, но на практике эти пациенты нередко оформляются как поступившие в стационар добровольно, хотя их помещение в больницу нуждается в правовом контроле. Нарушением закона является также помещение в стационар части из этих пациентов (особенно больных с алкогольным делирием) без осуществления полагающейся правовой процедуры при недобровольной госпитализации в расчете на относительно кратковременный характер такого состояния, на то, что при выходе из него через четыре-шесть дней пациент задним числом подпишет документ о согласии на пребывание в стационаре.

6. Поскольку обоснованность госпитализации в дальнейшем рассматривается судьей, **заключение врача о недобро-**

вольной госпитализации должно носить доказательный характер, то есть помимо диагноза описание состояния должно содержать изложение конкретных фактов об имевших место действиях, высказываниях, особенностях поведения лица, страдающего психическим расстройством, на основании которых принято решение о необходимости недобровольной госпитализации. Иными словами, каждый врач-психиатр, принимающий решение о недобровольной госпитализации, должен составить предметное доказательное описание, из которого с достаточной степенью определенности можно было бы заключить, что оно соответствует одному из трех критериев, приведенных в данной статье и являющихся основанием для недобровольной госпитализации. В развернутом описании психического статуса должно быть указано, какому из критериев («а», «б» или «в») оно соответствует, а также то, что госпитализация недобровольная. Врач скорой психиатрической помощи, диспансера или психиатрического кабинета делает такую запись в «Направлении на госпитализацию», врач приемного отделения больницы – в истории болезни, комиссия врачей-психиатров (в соответствии со ст.32 Закона) – в заключении, которое также записывается в историю болезни.

7. Соответствие психического состояния пациента критериям недобровольной госпитализации на практике определяется чаще всего либо врачом психоневрологического диспансера (кабинета), либо врачом скорой психиатрической помощи, а после транспортировки больного в психиатрический стационар – врачом-психиатром приемного отделения. В течение 48 часов пребывания в стационаре пациент должен быть освидетельствован комиссией врачей-психиатров, которая принимает решение об обоснованности госпитализации (ст.32 настоящего Закона). **Недобровольная госпитализация начинается с момента принятия врачом-психиатром решения о помещении пациента в больницу независимо от его желания, поскольку с этого момента могут быть в случае необходимости приняты меры принуждения, сдерживания, фиксации.** Доставленный таким образом в психиатрический стационар пациент вновь осматривается врачом-психиатром в приемном отделении, в том числе на предмет соответствия его психического состояния критериям недобровольной госпитализации. Так как каждый врач-психиатр независим в своих

решениях, он может не согласиться с решением врача скорой психиатрической помощи или диспансера; в таком случае пациент (не давший согласия на госпитализацию) может быть отпущен из приемного покоя. То же самое относится к решению комиссии врачей-психиатров, которая может подтвердить или не подтвердить обоснованность оценки состояния пациента; ее задача – исключить вероятность неправильного решения. Следует иметь в виду, что за временной промежуток между осмотрами состояние пациента может измениться или он может изменить свое отношение к госпитализации и дать согласие на лечение в стационаре. Вместе с тем в части случаев несоответствие решения врачей может быть связано с трудностями оценки психического состояния пациента, особенно в условиях его осмотра врачом скорой психиатрической помощи, стоящим перед необходимостью более оперативного принятия решения. Закон учитывает возможность ошибки (важно, однако, чтобы решение врача было мотивировано описанием психического состояния пациента), предусматривая последующий контроль правильности решения с помощью освидетельствования комиссией врачей-психиатров.

Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке

(1) Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

(2) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Комментарий к ст.32

1. Поскольку недобровольная госпитализация связана в большей части случаев с необходимостью оказания экстрен-

ной психиатрической помощи, на пути помещения пациента в больницу не должно быть каких-либо препятствий, в том числе и в форме юридических процедур, которые могли бы затянуть процесс госпитализации, что, в свою очередь, чревато нежелательными последствиями. Основанием для недобровольной госпитализации до решения суда является только врачебное заключение. Поэтому такому заключению придается столь важное значение.

2. Обычно до помещения в стационар пациент осматривается врачами дважды. Первый раз – во время амбулаторного приема в диспансере либо на дому или в любом другом месте, куда вызывается скорая психиатрическая помощь. Второй раз – врачом приемного отделения, когда больной уже доставлен в больницу. Возможен, однако, и вариант неотложной госпитализации, когда больной осматривается до помещения в стационар одним врачом-психиатром, например, если пациент сам является в больницу, но оставаться в ней отказывается, или он был доставлен туда родственниками, сослуживцами, другими лицами, а врач приемного отделения, освидетельствовав больного, принимает решение о недобровольной госпитализации.

3. Необходимо указать, что решение врача, направившего пациента в стационар, о недобровольной госпитализации не является обязательным для врача-психиатра приемного покоя. Это вытекает из ст.21 настоящего Закона, в которой устанавливается **независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи** – в своих решениях он руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

Если психиатр приемного отделения, освидетельствовав пациента, направленного в недобровольном порядке другим врачом для помещения в стационар, не найдет достаточных оснований для госпитализации, он может с учетом мнения этого врача решить вопрос о стационарировании отрицательно, отпустив пациента непосредственно из приемного покоя. Таким образом, еще на пути к стационару имеется возможность серьезной врачебной оценки состояния больного.

4. В ч.1 настоящей статьи Закон предусматривает, кроме того, обязательное освидетельствование в течение 48 часов поступившего в стационар пациента комиссией врачей-психи-

атров медицинского учреждения, в которое он помещен. Комиссия принимает решение об обоснованности госпитализации. Согласно ч.2 ст.5 настоящего Закона по требованию пациента для участия в этой комиссии (как и в других комиссионных освидетельствованиях) может быть приглашен любой специалист (врач-психиатр, психолог), участвующий в оказании психиатрической помощи. Кроме того, если мнение любого из врачей-психиатров не совпадает с мнением комиссии, он вправе дать свое заключение, которое приобщается к заключению комиссии. Все это обеспечивает объективность и независимый характер врачебного освидетельствования.

5. Необходимо подчеркнуть, что согласно данной статье Закона **комиссия врачей-психиатров проводит освидетельствование пациента в течение 48 часов с момента его помещения в стационар.** Закон не предусматривает каких-либо отступлений от этого срока, в частности в связи с выходными и праздничными днями, когда проведение освидетельствования может быть сопряжено с организационными трудностями. Отчасти это компенсируется продолжительностью срока – двое суток, в отличие от законов некоторых стран, в которых срок освидетельствования составляет 24 часа.

6. Комиссия врачей-психиатров выносит **мотивированное заключение об обоснованности госпитализации.** Заключение должно содержать описание психического состояния пациента, достаточно убедительное для суда, в который оно направляется. Судья при необходимости продлевает срок пребывания лица в психиатрическом стационаре до пяти дней для рассмотрения заявления о недобровольной госпитализации.

7. Комиссия врачей-психиатров в своем заключении ассимилирует все имеющиеся к моменту освидетельствования сведения о пациенте: данные врачебного осмотра по месту вызова скорой помощи, на дому или в стационаре, в приемном покое больницы и, наконец, непосредственно в стационаре. Учет данных о динамике психопатологических расстройств оказывается полезным, а иногда и совершенно необходимым, когда, например, речь идет о развертывании психоза. Учет динамики состояния необходим и в тех случаях, когда в момент госпитализации и в первые сутки пребывания в стационаре для лечения применяются психотропные средства. Они могут внести существенные изменения в клиническую картину. В

этих случаях нередко только динамическая оценка позволяет составить правильное представление о нестойкости возникших изменений в психическом состоянии пациента и о возможности резкого обострения расстройства, если пациент не будет оставлен в стационаре в недобровольном порядке и, будучи выписан, прекратит лечение. Из приведенного описания психического состояния пациента должно быть очевидно его соответствие хотя бы одному из критериев недобровольной госпитализации. Заключение комиссии помимо описания состояния и диагноза должно содержать указание, какому или каким из приведенных в ст.29 настоящего Закона критериям состояние больного соответствует, что, собственно, и является основанием для недобровольной госпитализации.

8. Закон обращает внимание и на **возможность отрицательного решения комиссии врачей-психиатров**. Указывается, что если госпитализация в недобровольном порядке признается необоснованной, а пациент не желает оставаться в стационаре, он должен быть немедленно выписан, даже несмотря на наличие показаний для добровольного стационарного лечения. И наоборот, если госпитализация признается обоснованной, то сделанное комиссией заключение и другие имеющиеся материалы (заявления родственников или других лиц в диспансер, медицинские справки и выписки, данные врачебных осмотров на дому, в диспансере и др.) вместе с заключением медицинского учреждения, в которое помещен больной, не позднее чем через 24 часа после проведения комиссии должны быть переданы в суд для решения им вопроса об обоснованности дальнейшего пребывания пациента с стационаре.

9. Помещение пациента в стационар на основании врачебного заключения и его содержание в больнице до решения суда можно рассматривать как специфический вид лишения свободы, в связи с чем эта мера, несомненно, нуждается в строгом правовом контроле и регламентации во времени.

Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотрен-

ренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

(2) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Комментарий к ст.33

1. Госпитализация лица в недобровольном порядке в психиатрический стационар по сути дела означает ограничение его права на свободу и личную неприкосновенность. Это право Конституция Российской Федерации (ст.17 Конституции РФ) рассматривает как неотчуждаемое и принадлежащее каждому по рождению. Статья 22 Конституции РФ подчеркивает право каждого на свободу и личную неприкосновенность и устанавливает правило, согласно которому до судебного решения лицо не может быть подвергнуто задержанию на срок более 48 часов. Одновременно в ст.46 Конституции РФ указано, что каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод. И, наконец, в ст.35 Конституции РФ подчеркивается, что права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц.

Нормы ст.33 комментируемого Закона соответствуют требованиям Конституции РФ, поскольку они предусматривают именно судебный контроль за действиями врачей психиатрического лечебного учреждения, принявшими решение о недобровольной (что означает принуждение) госпитализации лица, страдающего психическим расстройством.

Сама процедура недобровольной госпитализации соответствует и нормам международного права, в частности, по-

ложениям, сформулированным в ст.9 Международного пакта о гражданских и политических правах и в ст.5 Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод. Так, в ст.9 записано: «Никто не должен быть лишен свободы иначе, как на таких основаниях и в соответствии с такой процедурой, которые установлены законом».

В ст.29 комментируемого Закона обстоятельно излагаются основания для госпитализации лица в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до принятия судьей постановления, санкционирующего такую госпитализацию. При этом уже при решении врачами (например, скорой помощи, а затем психиатрического стационара) вопроса о недобровольной госпитализации лица, кроме его законного представителя, возможно участие иного представителя интересов данного лица (например, адвоката) в целях фиксации действий принудительного характера. В то же время в соответствии с ч.3 ст.30 Закона сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации

2. Статья 33 в ч.2 определяет территориальную подведомственность дел, связанных с дачей судьей санкции на недобровольное помещение лица в психиатрическое учреждение.

Вопрос о госпитализации лица в недобровольном порядке решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения. Это создает дополнительную гарантию прав лица, подвергнутого такой госпитализации. Судья вправе рассмотреть заявление непосредственно в помещении стационара и убедиться в правомерности вывода врачей-психиатров о необходимости такой госпитализации. Создаются также условия для своевременного, в крайне сжатый срок, рассмотрения заявления и принятия решения по существу дела.

Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар подается в суд представителем учреждения, в котором находится госпитализированное лицо. Следует отметить, что в Законе речь идет только о психиатрическом стационаре.

В любом случае администрация психиатрического стационара обязана в установленный срок обратиться в суд за санкцией на недобровольную госпитализацию. Вопрос о том, кто должен непосредственно оформлять заявление в суд по месту нахождения стационара, Закон решает в общей форме,

указывая на представителя психиатрического учреждения, в котором находится лицо. Речь идет прежде всего о руководителе (его заместителе) психиатрического стационара, то есть о главном враче или его заместителе. Вместе с тем не исключена возможность подачи заявления в суд заведующим отделением, если это будет поручено ему по указанию руководителя психиатрического учреждения.

В соответствии со ст.33 в заявлении должны быть указаны предусмотренные Законом основания для госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Особо следует подчеркнуть, что к заявлению в суд должно быть приложено заключение комиссии врачей-психиатров данного психиатрического стационара, которое должно содержать обстоятельный анализ состояния больного и обоснование необходимости дальнейшего пребывания больного в стационаре, то есть продления срока его недобровольной госпитализации помимо того времени, которое госпитализированное лицо в нем провело до судебного решения.

Кроме того, в суд могут быть представлены другие доказательства, дополнительно свидетельствующие о необходимости такой госпитализации (выписки из истории болезни, если лицо ранее находилось под наблюдением того или иного лечебного учреждения или врача, документы, имеющиеся в распоряжении милиции и других правоохранительных органов, свидетельствующие о неадекватном поведении данного лица и т.п.).

3. Форма заявления в суд и реквизиты заявления Законом не определены. В связи с этим Министерство здравоохранения РФ с учетом требований ст.33 Закона разработало **рекомендации о содержании этого документа.** В заявлении в районный (городской) суд необходимо сообщать сведения, касающиеся личности данного лица, места его проживания (пребывания); сведения о том, кем, когда и куда направлено это лицо на госпитализацию после личного осмотра; обоснование необходимости такой госпитализации. Кроме того, в заявлении должно быть указано, от кого поступили первичные сведения о неадекватном поведении данного лица. Заявление также должно содержать сведения о времени осмотра лица врачом-психиатром в стационаре, подтвердившем вывод о необходимости госпитализации, о времени освидетельствования больного комиссией врачей-психиатров, составе этой комис-

сии, об участии в этой комиссии врача-психиатра, приглашенного по просьбе госпитализированного лица, если такая просьба имела место, и о выводах комиссии по поводу необходимости госпитализации данного лица в недобровольном порядке (Указания Минздрава РФ от 22 января 1993 г. №14-У).

4. Комментируемая статья (в ч.3) определяет действия судьи в случае получения упомянутого выше заявления о госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Судья обязан принять такое заявление, но он вправе исследовать все представленные документы и в случае отсутствия главного из них – заключения комиссии врачей-психиатров того стационара, где находится лицо, отказать в санкции на недобровольную госпитализацию. В связи с этим и возникает требование тщательного оформления всех документов, прилагаемых к заявлению, направляемому в суд.

Закон обязывает одновременно с принятием заявления дать санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения дела в суде. Заметим, что ст. 34 данного Закона определяет предельный срок такого рассмотрения – пять дней с момента принятия.

Введение судебного контроля за законностью и обоснованностью помещения гражданина в психиатрический стационар против его воли свидетельствует о реальном расширении гарантий прав личности. В связи с этим заметим, что дача судьей санкции на недобровольную госпитализацию не лишает гражданина, помещенного в стационар, его представителя или защитника права обратиться с жалобой на постановление судьи в вышестоящий суд, а также обжаловать действия врачей-психиатров и иных медицинских работников при оказании психиатрической помощи в порядке, предусмотренном ст. 48 Закона.

Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.

(2) Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении.

(3) Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Комментарий к ст.34

1. В целях защиты прав лица, помещенного в недобровольном порядке в психиатрический стационар, Закон допускает рассмотрение заявления как в помещении суда, так и в помещении психиатрического учреждения. Тем самым создаются предпосылки для выбора судьей места рассмотрения дела с учетом конкретных обстоятельств (состояния здоровья лица, в отношении которого подано заявление, при возникновении необходимости – участия в рассмотрении дела всех членов комиссии врачей-психиатров, подписавших заключение, и т.п.).

