

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Отчет о совещании Рабочей группы

Сiena

13-17 октября 1975 г.



ЕВРОПЕЙСКИМ РЕГИОНАЛЬНЫМ БЮРО
Всемирной организации здравоохранения
КОПЕНГАГЕН
1978 год

ICP/MNH 028 I

Примечание

Настоящий отчет подготовлен Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения для правительств государств-членов ВОЗ, входящих в Европейский регион, а также для участников Рабочей группы по судебной психиатрии. Ограниченное количество экземпляров отчета, предназначенных для лиц, связанных с данной областью исследования по своему служебному положению или по роду своей профессиональной деятельности, имеется в Европейском региональном бюро ВОЗ в Копенгагене по адресу: WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, 2100 Copenhagen Ø, Denmark.

Выраженные участниками данной Рабочей группы взгляды и точки зрения не обязательно отражают решения или установленную политику Всемирной организации здравоохранения.

Используемые в отчете обозначения и приводимые в нем материалы не являются выражением мнения Секретариата Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района, либо их властей или же по вопросу определения их границ. Когда в заголовках таблиц дается обозначение "страна или район", оно подразумевает страны, территории, города или районы.

Настоящий отчет имеется также на английском
и французском языках.

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
1. Введение	5
2. Отношение к судебной психиатрии	6
2.1 Мнение юриста	8
2.2 Мнение криминолога	9
2.3 Мнение правонарушителя	10
2.4 Мнение социолога	12
2.5 Общая дискуссия	13
3. Судебная психиатрия сегодня - организационный статус	14
3.1 Австрия	14
3.2 Дания	15
3.3 Федеративная Республика Германии	17
3.4 Ирландия	19
3.5 Италия	21
3.6 Нидерланды	23
3.7 Соединенное Королевство	24
3.8 Союз Советских Социалистических Республик ...	27
3.9 Дискуссия	29
4. Будущая политика	31
4.1 Судебная психиатрия в различных учреждениях .	31
4.2 Численная доля правонарушителей, подлежащих психиатрическому обследованию и лечению	36
4.3 Вклад психиатра в создание более гуманных тюремных условий	37
5. Научные исследования	41
6. Организационные структуры и инициативы	43
7. Выводы	45
Справочная литература	47

	<u>Стр.</u>
Приложение I	Современные вопросы судебной психиатрии - д-р Б. Воруп Свендсен 49
Приложение II	Будущие научные исследования, необходимые для развития судебной психиатрии - профессор Ф.Х. МакКлинток 54
Приложение III	Организационные структуры и инициативы - профессор У. Раш 57
Приложение IV	Программа 63
Приложение V	Список участников 67

1. ВВЕДЕНИЕ

В сотрудничестве с правительством Италии Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения провело в Сиене с 13 по 17 октября 1975 г. совещание Рабочей группы по судебной психиатрии.

Совещание явилось составной частью программы Регионального бюро по охране психического здоровья, которая начала осуществляться в 1968 г. и ориентирована на четыре основных области: коммунальные службы охраны психического здоровья, охрана психического здоровья детей и подростков, алкоголизм и лекарственная зависимость, обучение и подготовка. Судебная психиатрия связана со всеми этими областями, и о ней уже говорилось на предыдущих совещаниях, в частности на совещании Рабочей группы по проблемам неправильного социального поведения и правонарушений подростков и молодежи, Хельсинки, июнь 1972 г. (1); на симпозиуме по основным проблемам преступности несовершеннолетних, Братислава, август 1973 г. (2); и на совещании Рабочей группы по консультативным службам для молодежи, Любек, май 1975 г. (3).

Концепция преступности в ее связи с действующими в стране законами и индивидуальной психиатрической оценкой правонарушителя открыта для обсуждения, а быстрота изменений в сегодняшнем обществе делает задачу судебного психиатра все более сложной. Назрела настоятельная потребность рассмотреть нынешний статус судебной психиатрии в различных системах контроля и лечения, а также обсудить разные взгляды на судебную психиатрию и ее роль в профилактике преступлений, а также в борьбе против правонарушителей и их лечении.

Помимо общей оценки ситуации, участники совещания, основываясь на многопрофильном подходе, внесли конструктивные предложения в отношении будущих научных исследований и мероприятий.

Всего в совещании принял участие 21 человек из области социологии, психологии, криминологии, психиатрии, судебной психиатрии, организации общественного здравоохранения и права. Несколькими участниками также была представлена информация о деятельности Научно-исследовательского института ООН по социальной защите, Международного криминологического общества и Всемирной ассоциации психиатров. Все

участники (см. Приложение V) были приглашены на совещание в качестве временных советников ВОЗ. На открытии совещания с приветственными речами выступили сенатор Б. Пинто, первый помощник Государственного секретаря Министерства здравоохранения, Рим, и профессор Р. Ваннулья, начальник Отдела внешних сношений, Министерство здравоохранения, Рим. Другие ораторы выступали: от области Тоскана - д-р Гарцанти, Секретарь по общим делам; от г. Сиены - г-н С. Ваннини, мэр г. Сиены; профессор А. Герола, представлявший провинцию Сиена; и от Сиенского университета, где проходило совещание, выступили профессор М. Барни, Ректор университета, а также профессор Рикки, который представлял медицинский факультет.

Открывая совещание от имени д-ра Лео А. Каприо, директора Европейского регионального бюро ВОЗ, д-р М. Постильоне, руководитель Службы профилактики болезней и борьбы с ними, поблагодарил представителей властей, приветствовал участников и рассказал о задачах совещания в рамках программы Регионального бюро по охране психического здоровья.

Участники избрали профессора М. Барни Председателем, д-ра Б. Ворупа Свендсена, консультанта ВОЗ, - Вице-председателем, и д-ра Й. Гунна - Составителем отчета. Д-р М. Постильоне исполнял обязанности Секретаря совещания.

2. ОТНОШЕНИЕ К СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

В начале совещания участники почтили память покойного д-ра Антони Мюя, бывшего Регионального специалиста по охране психического здоровья в Европейском бюро, который особенно кдал созвва этого совещания.

В противоположность большинству международных совещаний, в которых участвуют представители судебной психиатрии, эта Рабочая группа была созвана специально для обсуждения функций судебной психиатрии и пересмотра ее как дисциплины. В настоящее время высказываются некоторые сомнения в целесообразности существования судебной психиатрии как отдельной дисциплины, и для судебных психиатров важно выслушать авторитетную критику. Такая переоценка особенно своевременна ввиду больших реорганизационных изменений, происходящих

в психиатрии, особенно в судебной психиатрии, во многих частях Европы. Например, происходит очевидное снижение спроса на услуги судебного психиатра в таких странах как Дания, которая до этого принимала активное участие в развитии этой дисциплины.

Исторически судебная психиатрия пережила три основных фазы развития. Первая фаза, пессимистическая, получила развитие около ста лет назад под влиянием итальянской позитивной школы; согласно этому направлению правонарушители рассматривались как душевнобольные, которых нужно не наказывать, а изолировать от общества на благо последнего. Вторая, более оптимистическая тенденция, стала развиваться вскоре после первой мировой войны, прежде всего в англосаксонских странах. По этой теории правонарушители рассматриваются как люди, переживающие психологические трудности, поддающиеся лечению. На основе этой философии были созданы такие центры как Херстедвестер в Дании, клиника "Ван дер Хоувен" в Нидерландах, а также тюрьма "Грендон Ундервуд" в Англии. Нынешняя точка зрения на эту проблему является скептической, а медицинская модель не считается вполне подходящей для понимания большого числа преступлений. Преступление чаще рассматривается либо как нормальное адаптационное явление, либо как реакция на социальный стресс.

Участникам было предложено рассмотреть ряд конкретных вопросов:

1) Должна ли судебная психиатрия выполнять свою специфическую роль или же ее следует объединить с криминологией и пенологией?

2) Должен ли судебный психиатр заниматься всеми правонарушителями или же только психически больными правонарушителями?

3) Где надлежит выполнять задачи судебной психиатрии - в обычной больничной системе или же в исправительной системе?

4) Нужны ли специальные учреждения для психически больных правонарушителей, следует ли их лечить вместе с другими правонарушителями или же включать их в число остальных психически больных?

5) Каковы должны быть цели лечения?

- 6) Должен ли психиатр всегда отвечать за лечение?
- 7) Каковы должны быть отношения между судебной психиатрией и общей психиатрией?
- 8) Могут ли судебные психиатры внести свой вклад в профилактику преступности?

Участники признали, что получить конкретные ответы на эти вопросы в ближайшем будущем вряд ли будет возможно, но поскольку эти вопросы представляют некоторые из главных проблем судебной психиатрии, то они были сформулированы в самом начале, чтобы сосредоточить на них внимание участников.

Первая фаза совещания была посвящена изучению серии материалов, представленных непсихиатрами. Юристам, социологам, криминалистам и правонарушителям было предложено высказать свои мнения с точки зрения работодателей судебного психиатра и потребителя его услуг.

2.1 Мнение юриста

Согласно определению судебный психиатр часто работает в сотрудничестве с юристом. Юрист видит две главных задачи судебного психиатра. Первая — это помочь судьям и администраторам, либо в суде, либо в исправительной системе, понять психическое состояние обвиняемого или правонарушителя. Вторая — это рекомендовать и иногда осуществлять программы лечения, особенно те, которые нацелены на профилактику преступного поведения или борьбу с ним.

Одной из наиболее частых просьб, с которой юрист обращается к судебному психиатру, является просьба дать оценку психического состояния предполагаемого правонарушителя в момент совершения преступления. Считается также, что судебный психиатр должен высказывать свое мнение о способности обвиняемого предстать перед судом, о воздействии возбуждающих средств на его психическое состояние и о степени чувства ответственности у несовершеннолетних.

Такие вопросы иллюстрируют трудности сотрудничества, возникающие в деле между судебным психиатром и юристом, поскольку, несмотря на большой опыт обеих сторон, этот вопрос представляет проблему, которая все еще остается нерешенной. Судья хочет знать, виновен ли обвиняемый с уголовной точки зрения, и, если да, то какова степень его виновности. С

другой стороны, психиатр использует медицинские методы, чтобы оценить, является ли обвиняемый психически больным и существуют какие-либо методы, которые можно использовать для его лечения. Ответственность является юридической и уголовной концепцией, которой психиатрия обычно не пользуется. Во многих отчетах авторы представляют психиатрические подробности, а затем вдруг делают внезапный алогичный скачок, пытаются ответить на специфические юридические вопросы. Психиатрическая наука не в состоянии оценить точно количество доброй воли или соответствующей моральной ответственности каждого человека, тогда как именно этого требует система уголовного правосудия.

После вынесения приговора возникают дополнительные трудности в деле установления контакта. По своему характеру система наказаний является такой системой, в которой все цели устанавливаются исправительным персоналом и в которой всех правонарушителей заставляют принимать "помощь". Это означает, что такие основные принципы лечения как добровольное согласие и личная целенаправленность не могут быть применены на практике. Далее, по мере того, как лечение становится все более научным, пропасть между лечащими и лечимыми в тюремной системе увеличивается. Лечащие рассматриваются лечимыми как представители темной и загадочной науки, для которой интересы правонарушителя не обязательно находятся в центре внимания. Почти неизбежно, что лечащие воспринимаются как представители системы наказания.

2.2 Мнение криминолога

Криминология сама находится в состоянии изменений и конфликтов. В ней представлены многие различные школы, начиная от "неопозитивистов" и кончая "радикальными криминологами". Эти школы часто проповедуют в корне противоположные взгляды. Именно на этом фоне следует рассматривать сегодняшнее отношение криминологии к психиатрии. С точки зрения их развития криминология и судебная медицина тесно связаны друг с другом. Вероятно, можно выделить три фазы развития. Первая - это фаза исправления, на которой как криминология, так и судебная психиатрия рассматривали преступника в качестве главного объекта внимания. Затем наступила фаза отклонений, на которой криминология стала уделять больше внимания структуре самого общества. Сейчас, на третьей фазе, некоторые группы криминологов

считают лечебный подход в судебной психиатрии разрушительным. Эта третья фаза означает, что криминологи и психиатры сейчас противостоят друг другу. Кроме того, судебный психиатр не может больше заявлять о своем нейтральном отношении. Вероятно, можно достичь определенного примирения, если судебная психиатрия отойдет от практики лечения в специальных учреждениях и займется созданием систем коммунальной психиатрии для правонарушителей.

На одну и ту же проблему можно смотреть по-разному. Например, мелкие кражи в магазинах могут рассматриваться как социальное явление в современных городах, или лица, совершающие такие проступки, могут быть обследованы как отдельные нарушители. Существует три разных вида оценки преступления: 1) юридическая; 2) социальная; 3) психологическая или индивидуальная. Судебная психиатрия обязана рассматривать преступления с точки зрения индивидуума.

Возможно, задача судебной психиатрии должна заключаться в том, чтобы дать индивидууму достаточную степень свободы, для того чтобы он мог сам сделать выбор в пределах тех юридических и социальных рамок, в которых он живет. Судебный психиатр не должен что-то делать правонарушителю или для него, а вместе с ним.

2.3 Мнение правонарушителя

К сожалению, выслушать мнение правонарушителя не представлялось возможным, однако в дискуссии смог принять участие представитель организации правонарушителей, который использовал заранее подготовленный материал, прочитанный до этого несколькими заключенными.

Точка зрения правонарушителя исходит из философии, считающей тюремное заключение иррациональной мерой. Поэтому в той степени, в какой психиатр является поборником и деятелем системы заключения, он противостоит интересам правонарушителя. Психиатр должен быть представителем правонарушителя, а не системы наказания.

Иногда правонарушитель испытывает чувство страха и негодования по отношению к психиатру, потому что последний, будучи участником судебных коллизий, обладает определенной силой: он выведывает подробности трагедии человека, а затем использует добытую информацию против правонарушителя.

Заклученный может почувствовать себя полностью униженным, слушая как его публично называют "сумасшедшим", "неуравновешенным", "лишенным эмоций", "опасным".

Надежды правонарушителя на "лечение" могут быть полностью разрушены реальностью, где лечение может означать просто тот факт, что тюрьма, в которой ему предстоит отбывать наказание, возглавляется психиатром, а не каким-то другим юридическим администратором. Кроме того, сама идея лечения в применении ее в психиатрических учреждениях в какой-то мере вносит элемент гуманности в места заключения и таким образом обеспечивает возможность их более продолжительного использования.

Неокончательный приговор представляет особую проблему для судебного психиатра. На практике он не влияет на уровень рецидивизма, но приносит особую жестокость, возникающую из-за неопределенности и постоянно разбиваемых надежд.

Когда обычный врач работает с отдельным больным, он старается оградить его от неприятностей и уважает его доверие. Судебный психиатр - это особый врач, потому что для него на первом месте безопасность, а затем уже нужды больного. Фактически он является хорошо образованным специальным тюремным надзирателем. Заклученные особенно боятся "психопольцейского", который решает вопросы досрочного освобождения.

Заклученные считают, что судебная психиатрия должна придерживаться следующих принципов:

- 1) психиатры не должны объявлять о своем мнении до тех пор, пока точно не установлено, что подозреваемый действительно совершил преступление, в котором его обвиняют;
- 2) психотические заклученные должны лечиться психиатрами в медицинских клиниках, не предназначенных для карательных целей;
- 3) если заклученный становится психотическим больным во время отбывания срока наказания, его следует перевести в обычную психиатрическую больницу;
- 4) любой заклученный должен иметь право на консультацию с любым врачом, работающим за пределами тюрьмы;
- 5) лишь суды, и только они, должны принимать решения о будущем заклученного.

2.4 Мнение социолога

Суд — это место разрешения конфликтов. Конфликт может возникнуть между людьми или между государством и отдельным человеком. Для справедливого разрешения конфликта суд не располагает чем-нибудь иным кроме закона и открыт для публики. Медицина, с другой стороны, — это профессия, и роль врача обычно довольно ясна: помочь больному справиться со своим недугом.

Поначалу судебный психиатр работал в суде как обычный представитель врачебной дисциплины. Он был на стороне больного, защищая его от ужасов системы наказания. Например, он пытался помочь ему избежать виселицы или пытки. Когда система наказания приняла более гуманную форму заключения, судебный психиатр постепенно отошел от этих позиций и теперь часто становится на сторону государства и против определенных членов преступного мира. Правонарушители стали бояться психиатров, потому что они полномочны продлить срок заключения, а также наложить на человека особое клеймо, клеймо умственной неуравновешенности.

Психиатры являются свидетелями с профессиональными знаниями, чьи показания имеют огромный вес, однако на практике их слабым местом является способность предсказывать (4). Они особенно плохо предсказывают опасность и, как следствие этого, преувеличивают риск (5). Более того, психиатрическое лечение не снижает уровня рецидивизма.

В Скандинавии судебная психиатрия теряет свое влияние. Это создает опасность того, что гуманное воздействие, оказываемое психиатрией, может исчезнуть. Возможно, что эту дилемму можно решить, если предложить судам взвешивать те страдания, которые больному правонарушителю уже принесли другие люди, и соответствующе наказать его. Другим решением может быть изменение характера конфликта в уголовном законодательстве: не государство против преступника, а жертва против преступника. Самым важным из всего является то, что судебные психиатры должны вернуться к выполнению своей медицинской роли, т.е. к работе по обеспечению охраны здоровья обвиняемого (6,7).

Социолог считает, что обычная психиатрия должна заниматься разрешением конфликта между правонарушителем и обществом. Почему бы не отменить специальность судебной

психиатрии? Тогда обычные психиатры смогут выполнять свои традиционные медицинские задачи в интересах своих больных, независимо от того, являются они правонарушителями или нет.