2. Вместе с тем следует учитывать требование части второй комментируемой статьи о необходимости личного участия госпитализированного лица в судебном рассмотрении вопроса о его недобровольной госпитализации. В связи с этим Закон обязывает судью обеспечить рассмотрение дела в помещении психиатрического учреждения, если психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда. Практика рассмотрения судьями дел этой категории показывает, что чаще всего проводится их рассмотрение именно в психиатрическом учреждении. Нельзя при этом не учитывать, что и для судьи более убедительными будут документально оформленные доказательства необходимости госпитализации, если он будет иметь возможность лично увидеть данное лицо и составить собственное мнение.

3. В комментируемой статье (ч.3) называются **обязательные участники рассмотрения заявления в суде**. В соответствии с Федеральным законом РФ от 17 ноября 1995 г. «О прокуратуре Российской Федерации» на прокуратуру возло-

жен надзор за соблюдением прав и свобод человека и гражданина. Предметом этого надзора, согласно ст.26 указанного Закона, являются соблюдение прав и свобод человека и гражданина органами государственной власти, органами местного самоуправления, соответствующими должностными лицами, руководителями и органами управления любых коммерческих и некоммерческих организаций. Следовательно, действия администрации психиатрического учреждения по отношению в его пациентам являются предметом прокурорского надзора и реагирования прокурора на нарушения закона. Вместе с тем в соответствии с ч.1 ст.35 указанного Закона прокурор участвует в рассмотрении дел судами в случаях, предусмотренных процессуальным законодательством и другими федеральными законами. Применительно к требованию, содержащемуся в части третьей комментируемой статьи, здесь имеет место именно участие прокурора в судебном процессе на основании Федерального закона, каким является Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Кроме того, в соответствии с ч.3 ст.35 ФЗ «О прокуратуре Российской Федерации» прокурор на основании процессуального законодательства РФ вправе обратиться в суд с заявлением или вступить в дело в любой стадии процесса, если этого требует защита прав граждан и охраняемых законом интересов общества и государства. Полномочия прокурора в процессе определяются нормами ГПК РФ с теми изъятиями, которые установлены комментируемым Законом.

4. В рассмотрении судьей заявления о недобровольной госпитализации **обязательно участие представителя психиатрического учреждения, от имени которого подано данное заявление.** Причем по логике вещей отсутствие такого представителя, надлежаще оповещенного о дне и месте рассмотрения заявления, без уважительных причин, может повлечь отказ судьи в удовлетворении заявления и тем самым прекращение госпитализации лица против его воли или против воли его законного представителя.

Представитель психиатрического учреждения также имеет право знакомиться со всеми материалами (например, поступившими от представителя госпитализированного лица), предъявлять дополнительные доказательства, давать объяснения и т.п. Представитель лица, о правомерности недоброволь-

ной госпитализации которого решается вопрос, в обязательном порядке должен присутствовать при рассмотрении заявления.

ГПК РФ определяет перечень лиц, которые могут быть представителями в суде. Это адвокат, лица, уполномоченные организаций, которым законом, уставом или положением предоставлено право защищать права и интересы других лиц, и некоторые другие лица. Если исходить из смысла ст.45 Конституции РФ, то следует рассматривать в качестве представителя любое дееспособное лицо, которому доверитель поручил защиту своих интересов. Именно по этому пути и пошел законодатель при решении этого вопроса в комментируемом Законе. В ст.7 Закона подчеркивается, что гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством. При рассмотрении судьей заявления представитель госпитализированного в недобровольном порядке лица пользуется такими же правами, как и представитель психиатрического учреждения.

Представителями интересов лиц, не достигших 15-летнего возраста, а также признанных в установленном порядке недееспособными, выступают их законные представители.

5. Процедура рассмотрения заявления Законом не установлена. На наш взгляд, она должна определяться судьей с учетом конкретной ситуации и создавать наиболее благоприятные условия для объективного и всестороннего рассмотрения представленных доказательств, возражений лица либо его представителя. При этом **обязанность доказать основания (имея в виду требования ст.29 Закона) осуществления госпитализации лица в недобровольном порядке лежит на заявителе**, то есть на психиатрическом стационаре в лице его представителя.

Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом РФ.

Комментарий к ст.35

1. В ч.1 данной статьи содержится правило, довольно жестко определяющее возможные варианты постановлений, принимаемых судьей по результатам рассмотрения заявления о госпитализации в недобровольном порядке. Рассмотрение заявления нельзя отложить, а в случае недостаточности доказательственной базы заявление подлежит отклонению. Постановление судьи, по сути дела, является судебным решением. Поэтому к нему применимы общие требования ГПК РФ.

Постановление судьи о приеме к производству заявления о госпитализации в недобровольном порядке и даче санкции на временное пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде, после его принятия направляется представителю психиатрического учреждения, подавшего заявление.

В судебное заседание вызываются прокурор, представитель психиатрического учреждения, представитель лица, о госпитализации которого заявлено ходатайство, а также представитель организации, которой предоставлено право защищать граждан, по его просьбе. Администрация психиатрического учреждения обеспечивает явку лица, которое госпитализировано. Копии вынесенного постановления по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке направляются лицам, участвовавшим в заседании, которым в соответствии со ст.35 Закона предоставлено право обжалования (принесения протеста).

После вступления постановления в законную силу его копия направляется для исполнения руководителю психиатрического учреждения. При отказе в удовлетворении заявления постановление считается исполненным по поступлении сооб-

щения о выписке лица, о котором вынесено постановление, из стационара.

2. Постановление судьи об удовлетворении заявления является законным основанием для дальнейшего содержания лица в психиатрическом учреждении в течение необходимого срока. При этом следует учитывать правила ст.36 Закона о продлении госпитализации в недобровольном порядке, имея в виду, что пребывание лица в стационаре продолжается только в течение времени сохранения оснований, предусмотренных ст.29 Закона. Кроме того, продолжается в известной мере и судебный контроль за недобровольной госпитализацией, поскольку по истечении шести месяцев с момента помещения лица в стационар для продления госпитализации вновь надо получить судебную санкцию.

3. Законом (ч.3 комментируемой статьи) предусмотрена **возможность обжалования постановления, принятого судьей по заявлению о недобровольной госпитализации, всеми лицами, участвующими в рассмотрении заявления.** Речь идет о праве госпитализированного лица либо его представителя, а также руководителя психиатрического учреждения и других лиц, участвующих в рассмотрении дела, обжаловать постановление судьи в течение десяти дней. Правом принесения протеста на постановление обладает и прокурор.

Специфика рассмотрения такой категории дел, в свою очередь, обуславливает, в качестве исключения из общего правила, необходимость определить в Законе, что **подача жалобы или протеста не приостанавливает исполнения вынесенного судьей постановления об удовлетворении заявления психиатрического учреждения и не является поэтому основанием для прекращения пребывания в стационаре лица, госпитализированного в недобровольном порядке.**

Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке

(1) Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

(2) Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не

реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(3) По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33-35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Комментарий к ст.36

1. В ч.1 комментируемой статьи предусматривается, что продолжительность пребывания в психиатрическом стационаре лица, помещенного в него в недобровольном порядке, определяется временем, в течение которого сохраняются основания, по которым была проведена госпитализация. Это означает, во-первых, что госпитализация в недобровольном порядке продолжается в течение всего времени, пока пациент по своему психическому состоянию соответствует хотя бы одному из критериев, указанных в ст.29 настоящего Закона, и, во-вторых, что, когда в результате лечения или изменений в течении болезни возникает улучшение психического состояния и пациент перестает соответствовать указанным критериям, врач своим решением обязан перевести его на режим добровольного пребывания в стационаре. В истории болезни лечащим врачом делается об этом соответствующая запись с описанием таких изменений. В дальнейшем пациент остается в больнице, если он еще нуждается в продолжении стационарного лечения и не возражает против пребывания в стационаре. Однако теперь он должен быть выписан, если на этом настаивает.

Сказанное важно, поскольку одним их частых нарушений является ситуация, когда поступивший в стационар пациент остается на недобровольном режиме вплоть до выписки, хотя

его состояние перестало соответствовать критериям задолго до освидетельствования на предмет обоснованности этого очередной комиссией врачей-психиатров. Длительность пребывания в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке – один из показателей реализации Закона, следования не только его букве, но и духу.

2. В тех случаях, когда в связи с психическим состоянием пациента основания для недобровольной госпитализации остаются в течение длительного времени, необходимость дальнейшего пребывания пациента в стационаре в соответствии с ч.2 настоящей статьи контролируется комиссией врачей-психиатров данного медицинского учреждения. **В течение шести месяцев с момента помещения в больницу не реже одного раза в месяц комиссия проводит освидетельствование пациента, о чем делается обоснованная запись в истории болезни.** Примененная в статье формулировка: «... не реже одного раза в месяц» означает, что такое освидетельствование может быть проведено и раньше месячного срока, если возникнут обстоятельства, в связи с которыми это станет необходимым (например, в спорных случаях по просьбе пациента или его представителя; в связи с улучшением психического состояния, когда врач самостоятельно не готов принять такое решение).

Если госпитализация длится **шесть месяцев и при этом сохраняются основания для ее продолжения в недобровольном порядке, комиссия врачей-психиатров проводит в дальнейшем освидетельствования не реже, чем через каждые шесть месяцев.** Это обусловлено тем, что в данном случае речь идет о затяжном или хроническом течении болезни, когда госпитализация может продолжаться свыше года, а нередко и значительно больше. На этом этапе комиссионные освидетельствования с интервалом в один месяц становятся излишне частыми, они могут проводиться, как это и предусмотрено Законом, с интервалом до полугода.

3. Поскольку лицо, страдавшее на момент помещения в стационар выраженным психическим расстройством, может оказаться в положении лишенного свободы, если его необоснованно – несмотря на улучшение психического состояния – продолжают задерживать в больнице, Закон предусматривает (ч.3 настоящей статьи) судебный контроль за длительностью

содержания пациента в стационаре вопреки его воле. Первый раз по истечении шести месяцев и в дальнейшем ежегодно мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления недобровольной госпитализации направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения.

Процедура вынесения судьей постановления о продлении недобровольной госпитализации аналогична той, которая применяется в начале помещения больного в стационар в недобровольном порядке (ст.ст.33-35 настоящего Закона). Судья рассматривает заявление представителя психиатрического учреждения, в котором находится больной, в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда или непосредственно в психиатрическом учреждении. Рассмотрение заявления производится в психиатрическом учреждении, если по полученным от него сведениям больной по своему состоянию не может участвовать в рассмотрении вопроса в помещении суда. Предусматривается обязательное участие в рассмотрении заявления, помимо представителя больницы, прокурора, а также представителя лица, в отношении которого решается вопрос о продлении госпитализации в недобровольном порядке.

Постановление судьи о продлении недобровольной госпитализации, как и при недобровольном помещении в стационар, в течение десяти дней может быть обжаловано каждой из сторон, участвующих в рассмотрении заявления, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан.

4. Постановление судьи о продлении недобровольной госпитализации подшивается в историю болезни. Отказ судьи в продлении недобровольной госпитализации является основанием для выписки пациента или для перевода его, если он дает согласие, на режим добровольного пребывания в стационаре.

Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательст-

вом Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

(2) Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;

приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Комментарий к ст.5

1. Комментируемая статья в целом направлена на защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, от ущемления прав и свобод человека и гражданина. Статья носит антидискриминационный характер и в этом смысле запрещает любое отличие, исключение или предпочтение, вследствие чего лица с психическими расстройствами могли бы быть поставлены в неравное положение с другими гражданами, а их права и свободы отменены или ограничены. При этом специальные меры, предпринимаемые органами государственной власти как федерального уровня, так и в субъектах Российской Федерации для защиты прав лиц с психическими расстройствами или улучшения их положения в обществе, не рассматриваются как направленные на дискриминацию этой группы населения.

2. Каждая часть комментируемой статьи имеет собственную цель. Часть 1 подтверждает конституционные права и свободы лиц с психическими расстройствами как граждан России, а также устанавливает единственно возможный порядок их ограничения – в федеральных законах. Часть 2 направлена на защиту лиц, страдающих психическими расстройствами, от плохого обращения с ними и ущемления их прав при оказании психиатрической помощи и в этом смысле содержит их дополнительные по сравнению с другими гражданами России права. Часть 3 запрещает использовать диагноз психического расстройства и факты обращения за психиатрической помощью как основания для неоправданного ограничения прав лиц с психическими расстройствами.

3. В ч.1 комментируемой статьи подтверждается, что любое лицо, страдающее психическим расстройством, имеет право на осуществление всех гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав, закрепленных в Конституции РФ, конституциях (уставах) субъектов Российской Федерации, в федеральном законодательстве и в законодательстве, издаваемом в субъектах Федерации. В Конституции РФ правам и свободам человека и гражданина посвящена глава вторая (ст.ст.17-64). Права и свободы человека и гражданина в Российской Федерации признаются и гарантируются согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией РФ. Основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каж-

дому от рождения (ч. 2 ст. 17 Конституции РФ), потому наличие у лица психического расстройства не может лишить его этих прав и свобод. Под правами и свободами, зафиксированными в общепризнанных нормах международного права, понимаются прежде всего те, которые признаны во Всеобщей декларации прав человека, Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах, Международном пакте о гражданских и политических правах и в Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод, а также в других международно-правовых документах, касающихся прав человека.

Здесь же устанавливается, что ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных федеральными законами. Это правило полностью согласуется с положениями Конституции РФ, которая в ч.2 ст.55 не допускает издания в России законов, отменяющих или умаляющих права и свободы человека и гражданина, но в ч.3 той же статьи разрешает ограничение таких прав и свобод.

Права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой этой необходимо в целях защиты конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства. Ограничения прав и свобод граждан есть в любом демократическом обществе, их случаи и порядок таких ограничений устанавливаются законодательством. В Российской Федерации возможность ограничить права и свободы человека и гражданина разрешается только законами, принятыми на федеральном уровне. Субъекты Российской Федерации в своих законах и иных правовых актах не вправе устанавливать ограничения прав и свобод граждан, как не вправе делать это и Президент РФ, Правительство РФ и федеральные органы исполнительной власти.

4. В федеральных законах России для ограничения прав и свобод граждан, связанных с психическим расстройством, используются несколько способов. Во-первых, такое ограничение прав и свобод гражданина может быть связано с признанием его недееспособности. Возможность признания гражданина, который вследствие психического расстройства не мо-

жет понимать значения своих действий или руководить ими, недееспособным предусмотрена в ГК РФ. Право принимать такие решения предоставлено только суду, а порядок их принятия регулируется ГПК РФ.

Вторым способом, используемым в российских законах для ограничения прав лиц с психическими расстройствами, является установление правоограничений с общей ссылкой на наличие у лица заболевания или расстройства психики как основание для этого с последующей конкретизацией в правовых актах Правительства РФ. Федеральный закон «Об оружии» от 13 декабря 1996 г.¹ устанавливает, что для получения лицензии на владение оружием граждане РФ обязаны представить в орган внутренних дел по месту жительства медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к владению оружием, связанных в том числе и с психическим заболеванием. Лицам, не представившим такого заключения, лицензия не выдается. Правительству РФ поручается определить перечень заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием (ст.13).