2.5 Общая дискуссия

Судя по всему не приходится удивляться, что судебные психиатры не согласны с тем, что их специальность должна быть ликвидирована. Отмечалось, что даже если судебная психиатрия будет упразднена, психически ненормальные правонарушители все же будут нуждаться в лечении, и, вероятно, лучше использовать для этого тех, кто разбирается в специальных проблемах этой области. Кроме того, во многих странах судебные психиатры - не просто чистые специалисты, а психиатры общего профиля, используемые время от времени для обслуживания судебных процессов и больных. Их основной психиатрической задачей все еще остается, как отмечал юрист (раздел 2.1 выше), определение того, является человек психически больным или нет. Критические замечания в отношении неточного предсказания и неэффективного лечения высказываются в адрес любого профессионального работника юридической или пенитенциарной системы и не являются чем-то особым для психиатрии. Неверно будет сказать, что традиционная роль психиатра общего профиля заключается лишь в представлении интересов больного и в лечении тех, кто хочет лечиться. В ходе всей своей истории психиатрия всегда была связана с определенным элементом принуждения. Каждая страна имеет законы, охраняющие психического больного от него самого или общество от того ущерба, который он может причинить. Участники Группы предостерегали о том, что антилечебная идеология может фактически быть идеологией мести или идеологией наказания. Если предстоит отменить судебную психиатрию, то те, кто занимается вопросами обеспечения благополучия правонарушителей, должны четко представлять ту систему, которая заменит сегодняшнюю. Возможно, что некоторые возражения, высказываемые против существования судебной психиатрии, могут быть приняты, если такие специалисты сосредоточат внимание на психически больных, которые совершают преступления, а не на уголовниках с психическими расстройствами. Психиатры из Великобритании выразили свое согласие с мнением социолога о том, что обвинительная система имеет заметное преимущество для психиатра в том плане, что он занимает четкую позицию либо на одной, либо на другой стороне. Однако,

психиатры из стран континентальной Европы высказали мнение, что такая система может привести к созданию атмосферы нечестности, когда каждая сторона будет стремиться представить несколько искаженную картину обстоятельств, которая наиболее благоприятна для их клиента, вместо того, чтобы добиваться объективности и научного подхода, как это имеет место в медицине.

Участники дискуссии пришли к общему выводу в том, что от судов не следует ожидать компетентности в психиатрии и что им всегда будут необходимы показания психиатров. Одной из целей современного психиатрического образования должно стать усовершенствование качества даваемых суду показаний. Также было высказано общее мнение о том, что психиатры должны воздерживаться от попыток изменить систему убеждений индивидуума. Если необходимо лечение, то оно должно быть направлено на устранение конкретных расстройств, а не просто являться контролем или перевоспитанием тех, кто не любит общество, в котором они живут.

3. СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ СЕГОДНЯ - ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ СТАТУС

Участники совещания из нескольких стран осветили аспекты своих собственных национальных систем, и тем самым показали большое разнообразие правовых кодексов и судебно-медицинской деятельности в Европе. Ограничения во времени не дали возможности обсудить подробно многие из этих материалов.

3.1 Австрия

Из нового австрийского уголовного кодекса, составленного в 1974 г., была изъята статья о пониженном чувстве ответственности, поскольку было признано, что она создает несправедливую ситуацию, при которой осужденный с пониженным чувством ответственности может быть направлен на короткий срок сначала в тюрьму, а затем уже в больницу. Вместо положения о пониженной ответственности было предусмотрено вынесение неокончательного приговора с допустимым максимальным сроком. Пограничные случаи, а также лица, являющиеся, по всей видимости, "психопатологическими", но не страдающими от психоза

могут направляться в специальные психиатрические тюрьмы, существующие как часть тюремной системы. Из этих тюрем правонарушитель может быть условно освобожден до истечения срока или же может получить дополнительный срок сверх максимального срока, если его считают опасным. Заключенные могут свободно переводиться из психиатрических тюрем в обычные. В пяти или шести австрийских тюрьмах сейчас есть медицинские отделения; имеются также 22 тюремных психиатра, половина из которых связаны одновременно с университетами. Тюремная система имеет также специальные отделения для наркоманов, которым могут выноситься неокончательные приговоры сроком до двух лет. Помимо тюрем в Австрии имеются учреждения для психически ненормальных правонарушителей, которые признаны не способными нести ответственность (например, они могут страдать психозом). Эти специальные учреждения находятся в ведении Министерства юстиции и поэтому отделены от обычных психиатрических лечебниц, которые относятся к службам здравоохранения.

Судебный психиатр выполняет обычные функции по 1) составлению судебных отчетов и 2) обеспечению лечения.

3.2 Дания

Психиатры из всех районов Скандинавии были бы разочарованы, если бы им пришлось работать в системе судопроизводства, основанной на споре между сторонами, которая присуща англо-саксонским странам. Скандинавские психиатры полагают, что такая система ведет к полуправдам и искажениям, а также к столкновению мнений в открытом суде и считают, что эта система препятствует клинической объективности и не представляет собой, к примеру, хороший метод установления диагноза.

В Дании, например, за последние десять лет влияние психиатрии на юридическую систему идет на убыль. В 1973 г. была проведена реформа в системе уголовного наказания, в соответствии с которой были практически отменены все специальные психиатрические учреждения в системе наказания, включая центр для преступников-психопатов в Херстедвестере, куда их помещали на неопределенный срок. Как следствие этого, судебные психиатры прекратили лечение правонарушителей как таковых в исправительной системе. Заключение психиатра обычно требуется суду только в серьезных уголовных делах.

Двадцать лет назад психиатрическому обследованию перед судом подвергались 15% всех правонарушителей, получавших приговоры, более суровые, чем штраф или "haefte" (краткий срок заключения); теперь соответствующее число составляет 5%.

Главная цель психиатрического судебного заключения состоит в том, чтобы показать выраженную психическую неполноценность, психоз или умственную отсталость. Правонарушители, у которых обнаружены такие состояния, переводятся в обычные гражданские службы здравоохранения. Уже в течение приблизительно 100 лет врачи не участвуют в решении вопроса об "ответственности"; это решает суд. Психиатрическое обследование может быть проведено во время помещения правонарушителя в больницу, предварительного заключения (большинство) или во время пребывания правонарушителя на поруках. Проводится только одно обследование - для суда, но не специально для защиты или обвинения. Половина экспертных заключений делается психиатрами, половина - сотрудниками общественного здравоохранения. Врач, давший заключение, почти никогда не присутствует на суде, но приблизительно половина заключений - об обвиняемых с серьезными проблемами или те, что готовятся для серьезных уголовных дел - представляются в секцию психиатрии Медико-юридического совета, который объявляет о том, насколько он считает правильными выводы, сделанные в заключении. Иногда заключения отсылаются обратно авторам с внесенными изменениями или с просьбой о дополнительном исследовании.

В настоящее время, вероятно, слишком мало психиатрических заключений делается для суда. Это означает, что определенное число психотических больных содержится в обычных тюрьмах, и начинают создаваться очереди на психиатрическое обследование в специальных закрытых учреждениях. Это последнее явление объясняется стремлением многих больничных отделений вообще не иметь закрытых палат.

Около 20% обследованных больных переводятся в гражданские учреждения и в амбулаторные службы. Остальная часть попадает в уголовную систему. Под влиянием позитивной школы криминологии уголовным законом от 1930 г. было предусмотрено создание специальных тюрем для молодежи, учреждений для алкоголиков, специальных трудовых лагерей, центров охраны безопасности, тюрем для психопатов и специальных центров для содержания преступников-психопатов. Исходя из практических соображений, все эти специальные учреждения (которые

были созданы на неопределенный период) были отменены в 1973 г., так же как и Центр для содержания преступников-психопатов в Херстедвестере. Это было сделано ввиду растущего недовольства со стороны многих профессиональных работников (за исключением, возможно, психиатров) вынесением неокончательных приговоров.

Сейчас действует лишь одна тюрьма, которой руководят психиатры, а также существует в какой-то мере ограниченная консультационная служба в системе условного наказания. Это означает, что судебный психиатр в рамках специфических санкций, сформулированных судом, потерял свою роль в лечении правонарушителей в исправительной системе. Но учреждение в Херстедвестере все еще находится в ведении психиатров; на сегодня цель, в принципе, заключается в том, чтобы обеспечить психиатрическое обслуживание или оказать помощь тем заключенным, которые просят этого или которые по причине психиатрических симптомов не могут оставаться в обычной тюрьме. После изменения уголовного закона возросло число заключенных, обслуживаемых психиатрами ежегодно, и теперь психиатры просто обеспечивают обслуживание, где оно необходимо. Около 10 психиатров из 500 работают на полной ставке в судебной психиатрии.

В других районах Скандинавии роль судебного психиатра также слегка уменьшилась, хотя в Швеции было создано несколько специальных учреждений, а судебная психиатрия, как специальность, существует на равной основе с общей психиатрией и детской психиатрией. В Швеции наблюдается значительная нехватка судебных психиатров. Психически больные преступники по идее должны направляться на лечение в обычные гражданские психиатрические больницы, но даже после попыток, предпринимаемых уже в течение многих лет, связанные с этим трудности так и не были преодолены.

По сравнению с Данией, в Финляндии и Норвегии для суда готовится меньше заключений и меньшее число психиатров занимаются лечением правонарушителей после вынесения приговора.

3.3 Федеративная Республика Германии

Главная задача судебного психиатра в Федеративной Республике Германии состоит в том, чтобы дать заключение о психическом состоянии обвиняемого. Прежде всего судебный психиатр должен высказать свое мнение о юридической

ответственности обвиняемого и, в делах о несовершеннолетних, оценить степень их зрелости. Кроме того, в ходе судебного разбирательства сексуальных преступлений он должен оценить способность несовершеннолетнего свидетеля давать точные показания. Все такие вопросы имеют юридический характер, и эксперт может лишь высказать свое мнение, тогда как окончательное решение остается за судом. Эксперт-психиатр назначается обвинением или судом. Поскольку школа, к которой принадлежит тот или иной эксперт, а также степень широты его взглядов обычно хорошо известны, то результат психиатрического обследования может зависеть от выбора конкретного психиатра.

После второй мировой войны были предприняты попытки пересмотреть Уголовный кодекс 1871 г., и тогда же отказались от узкого соматического взгляда на психическую болезнь. Новый закон вступил в силу 1 января 1975 г. Теперь человек может быть признан лицом, не имеющим чувства ответственности или страдающим пониженным чувством ответственности по причине "патологического психического расстройства", "глубокого расстройства сознания", "слабоумия" или "тяжелой психической неполноценности". Юридические концепции, однако, не совпадают с медицинскими или психологическими концепциями, и поэтому до сих пор еще существуют трудности в установлении контактов между юристами и врачами. Научные заключения, однако, все больше используются в суде; например, слабоумие теперь довольно часто устанавливается на основе результатов стандартизированных тестов, а не путем поверхностных клинических оценок.

Примечательно, что психиатры Федеративной Республики Германии выступали против применения концепции глубокого расстройства сознания (имеются в виду состояния сильного психического возбуждения, не вызванного болезнью) в качестве причины пониженного чувства ответственности. Они считали, что в будущем это может привести к таким ситуациям, когда каждый правонарушитель будет заявлять, что он действовал в состоянии чрезвычайного возбуждения. Это привело к интересным последствиям, поскольку психиатры часто отказываются давать показания по этому вопросу, а суды все чаще вместо них прибегают к услугам психологов. Фактически, к большому разочарованию психиатров и несмотря на их противодействие, началось широкое использование услуг психолога в суде в качестве эксперта.

Большинство судебных обследований проводится учреждениями общественного здравоохранения или институтами. Если считается необходимым обследовать правонарушителя, то он может быть помещен в психиатрическую больницу на период, не превышающий шесть недель, но чаще всего обследование проводится в амбулаторных условиях или в тюрьме. При этом предполагается, что психиатр-эксперт присутствует на всех судебных заседаниях. Он имеет право задавать вопросы обвиняемому и свидетелям. Хотя он и представляет суду письменное заключение до начала судебного разбирательства, во внимание принимаются лишь его устные заявления. Он может представить в качестве показаний лишь факты, выдвинутые во время судебного процесса и результаты проведенного им самим медицинского обследования. Психиатр обычно опрашивает и правонарушителя и свидетелей, а после представления своего заключения он, в свою очередь, отвечает на вопросы суда и других участников процесса.

В прошлом судебная психиатрия редко привлекалась к терапевтической работе в Федеративной Республике Германии. Правонарушители, признанные виновными, но психически больными, помещались для наказания в психиатрические больницы. Лечебные меры обычно применялись лишь тогда, когда была налицо одна из классических психиатрических болезней. В новом законе должны быть предусмотрены более широкие возможности для лечения. Однако реализация этого будет в большой степени зависеть от наличия соответствующих государственных финансовых средств. Пока что обстановка не обнадёживает. Два года назад было решено создать социальные лечебные учреждения для лечения правонарушителей. Затем их создание было отложено, и установлен новый срок их ввода в действие - 1978 г. Они предназначаются для рецидивистов с тяжёлыми изменениями личности, сексуальных преступников и т.д. Каждое из таких новых учреждений будет возглавлять врач.

Модная анти-лечебная тенденция в криминологии вряд ли принесет большие изменения в Федеративной Республике Германии, поскольку так называемая лечебная идеология никогда не пользовалась в стране большой поддержкой.

3.4 Ирландия

В Ирландской Республике были созданы некоторые модели службы со времени введения специальных программ в 1971 г.:

1) Комплексная программа судебной психиатрии. Эти службы развиваются самостоятельно в рамках служб здравоохранения/социального обеспечения. Больных обслуживают и перемещают в пределах служб, в соответствии с их клиническими потребностями.

2) Вспомогательная программа. Примером этого является последующая амбулаторная помощь индивидууму после его освобождения. Отдельные заключенные, которые лечились от психиатрических расстройств во время отбывания своего срока заключения, могут после отбытия срока быть направлены приходящим тюремным психиатром (являющимся членом судебной психиатрической бригады) в амбулаторную клинику местной психиатрической больницы.

3) Изолированные службы, существующие обычно в коммунальных больницах с судебно-психиатрическим уклоном; больные, страдающие наркоманией, изолированные за буйное поведение в семье и проч.

4) Лечебные общества. Примером этого является лечебное общество для наркомапов в Кулемине, которое управляется по модели Сайнаноа бывшими наркоманами. Подобное учреждение имеется и для лечения алкоголиков и находится в южной части страны.

5) Воспитательные программы в центрах содержания малолетних правонарушителей с психическими расстройствами. Ядро персонала для таких центров поставляют религиозные ордены. Психиатрическое обслуживание в таких центрах обеспечивается детской психиатрической службой. Неотложного рассмотрения требует тот факт, что под уголовную ответственность дети попадают, начиная с 7 лет. В период между 7 и 17 годами детям могут предъявляться обвинения в уголовном преступлении, но обычно их судят в суде по делам несовершеннолетних. Страна не имеет детских психиатрических учреждений закрытого типа.

Службы судебной психиатрии включают:

- 1) центральную психиатрическую больницу,
- 2) амбулаторное отделение и диагностическую службу для правонарушителей,
- 3) координируемые службы для наркоманов.

Пять психиатров из девяти врачей, работающих в службе судебной психиатрии проводят еженедельные лечебные сеансы в тюрьмах в районе Дублина.

Судебно-психиатрическая работа в медико-социальном окружении не позволяет создать среду, которая давала бы возможность добиться в лечении каких-либо феноменальных результатов. Однако эта работа все же помогает специалисту службы здравоохранения работать в более управляемой обстановке, и поэтому он обладает большей способностью к созданию взаимоотношений со своим клиентом, вселяющих надежду.

3.5 Италия

Наказуемость (равная ответственности) является основной концепцией в итальянском законодательстве. Чтобы быть наказуемым, правонарушитель должен быть способен сознавать и желать. До 14 лет правонарушитель не считается наказуемым. Тем не менее, если он совершил преступление, которое считается опасным, то он может быть помещен в исправительное заведение или же за ним может быть установлено наблюдение по месту жительства. В возрасте от 14 до 18 лет правонарушитель наказуем, но степень его умственного развития должна быть определена психиатрической экспертизой. В любом возрасте после 18 лет он полностью отвечает за совершенное преступление.

Итальянские службы судебной медицины включают тюрьмы для несовершеннолетних преступников. Судам по рассмотрению дел несовершеннолетних приходится привлекать для судебной работы людей, подготовленных к социальной работе, психологии и к другим смежным дисциплинам. Итальянская система наказания также включает специальные тюрьмы, руководимые врачами, не обязательно психиатрами, хотя эти тюрьмы предназначены для психически неуравновешенных правонарушителей. Психически ненормальный правонарушитель может быть признан ненаказуемым или частично наказуемым в зависимости от характера и тяжести его расстройства.

Перед судебными службами в Италии все еще стоит ряд проблем. Судья, например, может, не пользуясь психиатрическим заключением сам определить степень опасности

человека. Имется очень мало центров для лечения алкоголиков. Ранее в итальянском законе не делалось различия между продавцом и потребителем наркотиков.^а

По новому законодательству для взрослых будут предусмотрены профилактические учреждения принудительного задержания, тюрьмы, учреждения безопасности, такие как фермы, колонии и клиники, а также диагностические центры для научного исследования личности правонарушителя. Можно будет отсылать социально опасных индивидуумов в учреждения безопасности, даже если они не подлежат наказанию. Очевидно, что для судебного психиатра такие учреждения будут представлять особый интерес.

Даже после введения нового закона в итальянской системе все еще останутся большие недостатки. Основная проблема заключается в том, что врачи имеют право высказываться и делать замечания только в отношении психического состояния обвиняемого. Им не разрешается делать какую-либо психологическую оценку личности. Более того, психологические и социальные заключения разрешены только в судах для несовершеннолетних. Итальянские психиатры, криминологи и другие эксперты твердо уверены в том, что итальянская судебная система должна быстрее осуществлять на практике признания заключений широкого ряда экспертов на нескольких разных этапах судебного процесса. Они считают неправильным ограничение экспертизы только психиатрией и вопросом наказуемости или ненаказуемости. В идеале они хотели бы, чтобы были разрешены диагностические исследования во время предварительного расследования, результаты которых могли бы представляться суду. Должен существовать реальный потенциал для проведения психологического или психиатрического лечения в обществе, а не обязательно в учреждении.

^а Уже после проведения Рабочей группы был принят новый закон (Закон № 685 от 22 декабря 1975 г.), который меняет это положение и предусматривает более строгое наказание для продавца наркотиков и принудительное лечение для наркоманов.

3.6 Нидерланды

В целях установления степени психической ответственности за совершенное правонарушение суд может запросить результаты психиатрического обследования правонарушителя.

Ощущается нехватка диагностических служб, и лишь в серьезных уголовных делах или при серьезном психическом расстройстве правонарушитель может быть помещен на шесть недель для наблюдения за ним в специальную психиатрическую клинику в Утрехте.

Правонарушители, у которых установлено полное отсутствие чувства ответственности, могут получить следующие четыре приговора:

1) Освобождение от ответственности.

2) Освобождение от ответственности и помещение в психиатрическую больницу максимально на один год, хотя этот срок, если необходимо, может продлеваться ежегодно.

3) Освобождение от ответственности с заключением на неопределенный срок в целях лечения в специальном учреждении для лиц с неокончательным приговором (TBR). Первоначальный срок заключения - два года, но он может быть продлен любое число раз на один или два года решением суда. Это также может быть условный приговор. В ближайшем будущем такой вид заключения будет ограничен максимально до четырех лет, и в случае необходимости продления срока заключения, решение об этом должно выноситься на основании статей гражданских законов о невменяемости. Некоторые психиатры недовольны этим новым предложением, поскольку считают, что для эффективного лечения необходимы приговоры на неограниченный срок.