Сходным образом установлены и ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, в связи с наличием у гражданина психического расстройства, что вытекает из ст. 6 настоящего Закона. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний, в котором раскрывается, какие расстройства дают возможность применить подобные ограничения, утвержден Правительством РФ.

5. Право на уважительное и гуманное отношение к человеку, исключающее унижение его достоинства, по своей значимости, безусловно, является приоритетным. Международно-правовые документы, в частности Международный пакт о гражданских и политических правах (ст.7), запрещают бесчеловечное или унижающее достоинство обращение с людьми. В Российской Федерации достоинство личности охраняется государством (ст.21 Конституции РФ). Случаи негуманного обращения с психически больными встречаются, однако, во многих странах и нередко проистекают из недостатка матери-

¹ Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – №51. – Ст.5681.

альных средств, необходимых для создания пациентам психиатрических учреждений человеческих условий существования. Уважительное и гуманное отношение к пациентам не исчерпывается только внешними условиями их пребывания в психиатрическом учреждении, но обеспечивается главным образом врачами и иным медицинским персоналом, их обращением с больными.

6. Право на информацию о психическом расстройстве и применяемых методах лечения также является одним из важнейших прав лиц с психическими расстройствами, позволяющим им самостоятельно или вместе с их родными принимать решения о своем лечении.

Согласие на лечение (ст.11 настоящего Закона) не может быть дано без предварительного получения пациентом соответствующей информации, которая важна не только для добровольного применения того или иного медицинского препарата или метода, но и для добровольной госпитализации или обращения за консультативно-лечебной помощью.

Часть 2 комментируемой статьи не устанавливает ограничений права на информацию для недобровольных пациентов, поэтому такая информация должна предоставляться всем лицам с психическими расстройствами, которым оказывается психиатрическая помощь, как добровольно обратившимся, так и находящимся в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке или на принудительном лечении по решению суда (ст.13 Закона). В доступной форме и с учетом возраста, как требует Закон, соответствующая информация должна предоставляться и несовершеннолетним в возрасте до 15 лет.

Выбор доступной формы и учет психического состояния пациента при сообщении ему медицинской информации – вопрос врачебной этики и зависит от искусства врача. Врач должен оценить вероятность ухудшения психического состояния пациента вследствие сообщения ему информации, например, о диагнозе или других особенностях заболевания, но полностью отказать пациенту в медицинской информации врач не вправе.

7. Право на психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства, направлено на предупреждение разрыва социальных и семейных связей психически больного, а также на минимальное ограничение его свободы и служит дополнительным под-

креплением реализации принципа добровольности обращения за психиатрической помощью (ст.4 Закона).

При решении вопроса о выборе того или иного вида психиатрической помощи врач-психиатр должен исходить из того, что пациенту не следует предлагать госпитализацию, если есть возможность лечить его в амбулаторных или полустационарных условиях. Наименее ограничительные условия для содержания данного пациента должны выбираться и внутри стационара. Выбор вида психиатрической помощи и условий ее осуществления должен определяться необходимостью лечения данного больного и обеспечения безопасности его самого и окружающих.

Личная свобода любого человека, страдающего психическим расстройством, может быть ограничена лишь в минимальных пределах, обусловленных его психическим состоянием. Ему гарантируется право получать лечение вблизи своего места жительства. Естественно, такое право не всегда может быть обеспечено в отдаленных районах Сибири, Севера и Дальнего Востока, но к этому надо максимально стремиться.

8. Любое лицо, страдающее психическим расстройством, имеет право на все виды лечения, включая санаторно-курортное, по медицинским показаниям. При лечении лиц с психическими расстройствами должны действовать те же нормы и стандарты, что и при лечении больных с соматическими заболеваниями. Поэтому психиатрические лечебные учреждения должны иметь соответствующее оборудование, достаточное количество квалифицированного медицинского персонала и консультантов для обеспечения каждого пациента необходимыми видами медицинской помощи. Лица с психическими расстройствами имеют право обращаться в любое другое медицинское учреждение, оказывающее требующуюся им помощь. **Психическое заболевание само по себе не может быть препятствием для санаторно-курортного лечения, если оно необходимо пациенту по медицинским показаниям.**

9. Право на оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, непосредственно связано с правом на уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства. При этом антисанитарное состояние помещения, в котором содержится психически больной, может рассматривать-

ся как нарушение прав человека. Более того, если при оказании психиатрической помощи для пациентов будут созданы максимально комфортные условия, то возможности применения принципа добровольности (ст.4 настоящего Закона) будут существенно расширены.

10. Предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки также является одним из основополагающих прав человека, которым обеспечивается неприкосновенность частной жизни и уважение человеческого достоинства (ст.ст.21, 23 Конституции РФ).

Международный пакт о гражданских и политических правах (ст.7) и Конституция России (ч.2 ст.21) запрещают медицинские, научные или иные опыты без добровольного согласия человека. Статья 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан¹ не допускает проведения любого биомедицинского исследования, включая клинические испытания новых лекарственных средств и методов, без получения предварительного письменного согласия гражданина. Запрещается принуждение граждан к участию в биомедицинском исследовании, а при получении согласия на такое участие им должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин также имеет право отказаться от участия в исследовании на любой его стадии.

Эти требования закона, подкрепляющие комментируемое право лиц с психическими расстройствами, в полной мере на них распространяются. Кроме того, как и любой гражданин, лицо с психическим расстройством имеет также право отказаться и от фото-, видео- или киносъемки, и от использования в качестве объекта учебного процесса. Перед началом любого из перечисленных действий этим лицам должны быть даны объяснения их сути и целей, предоставлена иная значимая информация. Такие действия не могут проводиться без предварительного согласия лица, страдающего психическим расстройством.

¹ Ведомости Российской Федерации. – 1993. – №33. – Ст.1318.

11. Следующее право, которое принадлежит лицам с психическими расстройствами, очень важно для обеспечения с их стороны (и со стороны их родных, членов их семей или законных представителей) доверия к решениям врачей-психиатров. Приглашение по требованию лица с психическим расстройством любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, для участия в работе комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом, позволяет привлекать к комиссионным решениям специалистов, которым пациент доверяет. Таким специалистом не обязательно должен быть врач-психиатр, это может быть представитель другой специальности (медицинский психолог, педагог, имеющий опыт работы с психически больными, и др.). В данном случае он будет выступать в качестве члена комиссии, независимого от психиатрического учреждения, где лечится пригласивший его пациент. Представляется, что эта норма, в несколько иной формулировке уже содержащаяся в Положении об условиях и порядке оказания психиатрической помощи, в конечном счете направлена не только на обеспечение независимого мнения при принятии врачебных решений, но и на их большую обоснованность. Естественно, приглашаемый специалист должен дать свое согласие на участие в работе комиссии; вопросы оплаты его труда разрешаются по договоренности с пригласившим его лицом.

12. Право на помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом, тоже содержится в международно-правовых документах. Потребность в юридической помощи и особенно в юридическом представительстве для лиц с психическими расстройствами очень велика. Во-первых, пациенту может быть трудно вследствие его психического состояния самостоятельно отстаивать свои права. Во-вторых, госпитализированный пациент может испытывать подобные трудности из-за нахождения в психиатрической больнице, в изоляции. И, наконец, пациенту не всегда может быть предоставлена полная медицинская информация, значимая для принятия решений о лечении.

Для реализации психически больными своего права на представительство и помощь адвоката чрезвычайно важно, чтобы расходы за услуги взяло на себя государство, ибо большинство таких лиц вряд ли смогут оплачивать эти услуги. Для

того чтобы правовая помощь предоставлялась всем нуждающимся в ней лицам с психическими расстройствами независимо от их возможности оплатить эту помощь, необходимо внесение дополнений в соответствующее законодательство.

13. Часть 3 комментируемой статьи запрещает использовать **психиатрический диагноз и факты обращения за различными видами психиатрической помощи в качестве оснований для ограничения прав и свобод лиц**, страдающих психическими расстройствами. К сожалению, диагноз психического заболевания зачастую является ярлыком для человека и может влиять на ограничение его прав. Более того, весьма распространено представление, что любое лицо, страдающее психическим расстройством, попавшее в психиатрический стационар, уже из-за самого этого факта является недееспособным. Точно так же иногда относятся и к человеку, находящемуся под диспансерным наблюдением.

Однако это не только неправильно по существу, но и незаконно. **Для того чтобы признать человека с психическим расстройством недееспособным, необходимы законодательно установленные основания и судебная процедура, а для иного ограничения прав лиц с психическими расстройствами нужно наличие соответствующих указаний в федеральных законах.**

Нет никаких законных оснований ограничивать людей в их правах лишь потому, что они страдают психическими расстройствами, получают или получали специализированную медицинскую помощь. Если возникает вопрос о том, что по своему психическому состоянию человек не может самостоятельно осуществлять какое-либо свое право, то, во-первых, необходимо установить, что в соответствующем федеральном законе содержится основание ограничить это право, а во-вторых, рассматривать вопрос индивидуально и в соответствии с установленной законом процедурой. Только когда суд или иной правомочный орган решит, что данное лицо не способно в силу состояния своего психического здоровья самостоятельно осуществлять свое право, на него можно наложить соответствующие правоограничения. И даже тогда у лица, не согласного с ограничением своих прав, есть возможность их обжаловать. Так, вопрос о признании лица недееспособным рассматривается судом, и решение может быть обжаловано в

вышестоящий суд, а ограничение гражданина в выполнении отдельных видов профессиональной деятельности рассматривается врачебной комиссией и также может быть обжаловано в суд. Никакие должностные лица не вправе ограничивать права психически больных без соответствующих решений, принятых в установленном законом порядке.

Если же на практике произойдет **нарушение, приведшее к дискриминации лица с психическим расстройством, то виновное в нем должностное лицо должно нести ответственность** в зависимости от тяжести нарушения и в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Такая ответственность может быть как дисциплинарной, предусмотренной трудовым законодательством, так и уголовной (например, за превышение должностных полномочий – ст.286 УК РФ).

Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности

(1) Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.

(2) Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации и периодически (не реже одного раза в пять лет) пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений.

Комментарий к ст.6

1. Статью следует рассматривать в совокупности с положениями, сформулированными в ч.ч.1 и 3 ст.5, о том, что ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими рас-

стройствами, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами РФ, и не допускается на основании только сведений о психиатрическом диагнозе, фактах нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения.

2. Психическое расстройство, как и любое заболевание, может ограничивать способность к выполнению ряда видов профессиональной деятельности. Это касается главным образом профессий, предъявляющих особые требования к состоянию здоровья в отношении выносливости, а также в связи с вероятностью причинения вреда окружающим или самому себе из-за невозможности надлежащего выполнения трудовых операций по состоянию здоровья (работа с огнем, токсическими веществами, электрическим током определенных характеристик, движущимися механизмами, при наличии проникающей радиации, а также в воде, под землей и т.п.). Допуск к таким видам работ ранее регламентировался приказами Министерства здравоохранения, согласованными с ВЦСПС.

В соответствии с рассматриваемым Законом постановлением Совета Министров – Правительства Российской Федерации от 28 апреля 1993 г. №377 утвержден **Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности** (далее – Перечень). Все виды деятельности, на которые распространяется Перечень, разбиты в документе на:

- а) связанные с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов;
- б) протекающие в условиях повышенной опасности.

В качестве **общего противопоказания** для всех этих видов деятельности в Перечне названы **хронические и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями**. На такого же рода расстройства указывает критерий, сформулированный в Законе в качестве основания для установления диспансерного наблюдения, что существенно облегчает решение этого специфического вопроса медицинскими комиссиями. Абсолютным противопоказанием к видам деятельности, включенным в группу «а» и относительным для группы «б»,

является также эпилепсия. Выраженные формы **пограничных психических расстройств рассматриваются в каждом случае индивидуально.** Общим функциональным исследованием, применяемым ко всем лицам, в отношении которых решается вопрос о их допуске по состоянию психического здоровья к названным видам деятельности, является электроэнцефалография. Наряду с этим в отношении отдельных видов деятельности Перечнем установлены дополнительные противопоказания и дополнительные виды обследования. Не исключается также возможность индивидуальной оценки, в частности, основанной на проведении функциональных проб.

Следует сказать, что данный Перечень несколько сузил психиатрические противопоказания для рассматриваемых видов деятельности и в целом сделал их более дифференцированными.

Кроме того, если психическое заболевание приводит к снижению трудоспособности, вопрос о возможности выполнения тех или иных профессиональных обязанностей решается индивидуально органами медико-социальной (врачебно-трудовой) экспертизы. Последние либо вообще признают лицо нетрудоспособным, либо дают ограниченные трудовые рекомендации, в соответствии с которыми и осуществляется трудоустройство.

3. Аналогичным образом решаются и вопросы годности к обучению по тем или иным специальностям.

4. Наряду с профессиональными ограничениями может быть лимитирована также годность к деятельности, не являющейся профессиональной, но связанной с источником повышенной опасности. Это касается выдачи удостоверений на право управления транспортными средствами, а также приобретения оружия и средств самообороны, пользование которыми требует специального разрешения.

5. Решения в отношении годности к рассматриваемым видам деятельности принимаются специальными врачебными комиссиями, которые могут быть ведомственными, например на железнодорожном, воздушном, водном транспорте, или специально создаются органами здравоохранения (водительские врачебные комиссии). Аналогичными полномочиями в отношении признания негодными к отдельным видам трудовой деятельности обладают также медико-социальные экс-

пертные комиссии (МСЭК) или врачебно-трудоу экспертные комиссии (ВТЭК) органов социального обеспечения. В ряде случаев решение этих вопросов (включая и деятельность, не являющуюся профессиональной, но связанную с источником повышенной опасности) возлагается местными органами управления здравоохранением на врачебно-консультативные (ВКК) или иные комиссии лечебных учреждений, оказывающих психиатрическую помощь.

6. О порядке обжалования заключений названных комиссий написано в ст.ст.47-49 Закона. Орган или должностное лицо, рассматривающие жалобы на неоправданные ограничения в выполнении отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, должны установить наличие психического расстройства, правильность его клинической квалификации (диагноз, синдром, степень выраженности), соответствие имеющегося психического расстройства Перечню для осуществления данного вида деятельности или влияние этого расстройства на возможность выполнения такой деятельности. Если жалоба рассматривается судом, то он может назначить судебно-психиатрическую экспертизу. В этом случае вышеназванные вопросы ставятся на разрешение экспертов. Особое внимание эксперты должны обращать на установление связи между характером психического расстройства и возможностью успешного и безопасного выполнения данного вида деятельности (соответствие Перечню). В случае необходимости экспертиза может быть комплексной – психолого-психиатрической или психофизиолого-психиатрической либо в состав судебно-психиатрической экспертной комиссии могут быть введены специалисты по врачебно-трудоу (медико-социальной) экспертизе.

7. Во избежание неоправданных ограничений и с целью достижения наибольшего соответствия ограничений реальным возможностям и особенностям психического состояния лица в данный период предусмотрено, что указанные ограничения не могут быть постоянными. **Срок следующего переосвидетельствования должен быть указан в заключении комиссии.** При непредвиденном изменении состояния лица переосвидетельствование может быть проведено досрочно по обоснованной просьбе самого лица или администрации с его места рабо-

ты и по решению лечебного учреждения, органа здравоохранения или суда (это касается как ограничивающих, так и допускающих заключений). **В любом случае срок действия заключения о непригодности лица к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности, не может превышать пяти лет.** При некоторых психических расстройствах с самого начала бывает ясно, что через 5 и даже более лет не может произойти изменений в состоянии, которые позволили бы пересмотреть заключение о негодности (например, при глубокой степени олигофрении, неблагоприятно протекающей эпилепсии и т.д.). Однако, если лицо или его близкие не согласны с таким заключением, то **по прошествии 5 лет они могут потребовать нового переосвидетельствования.** Данный срок представляется оптимальным, так как достаточен для того, чтобы лицо могло решить вопрос о трудоустройстве по другой специальности, и не может привести к бессмысленной трате времени комиссиями из-за необоснованно частых переосвидетельствований одного и того же лица.

8. Поскольку подходы к налагаемым ограничениям не могут быть неизменными и должны отражать прогресс науки в изучении природы отдельных психических расстройств, а также успехи в лечении, которые могут изменить их течение, прогноз и влияние на трудоспособность, Законом предусмотрена необходимость периодического (не реже одного раза в 5 лет) пересмотра Перечня для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, с внесением в него соответствующих изменений. В соответствии с ч.2 утверждение Перечня отнесено к компетенции Правительства РФ, что связано со стремлением избежать неоправданных ограничений в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, добиться высокого научного уровня и единообразия в решении этих вопросов на всей территории страны.

Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и ус-

тановленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

(3) Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы; пользоваться телефоном; принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

(5) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Комментарий к ст.37

1. Основания и цели помещения пациента в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила разъясняются всем гражданам, госпитализируемым как в добровольном, так и в недобровольном порядке, о чем делает-

ся соответствующая запись в их медицинской карте (истории болезни). В случаях, если в момент госпитализации психическое состояние пациента исключает возможность адекватного восприятия предоставленной ему информации, то в медицинской карте стационарного больного делается об этом соответствующая запись. В подобных случаях необходимые разъяснения даются пациенту сразу же по мере наступления улучшения в психическом состоянии, о чем также делается запись в медицинской карте стационарного больного. Все разъяснения даются пациенту на том языке, которым он владеет.

2. В тех случаях, когда не представляется возможным установить местожительство длительно находящегося на стационарном лечении пациента или когда жилье у него отсутствует, он может быть зарегистрирован по месту пребывания в психиатрическом стационаре в соответствии с Инструкцией о применении правил регистрации и снятия граждан Российской Федерации с регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации, утвержденной приказом МВД России от 23 октября 1995 г. №393¹.

В соответствии с Примерным Положением об учреждении социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 8 июня 1996 г. №670 с изм., внесенными постановлением Правительства РФ от 6 июля 1999 г. №50², лица, пребывающие в учреждениях социальной помощи, включая и психоневрологические интернаты, с учетом состояния их здоровья, физических и психических возможностей могут привлекаться на добровольной основе к работе в этих учреждениях или приниматься по усмотрению руководителя учреждения на временную работу, в том числе с неполным рабочим днем, на штатную должность, если работа им не противопоказана. Эти лица пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством о труде.

Как следует из Письма Пенсионного фонда Российской Федерации от 11 декабря 1992 г. №ЮИ-12/258-ИН «О страхо-

¹ Бюллетень нормативных актов Российской Федерации. – 1996. – №4.

² Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – №25. – Ст.3025; 1999. – №29. – Ст.3734.

вых взносах на выплату за работу в лечебно-производственных мастерских при психиатрических и психоневрологических учреждениях», работа в лечебно-производственных мастерских, выполняемая по трудовому договору, засчитывается в стаж для назначения пенсии, а заработок включается в состав заработка при ее исчислении. Страховые взносы на зарплату этих работников начисляются на общих основаниях. Для больных и инвалидов, участвующих в трудовых процессах в лечебно-трудовых мастерских исключительно в целях трудовой терапии, это время в стаж для назначения пенсии не засчитывается, вознаграждение при ее расчете не учитывается и страховые взносы в этих случаях не начисляются.

При разъяснении прав пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре, целесообразно указать, что они, как и все граждане, могут нести ответственность за свои действия и поступки, нарушающие установленный внутренний распорядок и ущемляющие права, интересы других лиц, находящихся в стационаре, а также его персонала.

3. Все права пациентов, указанные в Законе, являются равно приоритетными. Ограничения отдельных прав должны быть обусловлены особенностями болезненного состояния пациентов и допускаются исключительно в целях обеспечения защиты их жизни, здоровья или безопасности, а также в интересах защиты жизни, здоровья или безопасности других лиц, находящихся в психиатрическом стационаре.

4. При возникновении необходимости подобного ограничения личных прав пациентов данный вопрос решается заведующим отделением или главным врачом по представлению лечащего врача больного. Решение об ограничении прав пациента заносится в медицинскую карту (историю болезни); это решение должно быть мотивированным, с указанием срока его действия. Опыт показывает, что длительность таких ограничений не должна превышать двух недель, хотя по истечении этого срока ограничительные действия могут быть продолжены при наличии показаний. Заведующий отделением или главный врач, принимая решение об ограничении прав пациента, не должны выходить за рамки перечня, приведенного в ч.3 комментируемой статьи.

5. Если пациент, находящийся в психиатрическом стационаре, в соответствии с правами, предоставленными ему

данной статьей, осуществляет подписку на печатные издания, пользуется междугородней телефонной связью, прибегает к услугам службы быта и т.д., то психиатрическое учреждение не оплачивает этих услуг, оплата осуществляется самим пациентом.

6. При выписке из психиатрического стационара пациент вправе требовать оформления необходимых медицинских документов без указания профиля этого стационара, ссылаясь на приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 17 мая 1995 г. №128 и постановление Фонда социального страхования Российской Федерации от 17 мая 1995 г. №25 «О печатях и штампах для оформления медицинских документов»¹.

¹ Бюллетень нормативных актов Российской Федерации. – 1995. – №12.

Глава 2. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

2.1. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Судебно-психиатрическая экспертиза относится к категории **судебных экспертиз**, назначаемых и проводимых лишь в рамках производства по уголовному или гражданскому делу по правилам, установленным УПК и ГПК РФ (ст.ст.195, 196 УПК РФ).

В основе правового положения экспертов лежит их **независимость от сторон в судебном процессе**. Эта независимость обеспечивается тем, что в соответствии со ст.52 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (от 22 июля 1993 г.) судебно-психиатрические учреждения находятся в государственной или муниципальной системе здравоохранения и поэтому судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) производится врачами-психиатрами, работающими в учреждениях Министерства здравоохранения России. Однако Основы предусматривают возможность включения в состав экспертных комиссий дополнительных специалистов-психиатров с их согласия (по ходатайству гражданина или его представителя перед органом, назначившим СПЭ).

Целью судебно-психиатрической экспертизы является определение психического состояния испытуемого в момент (период) совершения тех или иных деяний.

Основной задачей СПЭ является выдача медицинского заключения с рекомендациями:

а) о вменяемости или невменяемости обвиняемых, подозреваемых, подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло подозрение в состоянии их психического здоровья;

б) о необходимости применения медицинских мер в отношении лиц, признанных невменяемыми в момент совершения правонарушения или заболевших психической болезнью после совершения преступления;

в) о способности свидетелей, потерпевших, других лиц (направленных судебно-следственными органами на СПЭ) правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить об-

стоятельства, имеющие значение для уголовного (гражданского) дела, в случаях, когда у органов следствия, прокуратуры и суда возникают сомнения в их психической полноценности;

г) о психическом состоянии истцов, ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос о дееспособности.

Следует особо подчеркнуть, что окончательный вывод о вменяемости и дееспособности обследованного судебными психиатрами лица дает только суд, и только суд может назначить принудительные меры медицинского характера.

Необходимо указать, что в соответствии с законодательством и практикой СПЭ не имеет инстанций. Это означает, что все экспертные комиссии и судебные психиатры, как и психиатры, привлеченные к проведению судебно-психиатрической экспертизы, пользуются равными юридическими правами, то есть заключения, вынесенные различными экспертными комиссиями (начиная от ГНЦ им. В.П.Сербского до амбулаторной СПЭ психоневрологического диспансера), являются для суда равноправными. Кроме того, повторно проводимая экспертиза любыми экспертами-психиатрами не отменяет заключение судебно-психиатрической экспертной комиссии, проводимой до этого, а является для суда равнозначной и также одним из видов доказательств. Суд может согласиться с экспертизой любого учреждения или экспертной комиссии, если она покажется ему достаточно обоснованной, и может назначить новую экспертизу в случае, если ее обоснование будет неубедительным, но при этом его несогласие должно быть мотивированным (ст. 283 УПК РФ).

В соответствии с уголовно-процессуальным и гражданским процессуальным законодательством и Инструкцией МЗ СССР от 27 октября 1970 г. «О производстве судебно-психиатрической экспертизы...» (действующей в настоящее время в Российской Федерации) СПЭ производится по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, по определению суда и определению (постановлению), вынесенному единолично по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела. ходатайствовать о назначении экспертизы по уголовным делам могут обвиняемый, потерпевший, их законные представители, защитник с момента участия в деле, обвинитель в судебном заседании (ст.283 УПК РФ). В гражданском процессе имеют право ходатайство-

вать о назначении экспертизы истцы, ответчики, их представители и прокурор, если последний участвует в деле. При возбуждении дела о признании гражданина недееспособным СПЭ является обязательной, независимо от заявленных ходатайств.

Существуют **критерии, которые дают основания сомневаться в психическом здоровье лица**, оказавшегося в сфере следственно-судебного разбирательства или в местах лишения свободы. Правильное применение этих критериев обеспечивает своевременное назначение экспертизы. Среди этих критериев одни достаточно легко формализуемы, другие требуют большого опыта, знаний, интуиции.

1. Характер совершенного преступления. Данные о странности поведения в момент совершения деяния, об особой жестокости, демонстративности и безмотивности преступления – показания к назначению экспертизы. Экспертиза может установить связь этих данных с болезненным расстройством психики и дать заключение о неменяемости. Если эти особенности поведения и правонарушения относятся к вменяемому, то они как не болезненные, а личностные особенности преступника получают соответствующую оценку суда.

2. Не только странное, нелепое поведение в следственном изоляторе, в зале судебного заседания или местах лишения свободы, но и определенные жалобы и высказывания могут быть поводом для направления на экспертизу. Жалобы на путаницу мыслей, на неспособность сосредоточиться и понять смысл происходящего, на «голоса» и «воздействие со стороны», на страхи и чувство враждебного, угрожающего отношения окружающих, что находит отражение в неправильном поведении, должны стать показанием к направлению на экспертизу. Во время допросов подследственных или бесед с осужденными могут выявиться и другие признаки психической неспособности: неспособность правильно осмысливать вопросы, отвечать по существу, непоследовательность рассуждений, пассивность, безучастное отношение к совершенному деянию и привлечению к уголовной ответственности, или, напротив, аффективные (эмоциональные) реакции, явно выходящие за рамки адекватных в данной ситуации.

3. Достаточно **формальным основанием** для сомнения в психической полноценности лица, вовлеченного в следственно-судебную ситуацию, являются сведения о его лечении в

прошлом в психиатрических больницах или о том, что он состоит на учете в психоневрологическом диспансере.

Такое же значение имеют данные трудовой и военно-психиатрической экспертизы об инвалидности и негодности к военной службе по состоянию психического здоровья.

4. Сведения о высокой частоте психических заболеваний среди родственников, об обучении во вспомогательной школе, о явных странностях поведения, о попытках самоубийства также должны приниматься во внимание, но они должны быть объективизированы (справки из психиатрических учреждений, характеристики и т.д.), чтобы стать реальным поводом к назначению экспертизы.

Имеют значения сведения о перенесенных в прошлом заболеваниях головного мозга (энцефалит, менингит и т.д.), травмах черепа, если они сопровождались психическими нарушениями, вызывали ухудшения успеваемости в учебе или снижение трудоспособности.

Могут приниматься во внимание заявления соответствующих общественных организаций, характеристики и отзывы учреждений с указаниями на психическую неполноценность данного лица.

Свидетели по делу также могут высказывать по собственной инициативе сомнения в психической полноценности обвиняемого. В этом случае их показания обязательно уточняют, конкретизируют и стараются получить подробные сведения о психическом состоянии обвиняемого у его родственников и других свидетелей.

Предварительная, до назначения экспертизы, объективизация всех этих данных чрезвычайно важна, так как она может предупредить необоснованное назначение экспертизы, или, наоборот, будет содействовать своевременному проведению экспертизы и правильному экспертному решению. Необходимо учитывать, что как в уголовном, так и в еще большей степени в гражданском процессе данные о наследственной отягощенности, о тех или иных странностях в поведении и понимаемых в бытовом смысле признаках психических расстройств могут умышленно и неумышленно искажаться и извращаться. Симуляция и диссимуляция не только своего настоящего психического состояния, но и анамнеза (истории жизни и заболевания) – нередкое явление в судебно-

психиатрической практике. Родственники и другие лица, заинтересованные в исходе уголовного или гражданского дела, также могут давать предвзятые оценочные квалификации психической ненормальности психически здоровых лиц или, наоборот, говорить о психической норме у душевнобольных. Прямо противоположные показания о психическом здоровье лица, подвергающегося судебнопсихиатрическому освидетельствованию в гражданском процессе, довольно часто дают свидетели, заинтересованные в установлении дееспособности или недееспособности этого лица. В связи с этим только после всесторонней объективизации все сведения могут стать достаточными аргументами для назначения экспертизы.

Следователь, судья, изучая личность обвиняемого, обычно могут получить достаточный материал о формировании его личности, о социальном поведении, о круге интересов, о ценностных ориентациях. Странное, неадекватное поведение в семье, быту, на производстве, отмеченное задолго до привлечения к уголовной ответственности или судебного определения дееспособности – недееспособности, должно быть поводом для направления на экспертизу. То же относится к необычности или безмотивности правонарушения или действия (завещание или сделка и т.д.), ставшего предметом разбирательства в гражданском процессе.

Некоторые неболезненные по своей природе антисоциальные формы поведения могут производить впечатление странных, причудливых, лишенных понятных мотивов, что вызывает сомнение в психической полноценности обвиняемого. То же относится и к особой жестокости, проявляемой иногда преступниками при совершении преступлений. Эти признаки сами по себе не могут служить доказательством психического расстройства, они должны учитываться лишь в совокупности с другими данными об особенностях личности и поведения обвиняемого.

Наряду с теми данными, которые добываются в ходе предварительного следствия или судебного разбирательства на основании свидетельских показаний, медицинских документов, бытовых и производственных характеристик, а также самого деяния, приведшего к уголовному или гражданскому процессу, следователь, прокурор, адвокат, судья, а также администрация мест лишения свободы могут на основе своих

знаний о проявлениях психических заболеваний высказать в соответствующих случаях предположение о психическом расстройстве и поставить вопрос о судебно-психиатрическом освидетельствовании.

Своевременность выявления и направления на экспертизу лиц, вызывающих сомнения в психической полноценности, свидетельствует о судебно-психиатрической грамотности юристов, является залогом правосудия и имеет существенное значение для профилактики повторных общественно опасных действий психических больных.