4) Освобождение от ответственности, помещение в психиатрическую больницу на один год и заключение на неопределенный срок.

Если у правонарушителя выявлено пониженное чувство ответственности, он должен быть осужден, хотя судья может также принять решение о помещении его в TBR (например, два года тюрьмы плюс TBR). На будущее предлагается, чтобы правонарушитель либо отбывал наказание в обычной тюрьме, либо помещался в специальное учреждение, но не то и другое вместе.

В настоящее время правонарушители обычно помещаются в ТВР во время их тюремного заключения, с тем чтобы начать их лечение как можно скорее.

Бывает и так, что в ТВР могут быть помещены правонарушители, обладающие полным чувством ответственности, но, как правило, в том случае, если они рецидивисты и если психиатр устанавливает у них небольшое расстройство.

Учреждения ТВР представляют собой психиатрические больницы специального типа для правонарушителей. Они контролируются Министерством юстиции, хотя из восьми таких работающих сейчас учреждений фактически только три принадлежат государству. Эти учреждения ТВР представляют собой психиатрические больницы специального типа, предназначенные для правонарушителей и управляемые как лечебные общества. Большинство больных, которые туда направляются, не испытывают особого желания быть помещенными туда и предпочитают вместо этого тюрьму. На практике сопротивление лечению обычно постепенно исчезает, когда правонарушители начинают понимать режим. Они всегда, однако, имеют право высказаться против помещения их в ТВР, обратившись с протестом с специальным советом.

3.7 Соединенное Королевство

а) Англия и Уэльс

Судебная психиатрия в Соединенном Королевстве переживает критическую и интересную фазу развития. Британская национальная служба здравоохранения только что была реорганизована, и это сказывается на всех областях медицины, включая судебную психиатрию. Однако намного важнее то, что правительственная рабочая группа, Комитет Батлера (8), которому было специально поручено изучить судебную психиатрию и ее проблемы, только что завершила трехлетнюю работу и предложила ряд важных изменений как в законодательстве, так и в средствах для психически больного правонарушителя. Время покажет, будут эти предложения осуществлены или нет, но в любом случае Отчет поднял новую волну понимания судебной психиатрии и интереса к ней.

Согласно новым предложениям Англия и Уэльс разделены на ряд региональных районов здравоохранения, ответственных

за обеспечение всей необходимой медицинской и сестринской помощи, включая все психиатрические лечебные учреждения, кроме учреждений максимально закрытого типа. Тем не менее, службы судебной медицины все еще находятся в зачаточном состоянии, и первой важной рекомендацией Комитета Батлера была рекомендация о создании более эффективных региональных служб судебной медицины, включая некоторые службы средней безопасности. Существует больничная служба максимальной безопасности, относящаяся к централизованной национальной службе здравоохранения, которая главным образом предназначена для больных правонарушителей. Она действует независимо от региональной структуры и состоит из четырех больниц. Управление тюрем также имеет независимую Тюремную медицинскую службу, которая полностью отделена от Национальной службы здравоохранения и следит за здоровьем всех заключенных, находящихся под стражей. Эта служба составляет основную массу психиатрических судебных докладов, имеет специализированные учреждения судебной психиатрии, такие как тюрьма Грендон Ундервуд и другие лечебные учреждения.

Все аспекты психиатрии в Британии подверглись значительному влиянию тенденций, появившихся после второй мировой войны, которые нашли свое воплощение в Англии и Уэльсе в Законе о психическом здоровье от 1959 г. По своей сущности эти тенденции выражались в либерализации больничной помощи, в намерении рассматривать психического больного как любого другого больного, а также в философии коммунальной помощи, в соответствии с которой основной объем психиатрического лечения должен обеспечиваться в амбулаторных и коммунальных учреждениях. В большинстве психиатрических больниц пациенты могут свободно уйти из заведения, и большая часть психиатрической практики сейчас фактически переносится в районные общие больницы. В этом отражается стремление уменьшить насколько можно число старых больших психиатрических лечебниц, с тем чтобы помощь хроническим больным оказывали коммунальные социальные службы.

На практике это создало ряд трудностей. Больницы сейчас очень неохотно принимают беспокойных больных. Многие члены больничного персонала считают неправильной и отсталой идею наблюдения за психиатрическими больными или уход за ними за закрытыми дверями. Получается, что если такая этика будет применяться в системе психиатрического здоровья в целом, то значительное число больных, хотя и

составляющих меньшинство, не будут получать лечения. Не всех больных можно лечить в рамках полностью открытой либеральной системы. Сейчас многие беспокойные и буйные больные живут либо дома, либо лечатся в тюрьмах. Помощь хронически больным среди населения оставляет желать много лучшего. Больных с хроническими расстройствами часто повторно помещают в психиатрические учреждения. Средства последующей помощи и коммунальные средства помощи всех видов распределяются неправильно.

Специальные больницы максимальной безопасности заполнены до отказа и часто занимают больными, которые не нуждаются в максимальной изоляции, а просто являются слишком беспокойными, чтобы их можно было держать в общей больнице. Большинство больных, совершивших преступление, направляются в тюрьму на психиатрическое обследование. Многие такие больные остаются в тюрьме, потому что единственным учреждением, которое может им предложить стационарное медицинское лечение, является тюрьма.

В Англии и Уэльсе нехватка ресурсов для судебной психиатрии представляет собой серьезную проблему. К специальным больницам, тюремной медицине и помощи хроническим больным, доставляющим беспокойство, проявляется удивительно мало интереса. До сих пор выделяется слишком мало средств на научные исследования, хотя Министерство здравоохранения и социального обеспечения учреждает сейчас специальный бюджет на научные исследования в области судебной психиатрии. Ни в Англии, ни в Уэльсе нет университетской кафедры судебной психиатрии. Как следствие, эта дисциплина занимает очень мало места в официальном обучении студентов-медиков и аспирантов.

Именно обостряющийся кризис в судебной психиатрии, и том числе несколько опасных преступлений, совершенных больными, вызвали необходимость создания Комитета Батлера, главные рекомендации которого содержат следующее. Каждый район должен учредить службу судебной психиатрии, включая службу средней безопасности. Суды должны быть в состоянии отсылать больных в больницы на медицинское и психиатрическое обследование. Психопатическими больными должна заниматься главным образом тюремная медицинская служба, оставляя за национальной службой здравоохранения функции по решению проблем психически больных и умственно отсталых. Управление

тюрем должно создать в тюрьмах специальные отделения для лечения психопатов, а суды должны иметь возможность выносить допускующий пересмотр приговор о тюремном заключении особо опасных больных, которые в противном случае могут получить пожизненное заключение.

б) Шотландия

Хотя Шотландия сталкивается со многими теми же трудностями, связанными с ресурсами и с отношением к данной проблеме, которые имеют место в Англии и Уэльсе, ее судебные службы некоторым образом отличаются от служб Англии и Уэльса. Прежде всего, в Шотландии нет отдельной тюремной медицинской службы; заключенные, нуждающиеся в консультации психиатра или другого врача, обслуживаются врачами национальной службы здравоохранения. В противоположность Англии и Уэльсу в Шотландии есть кафедра судебной психиатрии в Эдинбургском университете. В Шотландии имеется только одна специальная лечебница в Карстейрсе, но приблизительно половина ее больных никогда не привлекались к судебной ответственности. В Шотландии преступление все еще рассматривается как злая выходка отдельного человека. Психопатия не признается как эманация синдрома, и психиатр, в отличие от терапевта, не является повсеместно желательным лицом.

3.8 Союз Советских Социалистических Республик

В СССР в задачу судебного психиатра входит оценка психического состояния и степени ответственности обвиняемого, выдача рекомендаций в отношении лечения душевнобольных и тех, у кого отсутствует чувство ответственности, оценка психического состояния лиц, проявляющих признаки психиатрической болезни во время отбывания срока наказания и выдача рекомендаций относительно принятия соответствующих медицинских мер, обследование психического состояния пострадавших и свидетелей и оценка способностей осужденных к даче показаний в гражданском суде.

Как правило, судебное психиатрическое обследование проводится комиссией психиатров общественного здравоохранения, которые действуют независимо от обвинения или защиты в судебном процессе. Экспертиза может потребоваться в ходе предварительного расследования, во время заслушивания дела или в период отбывания осужденным срока наказания.

Хотя назначать психиатра могут лишь органы расследования или судебные власти, просьба о таком обследовании может исходить от обвиняемого, его родственников, опекунов или адвокатов.

Обследования проводятся по ряду различных причин. Например, у обвиняемого в прошлом могло быть психиатрическое заболевание, повреждение мозга или он считался умственно отсталым в детстве. Свидетели могут представить данные о ненормальности его поведения, или же члены самого суда могут быть обеспокоены его поведением. Даже сам характер преступления (например, необъяснимые действия или чрезвычайная жестокость) может заставить суд просить о психиатрическом обследовании.

Обследование может быть проведено в психиатрической больнице, в диспансере, в следственной части или иногда в отсутствие самого правонарушителя, если по этому делу имеются необходимые документы. Органы здравоохранения учреждают специальные отделения судебной психиатрии при психиатрических больницах; имеются как стационарные, так и амбулаторные службы. В СССР заниматься судебной психиатрией может только официально уполномоченный специалист.

Срок наблюдения в стационаре не может, как правило, превышать 30 дней. Если психиатру требуется больше времени, то он должен представить суду соответствующую причину для продления периода наблюдения.

Судебный психиатр имеет право запросить любые свидетельствующие документы о прошлом, а также историю болезни, которые могут помочь ему понять личность данного человека и его предыдущее поведение. Это особенно важно, когда есть подозрение, что рассматриваемое лицо во время преступления временно находилось в состоянии душевного расстройства. Психиатр имеет право присутствовать на слушании дела, задавать вопросы во время допроса и консультироваться с другими экспертами. Если каким-то образом эксперт чувствует, что стоящая перед ним проблема выходит за рамки его компетенции или имеющихся сведений, он может после объяснения причины отказаться от представления заключения.

Результаты обследования судебным психиатром представляются в форме заключения, подписанного всеми членами комиссии, которые несут равную ответственность за его содержание. Если один из экспертов не согласен с мнением других, он имеет право отказаться подписать

заключение и выразить свое личное мнение в другом заключении, содержащем мнение меньшинства. Заключение, конечно, не является обязательно неоспоримым и рассматривается в суде лишь как один из компонентов показаний, принимаемых судом во внимание перед окончательным выводом о степени ответственности и т.д. Если комиссия экспертов не удовлетворяет суд, может потребоваться вторичное обследование. Это вторичное обследование будет проводиться другими экспертами и обычно поручается Институту судебной психиатрии им. Сербского.

Хотя Институту судебной психиатрии им. Сербского поручают большинство таких вторичных обследований, следует подчеркнуть, что никакой процедурной иерархии в судебной психиатрии в СССР не существует. В юриспруденции заключения Института им. Сербского рассматриваются на равных основаниях с мнениями других экспертов и оцениваются по существу дела.

Институт им. Сербского был создан для охраны прав психически больных, которые совершили социально опасные поступки, и представляет собой научно-методологический центр судебной психиатрии. Он находится в юрисдикции Министерства здравоохранения СССР. Помимо исследований сложных и противоречивых случаев, Институт проводит обширные научные исследования и готовит специалистов по судебной психиатрии. Для психиатров со всего Советского Союза Институт организует регулярные курсы постдипломной подготовки по судебной психиатрии. Институт также является учебным учреждением для студентов юридических факультетов, для которых судебная психиатрия является обязательным предметом.

В Советском Союзе обследования судебными психиатрами не служат источником соперничества экспертов, нанятых заинтересованными сторонами. Главная цель судебной психиатрии — это защитить права психически больных и оказать им максимальную помощь. Важное значение, придаваемое судебной психиатрии в СССР, свидетельствует о том внимании, которое советское законодательство уделяет личности обвиняемого, свидетелям, пострадавшим, истцам и ответчикам в суде.

3.9 Дискуссия

Разнообразие и разный характер существующих систем, действующих в Европе, произвели на всех большое впечатление.

Это делает обобщение чрезвычайно трудным. Было предложено провести в Европе сравнительные исследования.

Некоторые участники высказали мнение, что во многих случаях слишком большой акцент делается на диагноз, который является лишь начальным звеном в цепочке событий, определяющих судьбу правонарушителя. В некоторых системах правонарушитель может практически предпочесть тюрьму больнице, и надлежаще организованная система должна обеспечить ему право такого выбора.

Другие согласились с тем, что психопатический индивидум особенно плохо себя чувствует во многих системах, потому что он находится под воздействием двух факторов: он получает сразу и наказание и лечение. Некоторые высказывали мнение, что концепция психопатии не приносит пользы и может быть отменена. Так называемая забота о безопасности общества может фактически скрывать карательный элемент.

Один участник подчеркнул тот факт, что врачи, работающие на министерства юстиции, никогда не бывают полностью свободными работниками. Они не могут принимать решения об освобождении по одним лишь клиническим причинам, потому что ими всегда должны учитываться интересы "безопасности".

Отмечалось, что в некоторых ситуациях, связанных с судебной медициной, задача медицинских сестер сводится всего лишь к функциям надзирателей, работающих в соответствии с военной дисциплиной.

Ряд участников подчеркивали, что судебная психиатрия является обычной частью медицинской практики и ее деятельность не ограничивается лишь постановкой диагноза. Профилактика, лечение, прогнозирование, реабилитация и последующее наблюдение также входят в круг деятельности судебной психиатрии. Настоящая судебная психиатрия практикуется в открытой манере в сотрудничестве с медицинскими сестрами, социальными работниками, инспекторами по наблюдению за условно осужденными, психологами и т.п. Хорошее обслуживание больного будет зависеть от свободных связей между этими различными специалистами и от различных этапов процесса постановки диагноза, лечения и реабилитации.

Участники далее призвали к тому, чтобы принимать во внимание мнение больного при выдаче рекомендаций о том, куда его поместить.

4. БУДУЩАЯ ПОЛИТИКА

4.1 Судебная психиатрия в различных учреждениях

Большинство участников высказали мнение, что преступление далеко не всегда связано с психическим расстройством, но некоторые преступники являются психически ненормальными. С другой стороны, долгосрочное заключение (скажем, на 4-6 лет) может нарушить психическое здоровье. Любая цивилизованная система должна найти пути решения этих двух проблем. Например, если психически ненормальный преступник не проходит лечения в тюрьме, тогда его следует лечить в больнице закрытого типа. Многие участники высказывали мысль, что главным препятствием к эффективному лечению правонарушителей в учреждениях является учреждение полностью закрытого типа. Почти все согласились с тем, что все закрытые учреждения наносят психический ущерб и что особенно вредны тюрьмы, поскольку они накладывают на заключенного пятно позора и являются университетами преступности. Тем не менее, вряд ли можно всерьез ожидать, что в ближайшем будущем все учреждения закрытого типа и тюрьмы будут отменены.

По всей видимости, будет резонным предположить, что где-то порядка 10%-20% всего населения нуждается в психиатрической помощи не менее одного раза в жизни. Поэтому по крайней мере значительная доля преступного мира также может рассматриваться как нуждающиеся в психиатрической помощи. Тюрьмы были предусмотрены как карательные и как исправительные учреждения. Если они кого и исправляют, то только уравновешенных людей с нормальной психикой.

Психиатрия сегодня должна защищать себя от обвинений в том, что она является инструментом индивидуального или коллективного угнетения. Психиатрия всегда стояла близко к принуждению. Современные законы должны защищать человека от возможного оскорбления его со стороны психиатрии. Психиатрия связана с учреждениями закрытого типа и, мы знаем из истории, что сумасшедшие дома и тюрьмы не всегда существовали раздельно. Было высказано мнение, что проводимое нами разграничение двух типов учреждений сегодня скорее объясняется прогрессом в психиатрии, нежели прогрессом в отправлении правосудия. Высказывалось мнение, что современная психиатрия должна стремиться к тому, чтобы наделить психически больных ответственностью.

Любой системе нужны врачи; вопрос в том, где работает врач в той системе и как он использует свои знания и опыт. Никто не считает, что заключенным следует отказывать в медицинской или научной помощи.

Все согласны с тем, что следует начать поиски нового подхода к судебной психиатрии. Традиционная судебная психиатрия ограничивается судебной работой и лечением на базе учреждения. Теперь можно осуществить переход к последующей помощи, вмешательству при кризисных ситуациях и амбулаторному лечению в сотрудничестве с инспекторами по наблюдению за условно осужденными.

Было отмечено несколько недостатков системы наказания как лечебного фактора. Во-первых, большинство тюрем представляют собой учреждения закрытого типа и имеют плохие жилые помещения. Во-вторых, психиатры, советники и подобные работники являются плохими начальниками тюрем из-за несоответствия их интересов. В-третьих, вряд ли можно ожидать, что тюремные режимы можно изменить до такой степени, что станут возможны гибкие домашние отпуска или, при надобности, условия для досрочного освобождения. Один из участников высказал мнение, что все правонарушения являются формой заболевания личности в виде симптома неправильного развития. Поэтому он считает, что тюрьмы не нужны совсем; все правонарушители должны отсылаться в лечебные учреждения.

Все участники признали, что таким же образом по мере развития общей психиатрии в сторону большего сближения с психиатрией коммунальной, судебная психиатрия так же должна ориентироваться на более тесную работу вне больниц. Последние события в Ирландии были приведены в качестве примера необходимых изменений. Во-первых, необходимы модернизированные психиатрические больницы максимальной безопасности с приемлемыми соотношениями персонала/больных, а также введение соответствующих лечебных программ. Это может само по себе вызвать трудности, поскольку возможно, что профсоюзы медсестер не позволят своим членам работать в таких больницах. Необходимы координированные службы для наркоманов, а также расширенные усовершенствованные программы работы дневных стационаров. Больные могут направляться в службы судебной медицины на добровольной основе, находясь на поруках, будучи условно осужденными, находясь под следствием или после возвращения под стражу.

Когда мы рассматриваем вопросы полного разделения медико-санитарной помощи и системы наказания, то мы также должны рассмотреть преимущества и недостатки этого.

Преимущества

- а) Клиенты не смешивают психиатрическое лечение с наказанием.
- б) Врачи более четко представляют свою роль.
- в) Врачи имеют большую клиническую свободу.
- г) Становится возможным перекрестное направление клиентов из одной системы в другую.
- д) В полную меру можно использовать добровольные организации.

Недостатки

- а) Система медико-санитарной помощи стремится отказаться от беспокойных правонарушителей.
- б) Имеют место юридические препятствия для перевода больных преступников в гражданскую систему здравоохранения.
- в) Врачей беспокоят их потенциально агрессивные больные.
- г) Большинство систем правосудия сохраняют за собой право вето при таких важных клинических решениях, как выпуска из больницы.