Признаки болезненного расстройства психики обвиняемого могут внезапно выявиться на любом этапе уголовного процесса, что и определяет время направления на экспертизу. Если перечисленные факты, вызывающие сомнения в психическом здоровье обвиняемого, становятся известны в процессе следствия, а поведение обвиняемого не требует его неотложного помещения в психиатрическое учреждение, то следует оформлять направление на СПЭ после того, как собрано достаточно материалов, характеризующих психическое состояние обследуемого вообще и в период совершения преступления в частности.

Различные обстоятельства, вызывающие сомнения в психическом здоровье обвиняемого, далеко не всегда достаточны для вывода об имеющейся у него психической болезни и для установления невменяемости. Они лишь служат показанием к СПЭ. На основании этих фактических данных следователь формирует постановление о направлении на экспертизу (суд в соответствующих случаях выносит определение о проведении СПЭ).

В постановлении необходимо указать: кому поручается экспертиза (психиатрическому учреждению, судебно-психиатрической экспертной комиссии или отдельным экспертам-психиатрам); какими мотивами руководствовался следователь (судья) при ее назначении; конкретные вопросы, на которые необходимо дать ответ. Практический опыт говорит, что именно постановка целенаправленных вопросов вызывает большие затруднения у следственных работников. В соответствии с задачами СПЭ могут быть поставлены следующие вопросы:

1. Страдал ли обвиняемый психическим заболеванием в момент (период) совершения правонарушения и страдает ли им в настоящее время?

2. Исключало ли его психическое заболевание способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими?

3. Не возникло ли психическое заболевание у обвиняемого после совершения преступления, а если возникло, то лишает ли его это заболевание способности осознавать фактический характер происходящих событий?

4. Нуждается ли обвиняемый, страдающий психическим заболеванием, в применении к нему принудительных мер медицинского характера, предусмотренных законодательством, и в каких именно?

Иногда необходима постановка и иных (помимо указанных) вопросов перед экспертами: степень обоснованности заключений предыдущих экспертиз или диагнозов лечебных учреждений; определение времени начала заболевания, клинического течения или его прогноза; возможности медико-социальной реабилитации и т.д.

Судебно-психиатрическим экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача и прошедшее специализацию по психиатрии. Кроме того, эксперт должен быть объективен, не иметь личной заинтересованности в результатах экспертизы. Обладая специальными познаниями и практическим опытом в области психиатрии, эксперт призван помочь следствию и суду выяснить те фактические обстоятельства по делу, которые не могут быть установлены без экспертизы (ст.196 УПК РФ). Знакомясь с доказательствами по делу, эксперт своими разъяснениями и выводами помогает следствию и суду установить, имеет ли он дело с психическим больным или психически здоровым человеком, каков характер психического заболевания, если оно имеется.

Проведение судебно-психиатрических экспертиз, как правило, поручается **постоянным судебно-психиатрическим комиссиям (СПЭК), которые работают на базе психоневрологических диспансеров или психиатрических больниц.** Состав этих комиссий утверждается приказом здравоотдела области или города, где они создаются. Кроме того, следователь и суд могут сами определить персональный состав экспертной

комиссии или поручить Министерству здравоохранения образовать такую комиссию, также следователь и суд могут поручить проведение СПЭ любым врачам, имеющим специализацию по психиатрии. Наиболее сложные, в том числе повторные экспертизы могут быть поручены Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского – ведущему судебно-психиатрическому учреждению России.

Судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, проводится комиссионно в составе не менее трех психиатров: докладчика, члена и председателя комиссии. В диагностически сложных и наиболее ответственных случаях комиссия обычно состоит из большего числа членов. Орган, ведущий производство по делу, может включить в состав экспертной комиссии других психиатров и врачей других специальностей (наркологов, сексопатологов, судебных медиков и т.д.). В данном случае говорят о комплексных судебно-психиатрических экспертизах.

На предварительном следствии обвиняемый вправе заявлять отвод экспертам и просить следователя о назначении экспертов из числа названных им лиц (ст.198 УПК РФ). В судебном разбирательстве правом заявлять подобные ходатайства обладают и другие участники процесса (потерпевший, истец, ответчик, прокурор и др.). Однако окончательное решение о выборе экспертов принимает орган, в производстве которого находится дело.

Согласно процессуальному законодательству эксперт имеет право с разрешения следователя и суда знакомиться с данными уголовного дела, необходимыми для экспертного заключения. Органы, назначающие экспертизу, обязаны предоставить эксперту необходимые материалы. Эксперты-психиатры проводят исследование только тех материалов, которые были предоставлены направляющим на экспертизу органом. Эксперты не вправе самостоятельно собирать материалы, подлежащие экспертному исследованию. Они не могут, например, запросить медицинскую документацию из психиатрических учреждений, в которых находился испытуемый, запросить его служебную характеристику. При необходимости дополнить материалы, имеющиеся в их распоряжении, эксперты имеют право заявлять ходатайство перед органом, назначившим экс-

пертизу, о предоставлении всех материалов, требуемых для дачи заключения (ст.ст.57, 199 УПК РФ).

Предоставляемые в распоряжение экспертов-психиатров следствием и судом сведения являются фактическими данными, которые рассматриваются как объективный анамнез свидетельствуемого в противоположность субъективному анамнезу, сообщаемому им на экспертизе. Эти данные включают медицинскую документацию (подробные выписки из истории болезни, их копии или подлинники), протоколы свидетельских показаний, характеристики с места работы и жительства, иногда письменную продукцию обследуемого (его дневники, письма, сочинения и т.д.).

При анализе указанных материалов следует иметь в виду, что особые трудности для экспертизы представляет оценка психического состояния больных на начальных стадиях заболевания, при медленно текущих «вялых» формах психических расстройств, в период полных ремиссий, а также при психопатических проявлениях. Очевидцы общественно опасного деяния и те, кто знал обследуемого по работе или в быту, нередко не замечают таких болезненных симптомов или не придают им серьезного значения, объясняют их особенностями характера, отрицательным влиянием микросоциальной среды или иными «психологическими» причинами.

На продромальной и начальной стадиях многих психических болезней больные зачастую остаются включенными в реальную жизнь. Они могут предъявлять неспецифические жалобы: на головную боль, недомогание, усталость и т.д. В то же время на фоне упорядоченного поведения у них наблюдаются эпизодически отдельные неожиданные странные и нелепые поступки, в том числе и общественно опасные.

При медленном течении душевной болезни у больных может длительно сохраняться относительная социальная адаптация. Окружающие нередко считают их людьми со странностями, оригиналами, но в характеристиках нет никаких данных, которые вызывали бы подозрение о наличии психического заболевания. По собственной инициативе свидетели могут не сообщать о необычных поступках данного лица, если их об этом не будут спрашивать.

Эксперты-психиатры должны своевременно обращать внимание на материалы дела, характеризующие личность об-

следуемого. В случае необходимости они могут ходатайствовать о предоставлении дополнительных сведений. Их можно получить прежде всего путем допроса свидетелей о психическом состоянии и поведении данного лица до правонарушения, в момент его совершения и в дальнейшем. Эксперт-психиатр может в консультативном порядке сообщить следователю, какие стороны психического состояния подэкспертного следует выяснить и у кого из родственников, сослуживцев и т.д. Иногда экспертам приходится формулировать вопросы, которые следователь должен задать свидетелю для уточнения состояния обвиняемого.

Хотя материалы дела являются основными документами, которые используют эксперты, изучая жизнь и поведение обследуемого, иногда они содержат различные и даже противоположные характеристики и свидетельские показания. Понятно, что эксперт не может односторонне использовать содержащиеся в уголовном деле противоречивые данные, иначе суд может определить проведение повторной экспертизы. Отметив различные стороны поведения подэкспертного, в дальнейшем в мотивировочной части акта следует дать разъяснение этим противоречиям, указав, например, что заключению о невменяемости при диагнозе «шизофрения» не противоречат данные о том, что обследуемый вел себя внешне упорядоченно, имел положительные производственные характеристики.

Согласно ст.57 УПК РФ эксперт несет ответственность за отказ или уклонение от дачи заключения в судебном заседании либо при производстве предварительного следствия или дознания. В тех случаях, когда экспертом для решения поставленных перед ним вопросов необходимы дополнительные материалы дела (опрос свидетелей, характеристики, медицинские документы и т.д.) или специальные обследования и консультации узких специалистов (например, нейрохирургов, сексопатологов), без которых невозможно дать экспертное заключение, экспертная комиссия может использовать эти обстоятельства как объективную причину временного, до получения этих данных, отказа от дачи заключения. В таких случаях следственно-судебные органы обязаны обеспечить экспертов всеми необходимыми данными и консультациями, на которые те указывают, мотивируя свой отказ от дачи заключения.

Если поставленные перед экспертом вопросы выходят за пределы его специальных познаний, он в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение, подробно объяснив мотивы отказа.

Эксперты вправе в пределах своей компетенции указать в заключении на обстоятельства, по поводу которых вопросы не были поставлены, при условии, что эти обстоятельства имеют значение для правильного разрешения дела (ст.ст.57, 204 УПК РФ). Эксперты, не согласные с другими членами комиссии, составляют отдельное заключение (ст.200 УПК РФ).

В ряде случаев для получения дополнительных данных бывает необходим опрос родственников подэкспертного самим психиатром-экспертом.

Профессиональный врачебный опрос может выявить ряд существенных для правильной диагностики обстоятельств. На такую беседу врач должен получить официальное разрешение следственно-судебных органов, и родственники к экспертам вызываются в таких случаях через эти органы. Родственников подэкспертного всегда интересуют те или иные обстоятельства, связанные с возбужденным уголовным делом против их близкого, однако эксперт не имеет права разглашать данные предварительного следствия или дознания без разрешения прокурора, следователя или лица, производящего дознание, о чем его предупреждает ст.310 УК РФ.

2.2. ВИДЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

В соответствии с Инструкцией МЗ СССР от 27 октября 1970 г. «О производстве судебно-психиатрической экспертизы...» (действующей в настоящее время в РФ) выделяются следующие виды СПЭ:

- амбулаторная;
- стационарная;
- экспертиза в судебном заседании;
- заочная (в том числе и посмертная)

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза. Экспертиза этого вида состоит в однократном, реже повторном, освидетельствовании лица комиссией психиатров. Основное преимущество амбулаторной СПЭ – ее краткосроч-

ность и оперативность, а недостаток – ограниченные возможности обследования и наблюдения. В случаях затруднений в распознавании болезни и определении ее тяжести, необходимости дифференциальной диагностики при первичном установлении диагноза хронического психического заболевания необходимо стационарное обследование. Это обстоятельство не должно приводить к недооценке амбулаторной экспертизы, так как во многих случаях она способна дать ответ на все вопросы следственных органов и суда. Возможности амбулаторной экспертной комиссии в решении поставленных перед ней вопросов во многом определяются правильной подготовкой следственно-судебными органами всех нужных экспертам медицинских и следственных материалов.

Во время амбулаторного освидетельствования врач-докладчик изучает материалы дела, обследует подэкспертного, составляет историю болезни. Члены комиссии также знакомятся с делом и после доклада им истории болезни беседуют с подэкспертным. Затем выносится заключение и оформляется акт экспертизы амбулаторной комиссии. В некоторых случаях бывает необходимость провести повторную (обычно через несколько дней) беседу с подэкспертным, и тогда при оформлении акта указывают даты освидетельствования, отмечается динамика психического состояния и дается единое заключение. Если экспертная комиссия не может дать ответ на поставленные вопросы, то она выносит заключение о необходимости стационарной экспертизы.

Амбулаторная экспертиза может вынести окончательное решение при освидетельствовании психически здоровых лиц, совершивших правонарушение в состоянии простого алкогольного опьянения, в случаях кратковременных расстройств психической деятельности в момент совершения преступления. Решающим обстоятельством в этих случаях являются материалы уголовного дела, если они содержат достаточно данных, характеризующих психическое состояние лица в момент инкриминируемого деяния. Амбулаторная экспертиза может вынести окончательное решение при несомненных процессуальных психических заболеваниях, подтверждаемых медицинскими документами.

Большую долю работы амбулаторных комиссий занимает освидетельствование лиц, состоящих на учете в психоневроло-

гических диспансерах с нерезко выраженными психическими расстройствами (легкие формы дебильности, остаточные явления черепно-мозговой травмы, хронический алкоголизм, последствия перенесенных в детстве нейроинфекций, психопатические черты характера). Окончательное заключение об их вменяемости также может вынести амбулаторная экспертиза. Однако психотические эпизоды и состояние декомпенсации в анамнезе в таких случаях говорят о необходимости стационарной экспертизы. Амбулаторную экспертизу проходят многие лица, нуждающиеся в определении дееспособности, а также большинство свидетелей и потерпевших. Потерпевшим по делам об изнасиловании, особенно несовершеннолетним, следует стремиться проводить только амбулаторную экспертизу. Пребывание таких лиц в стационаре нецелесообразно по деонтологическим соображениям.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

Проведение подобной экспертизы регламентируется Инструкцией «Об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений», утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2005 г. №370.

Поводом для ее назначения служат данные анамнеза и статуса, которые позволяют предположить начальные этапы или стертые формы процессуальных заболеваний или динамику психопатических состояний к моменту преступления или проведения экспертизы. Лица, обнаружившие при амбулаторной экспертизе признаки психоза, но ранее не получавшие психиатрической помощи, как правило, нуждаются в стационарном обследовании. Стационарная экспертиза необходима также при трудностях дифференциальной диагностики и определении тяжести психических изменений, в том числе и при определении снижения интеллекта, для уточнения характера и частоты пароксизмальных состояний. Необходимость длительного клинического наблюдения и лабораторных исследований (спинномозговая пункция, электроэнцефалография, компьютерная томография и т.п.) является прямым показанием для назначения стационарной экспертизы.

Для проведения стационарной экспертизы в психиатрических больницах министерства здравоохранения создаются судебно-психиатрические отделения или выделяются специальные палаты в общих отделениях. Судебно-психиатрические отделения организуются для лиц, не содержащихся под стражей, реже – охраняемые силами и средствами органов МВД России для лиц, содержащихся под стражей, куда помещают только обвиняемых и осужденных. Гражданские истцы и ответчики, а также потерпевшие и свидетели для стационарной СПЭ направляются в общее отделение психиатрических больниц. При назначении стационарной экспертизы помещение в психиатрический стационар (стационарное отделение) подозреваемого или обвиняемого, не содержащегося под стражей, допускается только на основании судебного решения.

В отношении подэкспертных, не взятых под стражу, должны сохраняться все те же права, которые охраняют интересы больных, находящихся на лечении на общих основаниях: возможность свиданий, свободной переписки, прогулок в больничном саду и т.д. В отношении обследуемых, находящихся под стражей, существует ряд ограничений (на переписку, свидания и т.д.), которые оговорены в Основах уголовного судопроизводства. Подэкспертные должны быть извещены об этих ограничениях.

Сроки пребывания лица, направленного на экспертизу, в психиатрическом стационаре (стационарном отделении) определяются, а продление этих сроков производится в соответствии со ст.30 Федерального закона от 31 мая 2001 г. №73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». Стационарное обследование не должно продолжаться более 30 дней. Если за этот срок дать окончательное заключение о психическом состоянии и вменяемости обследуемого невозможно, то экспертная комиссия выносит решение о необходимости продления срока обследования, направляя это решение в письменном виде органу, назначившему экспертизу. Общий срок пребывания лица, направленного на экспертизу, в психиатрическом стационаре (стационарном отделении) при производстве одной экспертизы не может превышать 90 дней.

На каждого обследуемого заводят психиатрическую историю болезни. В случае необходимости для решения спорных

вопросов привлекают консультантов-специалистов – невропатологов, нейрохирургов, эндокринологов и др.

При стационарной экспертизе используют лишь такие методы исследования и лечения, которые приняты в лечебных учреждениях нашей страны. Лечение современными психотропными препаратами лиц с психическими нарушениями не только улучшает их состояние, но и делает их более доступными к продуктивному контакту и позволяет лучше понять динамику психических изменений, то есть в конечном счете помогает проведению экспертизы. Все виды диагностических процедур и лечения врачи должны согласовывать с обследуемым, если их психическое состояние позволяет проводить такое согласование и не содержит тех расстройств, которые могут представить опасность для окружающих и для самого больного.

Если обследование, от которого категорически отказывается подэкспертный, имеет принципиальное значение для диагностики и решения экспертных вопросов, то врачам рекомендуется об этом известить следственно-судебный орган, с санкции которого проводится экспертиза. С ведома последних может быть проведена беседа с родственниками для получения их согласия на обследование подэкспертного. В таких случаях деонтологическая тактика эксперта обязана учитывать не только важность и необходимость лабораторного обследования, но и правовое положение подэкспертного: до решения экспертной комиссии и определения суда подэкспертный в юридическом плане не считается психически больным, а является лицом, находящимся под следствием, и его права оговорены ст. 203 УПК РФ.

Во время стационарной экспертизы судебно-следственным органом нецелесообразно проводить с обследуемым какие-либо действия (допросы, очные ставки и т.п.), так как это будет нарушать контакт с лечебным персоналом и искажать результаты обследования.

Экспертиза в судебном заседании. Необходимость экспертизы в суде возникает при различных обстоятельствах. Ее проведение суд может определить обвиняемым, которые ранее не подвергались экспертному освидетельствованию, и сомнение в их психической полноценности впервые возникло во время судебного рассмотрения дела. В таких случаях эксперт

далеко не всегда может дать окончательное заключение, особенно в отношении лиц, которые не обнаруживали ранее психических нарушений. Чаще эксперт рекомендует направить обвиняемого на амбулаторную или стационарную экспертизу.

Иногда экспертная комиссия сама рекомендует проведение экспертизы в судебном заседании, так как затрудняется решить вопрос о вменяемости (или дееспособности) при противоречивых данных о психическом состоянии подэкспертного во время совершения правонарушения (или сделки в гражданском процессе). Экспертная комиссия предполагает оценить психическое состояние путем опроса свидетелей в судебном заседании. В таком случае на суде может присутствовать один эксперт, наблюдавший обследуемого ранее, так как отрывать от текущей экспертной работы всех членов комиссии зачастую нецелесообразно. Тем самым экспертный вопрос передается на единоличное решение. Подобные решения выносятся редко, поскольку практика экспертизы показывает, что в большинстве случаев при своевременном получении экспертами нужных материалов можно вынести заключение в условиях обычного обследования. В связи с этим решение экспертных вопросов на судебном заседании следует рекомендовать лишь в крайнем случае, когда при освидетельствовании нет иной возможности уточнить психическое состояние обвиняемого в момент преступления.

Чаще всего экспертов-психиатров вызывают на судебное заседание в отношении лиц, прошедших экспертизу с вынесением окончательного заключения. Вызов эксперта бывает связан с сомнением суда в правильности заключения, необходимостью разъяснения тех или иных положений экспертного заключения, получением неизвестных экспертам данных, которые, по мнению суда, могут иметь значение, и, наконец, изменением психического состояния и поведения обвиняемого. В последних случаях чаще приходится дифференцировать реактивный психоз, психогенную декомпенсацию и симуляцию.

До начала судебного заседания эксперт-психиатр должен ознакомиться с теми материалами уголовного дела, которые получены уже после проведения экспертизы. В случаях изменившегося состояния пациента целесообразно ознакомить эксперта с данными личного дела, в которых отражено поведение обследуемого в следственном изоляторе.

Во время судебного заседания эксперт внимательно наблюдает за поведением обвиняемого, анализируя факты, как подтверждающие вынесенное заключение, так и свидетельствующие об изменениях в психическом состоянии. С разрешения председательствующего эксперт может задавать вопросы свидетелям и обвиняемому, в понятной для опрашиваемого и суда форме. Обследование обвиняемого следует проводить во время специального перерыва в судебном заседании в отсутствие состава суда и участников процесса.

Экспертов-психиатров вызывают в суд также по делам о невменяемых при направлении их на принудительное лечение. При этом суду может потребоваться согласовать с экспертом меры медицинского характера, оценить общественную опасность больного. Такие вопросы возникают и тогда, когда экспертная комиссия не рекомендует применение принудительных мер медицинского характера, что бывает при острых кратковременных психотических состояниях в момент совершения общественно опасного деяния.

В судебном заседании эксперту задаются вопросы с разрешения председательствующего. Эксперт вправе указать на вопросы, выходящие за пределы его компетенции или излишне отвлеченные. Вопросы, выходящие за пределы компетенции эксперта-психиатра и не относящиеся к данной экспертизе, суд отклоняет.

Иногда эксперту-психиатру задают научные вопросы по его специальности, выходящие за рамки данного заключения, если их разъяснение имеет значение для оценки судом и участниками процесса выводов экспертизы. Это вопросы о различных вариантах прогноза при заболевании, установленном у обвиняемого, возможности сочетания симуляции с психическим заболеванием и др.

На судебном заседании заключение по поставленным вопросам эксперт представляет суду в письменном виде. Если в судебном заседании участвуют несколько экспертов-психиатров и они придерживаются единого мнения, то представляется общее заключение. В случае расхождения экспертных мнений заключения подаются отдельно. В подобных случаях суд часто ставит перед каждым экспертом вопрос, почему он считает неправильным иное мнение, которого придерживаются другие эксперты.

При невозможности дать ответы на вопросы, поставленные судом (то есть вопросы, непосредственно касающиеся экспертных выводов), эксперт в своем заключении делает вывод о необходимости направления обследуемого на стационарную экспертизу. Так же обычно поступают и в отношении признанных вменяемыми обследуемых, если у них ко времени суда возникли психические изменения, препятствующие участию в судебном процессе. Обычно в таких случаях речь идет о психогенных заболеваниях, но в судебном заседании установить подлинный характер и продолжительность подобных состояний бывает трудно.

Заочная судебно-психиатрическая экспертиза.

Этот вид экспертизы проводится только по материалам дела, если невозможно непосредственное обследование обвиняемого (подозреваемого) или если необходимо выяснить психическое состояние умершего в тот или иной период его жизни. Такая посмертная экспертиза может назначаться при расследовании дел о самоубийствах, а также в гражданском процессе, когда возникает сомнение в психическом здоровье лица в момент составления им завещания или совершения иного юридического действия.

При заочной экспертизе психическое состояние подэкспертного оценивается на основании свидетельских показаний, медицинской документации (в этих случаях особенно важно получить подлинники историй болезни и амбулаторных карт), характеристик, письменной продукции обследуемого. Эксперту приходится внимательно изучать документацию и связывать в единое целое ряд мелких штрихов, имеющих место в отдельных характеристиках и показаниях, чтобы вынести заключение об особенностях психического состояния.

Иногда для получения более полных данных о психическом состоянии обследуемого целесообразно провести дополнительные допросы свидетелей. После консультации психиатра с работниками следствия и суда допрос свидетеля может проводиться с участием одного из членов экспертной комиссии.

Недостаточность материалов, предоставленных в распоряжение экспертов, при заочной экспертизе может быть причиной отказа от дачи заключения.

Заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии оформляется актом экспертизы; его структура и прин-

цип составления регламентированы ст.204 УПК РФ, приказом Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» и приложениями к приказу.

Приводимые фактические данные должны быть максимально точными и сопровождаться указанием, откуда они почерпнуты (из материалов дела, со слов обследуемого, из медицинской документации). Содержание акта должно быть понятно не только специалистам-психиатрам, но и судебно-следственным работникам. Он должен включать не только выводы о диагнозе и судебно-психиатрической оценке, но и обоснование этих выводов, вытекающее из данных о психическом состоянии подэкспертного в прошлом и в период обследования.

Заключение СПЭ состоит из введения, сведений о прошлой жизни обследуемого, истории настоящего заболевания (если таковое имеется), описания физического, неврологического и психического состояния (включая результаты лабораторных исследований), заключительной, мотивировочной, части. Последняя состоит из выводов и их обоснования.

При изложении истории жизни (анамнеза) эксперт должен отчетливо показать динамику выявленных психических нарушений. Анамнез желательно проследить до момента поступления лица на экспертизу, так как проведение в период следствия, а тем более пребывания под стражей имеет существенное значение для диагностики и судебно-психиатрической оценки. Особое внимание следует обращать на психическое состояние лица в период, относящийся к инкриминируемому деянию (имеется в виду состояние, непосредственно предшествующее правонарушению, в момент и сразу после содеянного).

В мотивировочной части акта формулируется диагноз применительно к одному из четырех признаков медицинского критерия невменяемости (хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие или иное болезненное состояние психики). Затем приводится клиническое обоснование диагноза и аргументируется судебно-психиатрическая оценка применительно к юридическому критерию невменяемости.

В случаях невменяемости обосновываются рекомендуемые меры медицинского характера.

Выводы экспертов при СПЭ являются ответами на поставленные вопросы и потому должны быть определенными. Это касается заключений о вменяемости, дееспособности и др. Предположительное заключение допустимо лишь в некоторых случаях заочных экспертиз, в частности при самоубийствах, когда нельзя получить недостающих сведений.

Если правонарушение складывается из ряда следующих друг за другом эпизодов, а перед экспертами не поставлены вопросы о дифференцированной оценке состояния обследуемого относительно каждого эпизода, то эксперты, установив качественные различия в психическом состоянии обследуемого в момент того или иного противоправного деяния, дают по ним отдельные экспертные оценки. Так, лицо, совершившее кражу в состоянии острого алкогольного опьянения и убийство в состоянии острого алкогольного психоза, по первому общественно опасному деянию должно быть признано вменяемым, по второму – невменяемым. Поскольку убийство было совершено в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности, проявлений которого уже нет ко времени судебно-психиатрического освидетельствования, то принудительные меры медицинского характера по поводу этого общественно опасного деяния могут не применяться.

Эксперт-психиатр вправе наряду с вопросом о вменяемости-невменяемости в своем заключении отметить, как должен относиться суд к показаниям этих лиц: как к показаниям психически здоровых или душевно больных людей (например, при самоговорах депрессивных больных).

В случаях признания подэкспертного вменяемым при наличии тех или иных психических расстройств большое значение приобретает мотивировочная часть судебно-психиатрического акта. Например, при признании лица, страдающего олигофренией, вменяемым экспертам следует не только обосновать его способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими в отношении данного конкретного деяния, но и показать суду, что он все же имеет дело с человеком со сниженным интеллектом, особенности психики которого если и не были прямой причиной совершенного деяния, то могли способствовать этому.

Заключение экспертов подлежит оценке следственных органов и суда, которые анализируют судебно-психиатрический акт на предмет его информативности, а также полноту и достоверность изложенных в нем фактов. В результате заключение может быть принято ими или отвергнуто. Несогласие с экспертной комиссией следственные органы и суд должны мотивировать и конкретно обосновать в постановлении или определении (ст.ст.207, 283 УПК РФ). Подобная мотивировка несогласия с экспертизой не только важна для обоснования этого процессуального действия, но и имеет большое значение для повторной экспертизы, так как указывает, какие обстоятельства вызывают у следователя и суда сомнения в экспертном заключении.

В соответствии со ст.205 УПК РФ в случае недостаточной ясности или неполноты экспертного заключения по отдельным вопросам возможен допрос экспертов, давших заключение. Согласно ст.207 УПК РФ возможно также назначение дополнительной экспертизы, которая может быть поручена тем же самым или другим экспертам. Существенные сомнения по поводу экспертного заключения, особенно касающиеся основных вопросов (прежде всего вменяемости), требуют повторной экспертизы, которая проводится комиссией экспертов в новом составе.

Изучение причин назначения повторных СПЭ, представляющих собой результат несогласия следственных органов и суда с предыдущим экспертным заключением, показывает следующие наиболее типичные обстоятельства. Если первая экспертиза признает обследуемого вменяемым, то сомнения в правильности этого заключения могут вызываться, например, односторонностью отбора данных уголовного дела, когда приводятся доводы о психической сохранности и не оговариваются, не освещаются факты, вызывающие сомнения в психическом здоровье (например, вычурность и манерность в поведении психопата). Неясность мотивов преступления, чрезмерная жестокость, отсутствие попыток скрыть преступление, неправильное поведение обвиняемого на допросах или в судебном заседании, нелепые объяснения совершенного преступления, непоследовательные высказывания также часто бывают причинами назначения повторной судебно-психиатрической экспертизы лицам, признанным вменяемым.

Если первая экспертиза дала заключение о невменяемости, то поводом для сомнения служат корыстные мотивы ООД и попытки его сокрытия, совершение преступления в соучастии с другими лицами, внешне упорядоченное поведение обвиняемого, его формальная ориентировка в окружающем и т.п. Порождает сомнение и несовершенство самого акта экспертизы, когда эксперт обращает внимание только на патологические нарушения и не упоминает о сохранных сторонах психики, наблюдающихся у подэкспертного.

Между выводами первой и повторной экспертизы возможны расхождения. Это обуславливается тем, что в результате повторного клинического обследования общее количество диагностически значимой информации увеличивается, выявляется ранее не замеченная, непостоянная психопатологическая симптоматика, уточняется динамика психического состояния.

Затрудняет вынесение экспертных решений недостаточность содержащихся в уголовных делах материалов, характеризующих личность обвиняемого, его поведение в различных условиях, в различных ситуациях и особенно в период, предшествовавший правонарушению, во время его совершения и непосредственно после него, что особенно важно для установления временного расстройства психической деятельности. Отсутствие всей необходимой информации порою ведет к неоднократным повторным экспертизам и ставит в трудное положение работу не только первой, но и последующих экспертных комиссий, особенно если повторную экспертизу суд назначает без возвращения дела на доследование, в связи с чем получение дополнительных материалов становится для эксперта затруднительным.

Следует отметить, что по Красноярскому краю в отношении следственных испытуемых в среднем 7,3% признаются невменяемыми, 87,3% вменяемыми и в 5,4% случаев экспертная комиссия затрудняется вынести решение.

Среди испытуемых, признанных невменяемыми, 52,5% составляют больные шизофренией, 19,2% – страдающие умственной отсталостью. Психические расстройства непсихотического уровня составили 6,2% от признанных невменяемыми. Остальные проценты распределены между алкогольными, реактивными и некоторыми другими психозами.

Глава 3. ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Принудительные меры медицинского характера – это особая уголовно-правовая форма государственного принуждения, содержание которой заключается в принудительном лечении невменяемых, а также вменяемых лиц, совершивших преступления и нуждающихся по своему психическому состоянию в принудительном лечении.

Правовые основы принудительных мер медицинского характера. Эти меры **сходны с наказанием**:

- назначаются судом;
- являются государственным принуждением.