Одной из самых больших проблем, связанных с наиболее полным отделением медико-санитарной помощи от пенитенциарной системы, является тот факт, что службы судебной психиатрии приобретают дурную славу. От больных преступников с легкостью отказываются, а в некоторых ситуациях они вообще с большим трудом добиваются психиатрического лечения. Следует также иметь в виду два хорошо известных явления. Закон Пенроуза предполагает, что между числом клиентов психиатрических больниц и числом заключенных в тюрьмах существует обратно пропорциональная связь (9). Роллин обращает внимание на многократные выписки и поступления больного преступника, проходящего лечение в системе медико-санитарной помощи, которая полностью открыта для него и либеральна (10).

Заслуживает также внимания и опыт Дании. Одно время умственно отсталые преступники всегда переводились в гражданскую систему. С улучшением больничных условий многие слабоумные больные после перевоспитания возвращались в общество. Если они вновь совершают преступления, то они часто просят рассматривать их как преступников, а не как больных.

В настоящее время в целом действует лишь четыре типа учреждений для психически ненормальных преступников: 1) тюрьмы с приходящими врачами; 2) специальные психиатрические тюрьмы; 3) специальные больницы закрытого типа; 4) обычные психиатрические лечебницы. Особую настороженность вызывают специальные психиатрические тюрьмы и специальные больницы закрытого типа, поскольку медицинские сестры и врачи, работающие там, могут легко стать частью пенитенциарной системы и, таким образом, изменить своей врачебной этике. С другой стороны, некоторые считают, что лишь имея официальный статус в системе правосудия, врач будет обладать влиянием, достаточным для того, чтобы действительно заниматься перевоспитанием.

Существуют особые проблемы, связанные с лечением больного преступника в обычной психиатрической больнице. Решающее значение имеет вопрос, насколько при переводе больного из системы правосудия в систему здравоохранения уголовное дело в отношении него прекращается с юридической точки зрения. Другими словами, необходимо установить, нужно ли будет неисправительному учреждению получать разрешение от учреждения правосудия, возможно через новую судебную процедуру, на перевод больного, выдачу ему разрешения покинуть больницу или его освобождение. Участники обсудили один из примеров, иллюстрирующих проблемы, являющиеся результатом права вето, налагаемого правосудием. Этот пример был взят из статьи Гринланда о принудительном лечении (11). Случай, в котором рассматривается проблема предотвращения использования судом психиатрических больниц в качестве продолжения тюремной системы, имел место в 1938 г., когда один мужчина в психотическом состоянии убил своего маленького сына и племянницу и был признан не ответственным за свои действия, чтобы предстать перед судом. Через семь лет его врач сообщил, что он достаточно выздоровел, чтобы его можно было судить. Его судили, оправдали ввиду невменяемости и заключили в тюрьму на неопределенный

срок "на усмотрение губернатора"; хотя к этому времени он уже не был более психически больным, его перевели обратно в больницу, где он пробыл еще 22 года, пока не был отпущен благодаря вмешательству рассмотрителя жалоб Канады. В первые годы его заключения директор больницы и мать больного предпринимали энергичные, но тщетные попытки добиться пересмотра дела. Участники высказали мнение, что если, как в этом случае, органы правосудия имеют право запретить освобождение, тогда учреждение вне системы правосудия действует как один из элементов системы правосудия.

Наилучший путь с точки зрения врача - это слушание уголовного дела в суде с переводом или направлением подсудимого в непениitenciарное учреждение, в котором больной проходит курс лечения в соответствии со своими собственными правилами. Это учреждение может лечить его как амбулаторного больного, стационарного больного или выписать его, если он не заинтересован в лечении.

Общественное мнение не позволит отменять во всех случаях ограничения, установленные в интересах безопасности. Некоторые участники выразили мнение, что часть задачи судебной психиатрии - это выступать за то, чтобы таких ограничений было как можно меньше и чтобы существовали возможности для подачи апелляции в министерства юстиции и суда. Они также считают, что врачи должны ясно понимать, что специализированные судебные учреждения во многих отношениях являются частью системы уголовного правосудия. Были отмечены четыре главные трудности, сдерживающие применение судебно-психиатрических служб в качестве части обычных служб здравоохранения. Во-первых, это уже существующая нехватка соответствующих средств, таких как амбулаторные службы, клиники для алкоголиков и подобные учреждения. Во-вторых, врачи в обычных условиях, вероятнее всего, будут игнорировать уголовную и антисоциальную черты характера своих больных. В-третьих, лишь отдельные правонарушители будут направляться судом, поскольку общественное мнение не потерпит, чтобы каждый психически больной лечился в обычной больнице. И наконец, поскольку в обычной больнице чрезвычайно трудно лечить больного, который этого не желает, то между этим учреждением и правонарушителем неизбежно разовьется антагонизм.

Некоторые участники старались подчеркнуть тот факт, что профилактика болезни и профилактика преступления не являются одним и тем же и что их следует тщательно различать.

Один из участников высказал предположение, что основным, но редко рассматриваемым вопросом, лежащим в основе многих пунктов дискуссий, является вопрос о том, что отличает совершившего проступок психически больного от обычного психически больного, который не совершил преступления?

Получила поддержку идея первичной профилактики, т.е. профилактики первого преступления. Можно подумать о создании открытых клиник или центров помощи в кризисных ситуациях, куда могли бы обращаться люди, испытывающие страдания. Профилактика убийства (когда больной просит о помощи) в такой же степени работа психиатра, как и профилактика самоубийства.

Особое внимание заострялось на том, чтобы не смешивать потребности с требованиями. Часто говорят о необходимости создания новых больниц, новых служб, но они не всегда нужны. И наоборот, больным может быть что-то нужно, но они этого не требуют. Кроме того, участникам напомнили также о значении других профессиональных работников в первичной медико-санитарной помощи, таких как психологи, социальные работники и медицинские сестры (1,2,3).

Голос участвующих в совещании социологов прозвучал громко и отчетливо. Заключение имеют человеческие права. Одним из них должно быть право на психиатрическое лечение, если они этого хотят. Это совершенно отличается от создания психиатрических учреждений для перевоспитания правонарушителей.

4.2 Численная доля правонарушителей, подлежащих психиатрическому обследованию и лечению

Предыдущая дискуссия уже продемонстрировала противоположность мнений. Некоторые участники считали, что следует исключать из числа преступников как можно больше лиц, исходя из понимания их невротических импульсов, тогда как другие говорили, что как можно большее число правонарушителей следует относить к категории психически нормальных, предоставляя им право проходить соответствующие инстанции в качестве правонарушителей, а не больных.

Все были согласны с тем, что невозможно даже обследовать всех преступников на предмет выявления психического расстройства. Участник от Франции высказал предположение,

что вскоре после ареста всех преступников, попадающих в заключение, можно было бы обследовать посредством вопросников. Тех, кто имеет патологические симптомы, затем можно обследовать более подробно с помощью собеседований и наблюдений нескольких специалистов. Однако в некоторых странах это противозаконно. Если можно было бы установить хорошие отношения во время начальных фаз, то это могло бы дать основу для успешного лечения в последующем.

Применение этой системы во французской тюрьме помогло обнаружить, что 20%-25% находящихся под арестом нуждаются в психиатрической помощи. Из них менее 1% являются психотиками, тогда как почти 10%-12% имеют неуротические симптомы, 10% составляют алкоголики и 2% - наркоманы. Почти половина из всех новых заключенных - психопаты, но они обычно не просят помощи в этот период. Эта группа может содержать и тех, кто нуждается в помощи.

В последнем исследовании, проведенном в Великобритании (12), использовалась тройная формула для оценки числа "психиатрических случаев" в английских тюрьмах. Людей оценивали согласно их симптоматологии, их предыдущей психиатрической истории болезни до конфликта с законом и их желанию лечиться. Посредством такой системы около одной трети заключенных были признаны "психиатрическими случаями".

Большинство участников вновь решительно подтвердили, что выявление психически больного не должно означать, что его нужно принудительно лечить. Превыше всего стоят желания самих заключенных. Кроме того, на всех уровнях следует соблюдать профессиональную тайну.

4.3 Вклад психиатра в создание более гуманных тюремных условий

Профессия судебного психиатра иногда ставит его в двусмысленное положение. С одной стороны, он имеет профессиональные обязанности как и любой врач, который лечит людей, и это означает, что больной свободен согласиться с рекомендуемым лечением или отказаться от него; но с другой стороны, любой врач в определенной степени является лицом, ответственным за общественное здравоохранение. Одна из обязанностей судебного психиатра - это поддержание правильного баланса между этими интересами. Ему будет легче справиться с этой трудной задачей, если он полностью поймет, что

"медицинская модель" - модель скромная, потому что медицина редко способствует драматическим изменениям в человеческих условиях и часто приносит наилучшие результаты, помогая ослабить физические и душевные страдания. Например, вряд ли психиатр способен внести большой вклад в снижение самой преступности.

Врач, работающий в пенитенциарной системе, имеет особенно благоприятные возможности, чтобы заняться этой проблемой и улучшить положение. Некоторые будут утверждать, что работа психиатра в тюрьме вообще помогает увековечению неприятных и негуманных условий. Другие признают этот взгляд нереалистичным и скажут, что в действительности медицина является одной из гуманизирующих сил, которая способствовала реформе пенитенциарной системы приблизительно за последнее столетие. Врачу, бывает, приходится работать в учреждении, созданном обществом, несмотря на то, каким бы неприятным это учреждение ни было; например, он может работать на угольной шахте как врач профессиональной гигиены, хотя можно спорить о вреде угольных шахт. Так же как медицинский специалист, работающий на промышленном предприятии, может указывать на вредные аспекты среды, окружающей рабочего, медицинский специалист в тюрьме с таким же успехом может говорить о вредных воздействиях, например вследствие суровых дисциплинарных мер, длительного срока заключения и т.д.