Отличаются от наказания:

- по основаниям применения (наличие психического заболевания и необходимость лечения);
- по содержанию (отсутствие отрицательной уголовно-правовой оценки содеянного);
- по целям (лечение, а не исправление);
- по юридическим последствиям (данные меры не влекут судимости).

По правовой природе они являются уголовно-правовыми мерами безопасности, сущность которых заключается в принудительном лечении лиц, совершивших уголовно-противоправные деяния и представляющих по своему психическому состоянию опасность для общества.

3.1. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Действующее уголовное законодательство по существу не формулирует, что является основанием для применения принудительных мер медицинского характера. В ст.97 УК РФ приводится **перечень лиц, к которым суд может применить эти меры**:

- лица, совершившие преступления в состоянии невменяемости;

– лица, у которых после свершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;

– лица, совершившие преступление и страдающие психическими расстройствами, не исключающими вменяемости.

Еще в 1987 г. разработчики соответствующего раздела третьего модельного УК С.В.Бородин и С.В.Полубинская сформулировали идею комплексного основания применения принудительных мер медицинского характера. «В основании можно выделить три элемента, совокупность которых является достаточной для применения принудительных мер медицинского характера, а отсутствие хотя бы одного из них исключает применение этих мер:

факт совершения лицом общественно опасного деяния, предусмотренного уголовным законом, либо преступления;

наличие у этого лица психического заболевания, либо алкоголизма, либо наркомании;

необходимость лечения такого лица, вследствие его психического состояния, вызывающего опасность причинения им вреда себе или окружающим»¹.

Аналогичный вывод делают и другие авторы.² Они предлагают отнести к основаниям применения принудительных мер медицинского характера три обстоятельства:

а) совершение лицом преступления (общественно опасное деяние);

б) наличие у лица, его совершившего, психических аномалий различной степени тяжести;

в) такой характер психических аномалий, который связан с возможностью причинения этим лицом иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц.

Фактически разные авторы ведут речь о юридических и медицинских показателях общественной опасности психически больного лица, совершившего ООД. По мнению Г.В.Назаренко,³ единственным основанием применения принудительных мер медицинского характера является общественная

¹ Уголовный закон. Опыт теоретического моделирования. – М., 1987. – С.208.

² Назаренко, Г.В. Принудительные меры медицинского характера / Г.В.Назаренко. – М., 2003.

³ Там же.

опасность психически больного, совершившего уголовно-противоправное деяние. Общественная опасность такого лица характеризуется двумя критериями:

– юридическим (совершение деяния, предусмотренного УК РФ);

– медицинским (наличие психического расстройства, делающее лицо опасным для себя или других).

Общественная опасность психически больного лица представляет собой пролонгированное состояние. Если ранее, до 1996 г., общественную опасность определяли в зависимости от характера и степени общественной опасности содеянного, то в настоящее время формула закона о потенциальной опасности (ч.2 ст.97 УК РФ) ориентирует правоприменителя на определение общественной опасности исходя из медицинских показателей, характеризующих форму психического расстройства, его глубину, стойкость и динамику. В этом отношении по наблюдениям психиатров очень опасны больные с бредом преследования, воздействия, отравления.

Таким образом, для решения вопроса о выборе средств уголовно-правового воздействия необходим учет признаков состава уголовно-противоправного деяния, но в еще большей степени требуется учет свойств личности, ее социальной опасности, то есть признаков, находящихся за рамками состава общественно опасного деяния.

3.2. ЦЕЛИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА (СТ.98 УК РФ)

Уголовное законодательство относит к целям применения принудительных мер медицинского характера три направления деятельности правоохранительных органов и медицинских учреждений:

Излечение: невменяемых, лиц, заболевших после преступления, ограниченно вменяемых.

Улучшение психического состояния указанных лиц

Предупреждение совершения ими новых уголовно-противоправных деяний

Таким образом, речь идет о двух направлениях деятельности, двух целях применения:

Цель медицинского характера: излечение или улучшение состояния (интересы больного). Термин «излечение» следует понимать более широко, чем выздоровление, так как понятие принудительного лечения включает в себя не только лечение как таковое, но и содержание в стационаре с определенным режимом, соответствующим характеру психического заболевания и степени общественной опасности лица.

Цель юридического характера: предупреждение совершения новых общественно опасных деяний психически больными (интересы общества). Достижение этой цели связано с принудительным амбулаторным лечением и наблюдением у психиатра либо с помещением более опасных больных в психиатрический стационар, что предполагает не только лечение, но также изоляцию психически больных от общества, постоянное наблюдение за ними, а в более серьезных случаях – интенсивный надзор.

Виды принудительных мер медицинского характера описаны в ст.99 УК РФ. Широкий диапазон от амбулаторного лечения и принудительного наблюдения у психиатра до стационара с интенсивным наблюдением позволяет подобрать эти меры дифференцированно к каждому психическим больному, который в них нуждается.

3.3. ВИДЫ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

3.3.1. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра

Может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных ст.97 УК РФ, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар.

По мнению специалистов, амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено лицам, которые по своему психическому состоянию и с учетом характера совершенного деяния представляют невысокую общественную опасность.¹

УК РФ не дает критериев этого психического состояния. По мнению Г.В.Назаренко, **юридическими критериями пси-**

¹ Назаренко, Г.В. Указ. соч.

хического состояния, в котором больной не нуждается в стационарном лечении, являются:

- а) способность правильно понимать смысл и значение применяемого амбулаторного наблюдения и лечения и у психиатра;
- б) способность руководить своим поведением в процессе принудительного лечения.

Медицинскими критериями рассматриваемого психического состояния являются:

- а) временные психические расстройства, которые не имеют отчетливой тенденции к повторению;
- б) хронические психические расстройства в стадии ремиссии, обусловленной принудительным лечением в психиатрическом стационаре
- в) иные психические расстройства, не исключающие вменяемости (ч.2 ст.99 УК РФ).

Место проведения принудительного амбулаторного лечения зависит от вида наказания, назначенного судом:

- а) лица, осужденные к лишению свободы, проходят амбулаторное лечение по месту отбывания наказания, то есть в исправительных учреждениях;
- б) лица, осужденные к наказаниям, не связанным с лишением свободы, получают принудительное лечение у психиатра по месту жительства.

Фактически амбулаторное принудительное наблюдение и лечение являются особой разновидностью диспансерного наблюдения и заключаются в проведении регулярных осмотров врачом-психиатром и оказании больному необходимой медицинской и социальной помощи (ч.3 ст.26 Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может применяться как:

- первичная мера принудительного лечения: кратковременные расстройства психики (патологическое опьянение, алкогольный психоз, послеродовой психоз и т.д.)
- последний этап принудительного лечения: у лиц с хроническими расстройствами психики; слабоумием после прохождения принудительного лечения в стационаре; в связи с тем, что указанные лица нуждаются во врачебном наблюдении и поддерживающем лечебном режиме.

3.3.2. Назначение принудительного лечения в психиатрическом стационаре

Два обстоятельства, при наличии которых суд вправе назначить принудительное лечение в стационаре:

1) опасность лица, совершившего ООД, для себя или других лиц и возможность причинения таким лицом иного существенного вреда;

2) невозможность осуществить необходимое лечение, уход, содержание и наблюдение вне условий психиатрического стационара.

При выборе рекомендуемой принудительной меры СПЭК исходят из принципа необходимости и достаточности рекомендуемой меры для предотвращения новых ООД со стороны больного.

Суд, в свою очередь, оценивает заключение экспертов-психиатров в совокупности со всеми обстоятельствами дела, такими как характер совершенного деяния, способ совершения преступления, тяжесть наступивших последствий, и принимает решение о назначении конкретного вида принудительного лечения и указывает, в какой стационар направляется больной.

В зависимости от режима психиатрические стационары делятся на:

- стационары общего типа;
- стационары специализированного типа;
- стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Психиатрические стационары **общего типа** представляют собой психиатрические больницы, клиники, институты, научные центры, которые осуществляют психиатрическое лечение всех больных в общем порядке. Указанные стационары не специализируются на принудительном лечении. Это означает, что режим содержания психически больных лиц, находящихся на добровольном, недобровольном и принудительном лечении, фактически является одинаковым.

Психиатрические стационары **специализированного типа** предназначены для проведения принудительного лечения лиц, совершивших общественно опасные деяния, и осуществляют специальный режим содержания пациентов, исключая совершение побегов и совершение повторных эксцессов, выходящих за рамки закона.

3.3.3. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа

Психиатрический стационар общего типа – это обычно психиатрическая больница (отделение), оказывающая психиатрическую помощь.

Об отсутствии необходимости в интенсивном наблюдении за такими больными свидетельствуют:

- их несклонность к нарушению режима;
- неконфликтность с окружающими;
- неагрессивный характер поведения.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа проводится совместно с психически больными, которые не совершили ООД, и в тех же режимных условиях. Вместе с тем в отношении лиц на принудительном лечении применяются **определенные режимные ограничения**:

- отсутствие свободного выхода из отделения;
- прогулки только на территории больницы;
- домашние отпуска не предоставляются.

Таким образом, в психиатрические стационары общего типа помещаются больные, совершившие общественно опасные деяния, не связанные с посягательствами на жизнь граждан, не представляющие опасность для окружающих, но нуждающиеся в больничном содержании и лечении в принудительном порядке, психическое состояние и поведение которых не требует интенсивного наблюдения.

3.3.4. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа

В соответствии с законом (ч.3 ст.101 УК РФ) «принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения».

Принудительное лечение в **специализированном стационаре** суд вправе назначить лицу, которое представляет опасность для себя или других лиц либо может причинить иной существенный вред (ч.2 ст.97 УК РФ) и в силу общественной опасности, обусловленной психическим расстройством, требует постоянного наблюдения.

В специализированные стационары, как правило, направляются психически больные лица с психопатоподобными расстройствами, различными проявлениями психического дефекта и изменениями личности. Совершенные ими деяния в большинстве случаев имеют корыстный, насильственный либо хулиганский характер. Такие больные, по мнению специалистов, представляют **значительную общественную опасность**, так как для них характерно совершение повторных общественно опасных деяний при наличии стойких антисоциальных установок.

Психиатрические стационары специализированного типа создаются в крупных психиатрических больницах, где имеется опыт специализации. Обычно специализированный стационар формируется из одного-двух отделений на регион с общим количеством коек 150-200 мест. Постоянное наблюдение в специализированных стационарах обеспечивается дополнительным медицинским персоналом и наружной охраной, которая осуществляется службой обеспечения безопасности. К числу **контрольно-наблюдательных мер** относятся: использование охранной сигнализации, организация прогулок в строго изолированных местах, контроль за передачами, проведение необходимых мероприятий в строгом соответствии с инструкцией.

Наряду с постоянным наблюдением за контингентом специализированного стационара в отношении пациентов проводятся лечебно-реабилитационные мероприятия, принимаются коррекционно-воспитательные меры и осуществляется трудовая реабилитация больных.

3.3.5. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

В соответствии с законом (ч.4 ст.101 УК РФ) «принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет **особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения**».

Принудительное лечение в специализированном стационаре с интенсивным наблюдением – это наиболее строгая принудительная мера медицинского характера, так как предполагает постоянное и интенсивное наблюдение, а также принятие специ-

альных мер безопасности. В подобных стационарах осуществляются наружная охрана больниц и надзор за поведением больных внутри отделений, в местах проведения прогулок, культурных мероприятий и занятий трудом. Охрана таких стационаров осуществляется силами контролерского состава МВД России с помощью специальных средств контроля и сигнализации.

Психиатрическое лечение в стационарах специального типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицам, которые по своему психическому состоянию представляют особую опасность для себя либо окружающих. По мнению Г.В.Назаренко,¹ **особая опасность имеет медицинские и юридические показатели.** Медицинскими показателями особой опасности являются психотические состояния и продуктивная симптоматика, в частности шизофрения и другие психозы с бредовыми идеями преследования и отравления, императивными галлюцинациями. Юридическими показателями особой опасности психически больных лиц являются такие поведенческие акты, которые способны причинить существенный вред себе либо другим лицам. О наличии признаков особой опасности для самого себя свидетельствуют попытки самоубийства и членовредительства. Показателями особой опасности для других являются факты нападения на окружающих и совершения поджогов.

Уголовно-криминологическими показателями особой опасности служат также:

а) характер совершенного деяния (убийство, разбой, изнасилование и т.п.);

б) неоднократное совершение общественно опасных деяний, несмотря на применение принудительных мер медицинского характера;

в) вероятность совершения деяний, отнесенных Кодексом к категории особо тяжких (ст.15 УК РФ).

К числу уголовно-исполнительных показателей особой опасности следует отнести трудности содержания отдельных лиц в психиатрическом стационаре. Психиатры вполне обоснованно считают, что существуют две категории больных, представляющих повышенную социальную опасность: одна категория упорно стремится избежать лечения, больные со-

¹ Назаренко, Г.В. Указ. соч.

вершают попытки побега и осуществляют агрессивные действия в отношении медицинского персонала; другая категория – это больные, которые повторно поступают в психиатрический стационар, плохо поддаются медикаментозному лечению, мерам социальной адаптации и целенаправленно совершают противоправные действия.

3.4. ИСПОЛНЕНИЕ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

3.4.1. Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера

Суд при назначении принудительных мер медицинского характера не устанавливает сроки принудительного лечения. По смыслу закона (ст.99 УК РФ) такое лечение необходимо проводить до выздоровления лиц, страдающих психическими расстройствами, либо до такого улучшения их психического состояния, которое исключает совершение ими новых деяний, предусмотренных уголовным законом.

В юридической литературе высказывается мнение, что «основанием для решения вопроса о продлении, изменении, прекращении принудительного лечения может быть только состояние психического здоровья лица, в отношении которого применяются принудительные меры»¹. Законодатель решает этот вопрос более определенно, так как связывает изменение или прекращение применения принудительных мер медицинского характера с таким изменением психического состояния лица, при котором «отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо возникает необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера» (ч.3 ст.102 УК РФ). По смыслу закона основанием для прекращения применения принудительных мер медицинского характера является такое изменение психического состояния лица, при котором отпадает либо значительно снижается его об-

¹ Законодательство Российской Федерации в области психиатрии : комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М., 2002. – С.317.

публичная опасность, связанная с «возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц» (ч.2 ст.97 УК РФ).

Об отпадении общественной опасности свидетельствует полное выздоровление лица, имевшего психическое расстройство. Однако случаи полного выздоровления являются относительной редкостью в практике психиатрического лечения. В связи с этим для решения вопроса о прекращении принудительного лечения суды должны ориентироваться на такое изменение психического состояния, которое резко снижает общественную опасность больного. О существенном снижении общественной опасности психически больного лица может свидетельствовать не только улучшение его психического состояния, но и явное ухудшение его психического состояния. В последнем случае значительное снижение общественной опасности больного является следствием его психической либо физической немощности в результате стойкого и необратимого психического либо сопутствующего соматического заболевания.

Для того чтобы применение принудительных мер медицинского характера не превратилось в пожизненное принудительное лечение, законодатель наряду с основанием прекращения такого лечения установил судебный контроль за исполнением принудительных мер медицинского характера (ч.1 ст.102 УК РФ) и сроки освидетельствования психически больных лиц для решения вопроса о прекращении принудительного лечения либо изменении его вида (ч.2 ст.102 УК РФ).

Нормы УК РФ закрепляют новый порядок продления, изменения и прекращения принудительного лечения, в соответствии с которым судебный контроль за исполнением принудительных мер медицинского характера включает в себя:

а) принятие судебного решения, обеспечивающего обоснованность принудительного лечения (ч.1 ст.102 УК РФ);

б) принятие судебных решений, обеспечивающих не только обоснованность, но и своевременность продления, изменения и прекращения принудительных мер медицинского характера (ч.2 ст.102 УК РФ).

Закон (ч.2 ст.102 УК РФ) определяет **сроки обязательного освидетельствования лиц, находящихся на принудительном лечении**, комиссией врачей-психиатров и механизм реализации продления, изменения и прекращения принуди-

тельных мер. В соответствии с вышеуказанным законом комиссия врачей-психиатров обязана проводить периодические освидетельствования больных «не реже одного раза в шесть месяцев». Администрация учреждения, осуществляющего принудительное лечение, на основании заключения комиссии вносит в суд представление о прекращении применения либо об изменении принудительной меры медицинского характера. Судебное решение служит основанием для выписки из психиатрической больницы либо для перевода в стационар иного типа.

Закон (ч.4 ст.102 УК РФ) предусматривает, что в случае прекращения принудительного лечения в психиатрическом стационаре суд может передать необходимые материалы в отношении лица, находившегося на принудительном лечении, органам здравоохранения для последующего диспансерного наблюдения по месту жительства, лечения в психиатрическом стационаре на общих основаниях или направления в психоневрологическое учреждение социального обеспечения.

Порядок изменения принудительного лечения также включает в себя:

а) проведение периодического освидетельствования психически больных комиссией врачей-психиатров;

б) соблюдение установленных законом сроков освидетельствования;

в) направление либо предоставление суду заключения для изменения вида принудительного лечения;

г) осуществление судебной процедуры принятия соответствующего решения.

Основанием для изменения принудительной меры медицинского характера является такое изменение психического состояния лица, которое характеризуют два взаимосвязанных признака:

а) отпадение необходимости в применении ранее назначенной меры;

б) возникновение необходимости в назначении иной принудительной меры медицинского характера (ч.3 ст.102 УК РФ).

Отпадение необходимости в ранее назначенной мере может быть связано с улучшением психического состояния больного либо с таким ухудшением его психического состояния, которое снижает общественную опасность больного. В последнем случае может иметь место развитие слабоумия или

апатико-абулического синдрома, что ведет к потере способности к последовательной деятельности и значительному снижению активности.

Возникновение необходимости в назначении иной принудительной меры медицинского характера может быть вызвано таким изменением психики, которое:

а) снижает общественную опасность в такой степени, что применение ранее назначенной меры становится нецелесообразным;

б) повышает опасность психически больного лица настолько, что возникает необходимость в назначении принудительной меры медицинского характера с более строгим режимом содержания и наблюдения за больным.

Изменение принудительных мер заключается в изменении вида принудительного лечения. При снижении общественной опасности больного изменение принудительного лечения осуществляется в соответствии с принципом ступенчатости, который предполагает постепенный (пошаговый) переход от одной принудительной меры к другой. Больной при таком подходе переводится по решению суда из психиатрического стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением в стационар без интенсивного наблюдения, затем в стационар общего типа, а в качестве заключительной ступени (этапа) лечения может быть использовано принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра.

В случае возрастания общественной опасности больного при изменении принудительного лечения также применяется принцип ступенчатости, но в обратной последовательности: амбулаторное лечение последовательно заменяется лечением в стационаре общего типа, специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением соответственно.

Таким образом, принцип ступенчатости принудительного лечения в зависимости от снижения либо возрастания психической опасности больного может иметь прямую и обратную последовательность. Прямая последовательность реализации данного принципа предполагает смягчение режима принудительного лечения, обратная заключается в его усилении.

Изменение амбулаторного вида принудительного лечения на стационарные виды психиатрического лечения и наоборот осуществляется по решению суда в соответствии с нормами,

регламентирующими амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (ст.100 УК РФ) и принудительное лечение в психиатрическом стационаре (ст.101 УК РФ).

В практике судебной психиатрии ранее применявшийся принцип целесообразности (нецелесообразности) применения той или иной принудительной меры медицинского характера получил конкретизированное выражение как **принцип необходимости и достаточности принудительного лечения**. Сопоставление указанных принципов позволяет сделать вывод, что необходимость изменения ранее назначенной меры связана с нецелесообразностью ее применения, а достаточность вновь назначенной меры определяется целесообразностью ее назначения. В любом случае следование данному принципу должно соответствовать целям применения принудительных мер медицинского характера, то есть способствовать излечению психически больных лиц либо улучшению их психического состояния, а также предупреждению совершения новых деяний, предусмотренных уголовным законом.

Основания продления принудительных мер медицинского характера сформулированы законодателем в негативной форме как «отсутствие оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера» (ч.2 ст.102 УК РФ). Это означает, что имеются в наличии два обстоятельства:

- лицо страдает психическим расстройством, связанным с возможностью причинения «иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц» (ч.2 ст.97 УК РФ);
- сохраняется необходимость амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ст.100 УК РФ) либо лицо по своему психическому состоянию нуждается в стационарном лечении и наблюдении (ст.101 УК РФ).

В целях обоснованного и действенного продления принудительного лечения законодатель устанавливает два срока продления принудительных мер медицинского характера:

- а) первое продление производится по истечении шести месяцев с момента начала лечения. Этот срок обусловлен шестимесячным периодом проведения регулярных психиатрических освидетельствований на предмет изменения либо прекращения принудительного лечения;

б) в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно. Удлинённый срок последующего пересвидетельствования связан с практикой принудительного лечения, показывающей, что для устойчивой ремиссии заболевания требуются более длительные сроки, чем шесть месяцев. Дореволюционное законодательство вполне обоснованно предусматривало двухлетний срок первичного лечения.¹

С медицинской точки зрения продление принудительного лечения необходимо в отношении двух категорий больных:

а) лиц, которые в процессе лечения не восстановили способность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими;

б) лиц, которые имеют временное улучшение психического состояния, но при этом сохраняется достаточно высокая вероятность рецидива заболевания.

С юридической точки зрения продление принудительного лечения диктуется отсутствием данных, свидетельствующих о безопасности психически больного лица после проведенного лечения. Иными словами, речь идет о сохранении потенциальной опасности, обусловленной психическим состоянием больного и антисоциальными тенденциями, которые проявляются в его поведении.

3.4.2. Зачет времени применения принудительных мер медицинского характера

Законодатель использует понятие «зачет», однако определение этого понятия в законе отсутствует. По смыслу закона (ст.103 УК РФ) уголовно-правовой зачет представляет собой включение в срок наказания времени пребывания в психиатрическом стационаре лицам, совершившим преступление в состоянии вменяемости. Вопрос о зачете времени применения принудительных мер медицинского характера возникает в случае выздоровления лиц, в отношении которых применялось принудительное лечение в связи с наступлением психического расстройства после совершения преступления.

В соответствии с законом (ч.1 ст.81 УК РФ) «лицо, у которого после совершения преступления наступило психиче-

¹ Фейнберг, Ц.М. Принудительное лечение и признание душевнобольных, совершивших преступление в дореволюционной России. Проблемы судебной психиатрии / Ц.М.Фейнберг. – М., 1946.

ское расстройство, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими, освобождается от наказания, а лицо, отбывающее наказание, освобождается от дальнейшего его отбывания». Однако такое освобождение не является бессрочным, так как уголовный закон предусматривает возможность назначения принудительной меры медицинского характера, если субъект представляет общественную опасность (ч.1 ст.81 УК РФ), а в случае выздоровления до истечения сроков давности лицо, совершившее преступление, подлежит уголовной ответственности и наказанию (ч.4 ст.81 УК РФ). Выздоровление лица, совершившего преступление, является основанием для принятия судом решения о прекращении принудительного лечения и одновременно служит поводом для возобновления производства по уголовному делу либо решения судом вопроса о продолжении отбывания наказания.

В случае возобновления приостановленного уголовного дела или исполнения ранее назначенного наказания производство предварительного расследования, судебное разбирательства, назначение и исполнение наказания осуществляются в общем порядке, установленном действующим законодательством. При этом правоохранительным органам, осуществляющим указанные функции, следует определить, нет ли обстоятельств, препятствующих возобновлению производства по делу или исполнению наказания, таких как сроки давности (ст.ст.78, 83 УК РФ), и других оснований для освобождения от уголовной ответственности и наказания (ст.ст.75-77, 82, 84, 85, 91, 93 УК РФ).

Зачет времени применения принудительных мер медицинского характера в срок наказания осуществляется из расчета 1 день пребывания в психиатрическом стационаре за 1 день лишения свободы (ст.103 УК РФ).

Совершенно иной подход законодатель демонстрирует к такой мере медицинского характера, как принудительное наблюдение и лечение у психиатра: правило зачета на данный вид принудительного лечения не распространяется. По справедливому замечанию С.В.Бородина, «...амбулаторное лечение... не

налагает на больного существенных ограничений»¹. Больной, хотя и проходит психиатрическое лечение, фактически находится на свободе. Такой подход вполне согласуется с принципом справедливости, согласно которому меры уголовно-правового характера должны соответствовать всем обстоятельствам дела и особенностям личности виновного лица (ст.6 УК РФ).

Норма о зачете времени принудительного лечения в срок наказания является конкретным воплощением принципа гуманизма, который закрепляет идею ограничения антигуманных проявлений в сфере применения уголовного законодательства (ст.7 УК РФ). Рассматриваемая норма имеет гуманный характер, так как ограничивает срок наказания лицу, которое достаточно длительно (не менее 6 месяцев) находилось в состоянии зависимости от психической болезни и подвергалось в связи с этим принудительному лечению.

Закон (ст.103 УК РФ) не содержит указаний о порядке зачета при назначении других видов наказания, нежели лишение свободы. Вместе с тем представляется вполне обоснованным в соответствии с правилами исчисления сроков наказания и зачета наказания, установленными ст.72 УК РФ, засчитывать 1 день пребывания в психиатрическом стационаре за 1 день ареста или содержания в дисциплинарной воинской части, 2 дня ограничения свободы, 3 дня исправительных работ или ограничения по военной службе, 8 часов обязательных работ. И последнее: правило о равенстве 1 дня лишения свободы 1 дню пребывания в психиатрическом стационаре никоим образом не противоречит принципу законности, закрепленному ст.3 УК РФ, ибо зачет времени принудительного лечения в срок наказания представляет собой не только техническую процедуру, но и уголовно-правовое последствие, определяемое УК РФ в связи с прохождением курса принудительного лечения лицом, подлежащим наказанию.

¹ Законодательство Российской Федерации в области психиатрии : Комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». – С.324.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Знание законодательства в области психиатрической помощи необходимо всем гражданам, потому что в жизни каждого может сложиться ситуация, когда потребуется вмешательство психиатров либо в их частную жизнь, либо в жизнь их близких. Тем, кто изучает юридические специальности, подобные знания важны вдвойне – им предстоит в будущем защищать законные права и интересы лиц, как страдающих психическими расстройствами, так и тех, кто пострадал от их общественно опасных действий.

Юристам необходимо четко представлять себе цели и задачи судебно-психиатрической экспертизы, уметь своевременно распознавать психические отклонения у граждан, вовлеченных в судебно-следственные ситуации, и назначать судебно-психиатрическую экспертизу.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

1. Какие виды психиатрической помощи гарантирует государство?
2. На каких принципах основывается оказание психиатрической помощи в РФ?
3. Какими правами обладают психически больные люди, и чем эти права гарантируются?
4. В каких случаях возможно недобровольное психиатрическое освидетельствование?
5. Назовите порядок действий медицинских работников при недобровольном освидетельствовании гражданина.
6. Порядок действий медицинских работников при недобровольном помещении гражданина в психиатрический стационар.
7. Что такое «невменяемость»? Назовите критерии невменяемости.
8. Что такое «принудительные меры медицинского характера»?
9. Какие принудительные меры медицинского характера предусматривает законодатель в ст.99 УК РФ?
10. Кто имеет право назначить судебно-психиатрическую экспертизу?
11. Кто и в каких учреждениях проводит судебно-психиатрическую экспертизу?
12. Чем регламентируется проведение судебно-психиатрической экспертизы?
13. Какие документы должен собрать следователь для проведения экспертизы?
14. Какие виды судебно-психиатрических экспертиз выделяют?
15. В чем преимущества амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы?
16. Какие основания должны присутствовать для назначения стационарной судебно-психиатрической экспертизы?
17. Как долго может длиться стационарная судебно-психиатрическая экспертиза?
18. С какой целью экспертов могут вызвать в судебное заседание?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации : принята все-народным голосованием 12 декабря 1993 г. [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
2. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 г. №63-ФЗ (в ред. от 9 апреля 2007 г.) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
3. Уголовно-процессуальный Кодекс Российской Федерации от 18 декабря 2001 г. №174-ФЗ в ред. от 26 апреля 2007 г. [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
4. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании : Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. №3185-1 (в ред. от 22 августа 2004 г.) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
5. Об утверждении инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений : приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 30 мая 2005 г. №370 [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
6. Об Утверждении Форм Первичной Медицинской Документации Учреждений Здравоохранения : приказ Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. №1030 [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
7. О судебной практике по применению, изменению и отмене принудительных мер медицинского характера : постановление Пленума Верховного Суда СССР от 26 апреля 1984 г. №4 [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс.
8. Дмитриева, Т.Б. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе / Т.Б.Дмитриева [и др.]. – СПб., 2003.
9. Долгова, С.В. Проблемы уголовной ответственности лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.08 / С.В.Долгова. – М., 2003.
10. Кисляков, А.В. Уголовная ответственность и исполнение наказания в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, не исключающими вменяемости : дис. ...

канд. юрид. наук : 12.00.08 / А.В.Кисляков. – М., 2003. – С.194.

11. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии : комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М., 2002.

12. Назаренко, Г.В. Принудительные меры медицинского характера / Г.В.Назаренко. – М., 2003.

13. Рыжаков, А.П. Производство по применению принудительных мер медицинского характера / А.П.Рыжаков. – М., 1997.

14. Первомайский, В.Б. Субъект судебно-психиатрической экспертизы и проблема расхождения экспертных выводов / В.Б.Первомайский // Журнал психиатрии и медицинской психологии. –2004. – №4. – С.33-36.

15. Сафуанов, Ф.С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза обвиняемых в криминально-агрессивных действиях. Психологический аспект : дис. ... док. психол. наук : 19.00.04 / Ф.С.Сафуанов. – М., 2003. – С.362.

План издания №38

Марина Анатольевна Лисняк,
Наталья Андреевна Горбач

**ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ.
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

Учебное пособие

Редактор Т.Ю.Яковлева
Технический редактор М.Н.Киценко

СЭЗ № 24.49.07.953 П 000315.07.03 от 21.07.2003

Подписано в печать _____
Формат Р 60x84. Бумага типографская. Гарнитура Таймс.
Печать офсетная. Усл.печ. листов 8,25.
Тираж 100 экз. Заказ _____.

Организационно-научный и редакционно-издательский отдел.
Сибирский юридический институт МВД России.
660131, г. Красноярск, ул. Рокоссовского, 20.

Отпечатано на участке оперативной полиграфии
Сибирского юридического института МВД России.
660050, г. Красноярск, ул. Кутузова, 6.