У психиатра есть четыре главных способа, при помощи которых он может содействовать созданию гуманных условий в тюрьме. Во-первых, он может обеспечить соответствующее лечение психических расстройств, которые возникают или существуют у заключенных. Во-вторых, он может защитить заключенных от нежелательного или сомнительного лечения. Он может, например, заявить о нежелательности лечения, последствия которого необратимы, например психирургии и кастрации в период заключения, когда свобода выбора чрезвычайно ограничена. Он может также выступить против принудительного питания, если кто-то объявляет голодовку по моральным или политическим мотивам. Чтобы помочь ему в этих вопросах, Всемирная медицинская ассоциация выпустила Международный кодекс медицинской этики (13).

В-третьих, он может помочь предотвратить плохое обращение путем поддержания надлежащих санитарных и окружающих условий. Сразу же неизбежно возникнут трудности, потому

что большинство дисциплинарных мер являются фактически формой плохого обращения, но он может высказаться против использования суровых мер, таких как одиночное заключение, урезанное питание, физическое насилие и применение лекарственных средств, поскольку ясно, что все это нанесет значительный вред здоровью заключенного (14).

В-четвертых, он в состоянии обнаружить применение преднамеренных пыток и протестовать так, как он считает нужным. Некоторые участники высказали мнение, что единственным выходом для врача с этической точки зрения является уход из учреждения, где практикуются пытки; другие считали, что, может, более эффективно будет остаться работать в тюрьме и одновременно постоянно сообщать соответствующим властям о нарушениях.^а

В соответствии с законом судебный психиатр может также внести свой гуманистический вклад. Один из путей - это его действия в качестве чисто гражданского лица, подтверждающего имевшее место неправильное обращение или необходимость определенной компенсации за увечье и т.д. Другими словами, он может действовать как совершенно независимый судебно-медицинский советник. Другой и более распространенный путь - это высказать свое мнение специалиста перед судом по таким вопросам, как способность арестованного предстать перед судом, степень его ответственности и т.д. Концепция ответственности очень трудна, почти невозможна для врача, но это действительно помогает психиатру представлять в суд медицинские показания о душевном состоянии больного. Правда, медицинское заключение такого рода может иногда причинить вред больному, но это скорее является результатом плохо составленного заключения. Заключение врача фактически может стать началом лечебного процесса, когда преступник впервые может подумать о возможности лечения.

^а Вышесказанное представляет собой точку зрения участников, действительно работающих в области судебной психиатрии; следует четко понимать, что ни участники, ни ВОЗ ни в коей мере не могут одобрить практику пыток или любую другую подобную форму обращения с заключенными и арестованными.

Снова были высказаны противоположные мнения относительно ценности психиатрического заключения для составления прогноза. Большинство участников признали прогноз очень трудным делом, а некоторые заявили, что от него следует отказаться (хотя суды требуют от психиатров их мнений о будущей опасности задержанного) просто потому, что процессы предсказания противоречат духу правосудия. Согласно системе правосудия лучше отпустить десять виновных, чем осудить одного невиновного, тогда как по системе прогноза лучше держать в тюрьме десять опасных людей, чем позволить одному опасному человеку выйти на волю.

Отмечались еще два важных момента, касающихся юридических систем в Европейском регионе. Во-первых, не так важно название учреждения, как взгляды, господствующие в этом учреждении. Некоторые тюрьмы лучше, чем больницы, и совсем не всегда наиболее гуманным подходом для того или иного преступника бывает отправка его в больницу, которая не может обеспечить ему соответствующих условий. Во-вторых, хотя неоспоримых сравнений между странами действительно сделать невозможно из-за больших различий их систем, в то же время нет никакого реального оправдания этическим различиям в медицинской практике среди этих стран.

Некоторые расхождения во взглядах, которые не могли быть разрешены во время дискуссий, касались вопроса использования врача пенитенциарной системой. Некоторые энергично выступали за то, чтобы врач работал в пенитенциарном учреждении только как приходящий специалист, тогда как другие считали такой подход неэффективным для изменения системы и служащим лишь для успокоения совести врача.

Представитель Соединенного Королевства также выразил озабоченность по поводу того, что под давлением врачей (как это недавно имело место в Шотландии) создаются специальные отделения с более гуманными условиями содержания психически ненормальных преступников, что может иметь прямо противоположный эффект для других психически ненормальных преступников, которым не удалось туда попасть, поскольку из-за нехватки кадров, ограниченности бюджетных средств и т.д. могут ухудшиться условия в других службах.

И наконец, большинство участников подчеркнули важный и поднимавшийся вновь и вновь на совещании вопрос о том, что лечение должно почти всегда быть добровольным,

проводимым по просьбе потенциального больного, и что одна из обязанностей врача - это контроль за сохранением добровольного характера лечения.

5. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эта тема вызвала обширные дискуссии, начиная с обсуждения специфических проблем, требующих исследования, и кончая политическими факторами, связанными с пенитенциарной системой наказания. Вновь был поднят вопрос о необходимости создания отдельной подспециальности судебной психиатрии, но общее мнение было таково, что не так важно само название, как практическое применение. Некоторые участники отметили, что система уголовного правосудия не ставит на первое место в своей работе вопросы здоровья, но если сохранить термин судебной психиатрии для отдельной подспециальности, тогда врачи этой специальности будут частью уголовного правосудия. В таком случае судебная психиатрия неизбежно должна будет заняться как профилактикой психических болезней, так и профилактикой преступлений. Многие практикующие судебные психиатры не согласны с этой оценкой, но признают, что криминологические исследования эффективности судебной психиатрии как деятельности по профилактике преступления будут вполне оправданной целью.

Участники Рабочей группы перечисляли все опасности, которые связаны с исследованием вопроса о принятии решений, поскольку исследователю часто приходится принимать решения самостоятельно. По общему мнению, на нынешнем этапе развития судебной психиатрии первыми следует начать описательные исследования. Пока нет еще достаточно знаний о критериях для помещения больных, обращения с ними и выписки. Нет подробных данных о наших программах лечения и наших учреждениях. В таких описательных исследованиях, конечно, нельзя не учесть законодательные, психологические и социальные факторы. Тем не менее было отмечено, что бригадная работа не всегда обязательно подходит для научных исследований. Концепция бригадной работы часто используется тогда, когда ее сторонник говорит о руководстве бригадой, а не об участии в ней.

После описательных исследований следующим естественным шагом будут оценочные исследования. Профилактика преступлений действительно представляет собой изменение поведения. Научный исследователь и судебный психиатр должны конкретно знать, какой тип поведения необходимо изменить; благодаря этому станут возможными оценочные исследования.

Пренебрегаемой, но важной областью исследований является выявление желаний преступников и их взглядов на систему, в которой им приходится жить. Во время совещания стало очевидной общей необходимостью в различного рода сравнительных исследованиях и в оценке не только методов лечения, но и процессов самой судебной психиатрии. Было отмечено, что социологи хотят понять, как судебная психиатрия представляет самое себя, цели судебной психиатрии и критерии, по которым, по мнению судебных психиатров, желательно оценивать их деятельность.

В выступлениях участников подчеркивалось, что хорошие медицинские исследования могут иметь гуманистическое воздействие, например путем внедрения научных стандартов оценки, путем изучения нарушений поведения с объективной, а не с моралистической точки зрения, а также описания систем ценностей и попыток их измерения посредством объединения различных дисциплин, а также распространения информации через печатные издания.

Когда началась неизбежная дискуссия о прогнозирующих исследованиях, один из участников подчеркнул, что биологи должны помнить о принципе неопределенности и что предсказание может быть ценным лишь для группы. Даже если возможно предсказать точно поведение группы, то никогда не удастся предсказать поведение одного человека, а можно только лишь сконструировать модель вероятного поведения индивидуума в будущем.

В дискуссиях о взаимоотношениях между преступлением и психическим здоровьем было отмечено, что сейчас проведен ряд исследований, которые показывают, что здоровье и преступность — это разные явления. Например, в недавнем британском проекте (12) было выявлено, что режим психиатрической тюрьмы может улучшить здоровье ее заключенных, но не обязательно изменить их преступные наклонности. В любом случае учреждения не могут повлиять на то, что случается после освобождения преступника из заключения. Необходимо

значительно больший объем информации о взаимоотношениях между преступлением и психической болезнью. Нам необходимо знать, почему некоторые психические больные совершают преступления, а другие, такие же больные, не совершают их. Возможно даже, что психотические эпизоды могут помешать некоторым индивидуумам совершить преступление. Сейчас в СССР проводятся исследования различий между шизофрениками, которые совершают преступления, и теми, кто их не совершает.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ СТРУКТУРЫ И ИНИЦИАТИВЫ

Двадцать лет назад судебные психиатры в основном работали на суд. Дискуссия Рабочей группы выявила, что их положение радикально изменилось. Тем не менее, все еще существует явная опасность того, что судебный психиатр может слишком легко стать частью той системы, в которой он работает. По своей природе врачи консервативны и могут, сами того не сознавая, стать проводниками социального контроля. Вполне вероятно, что психиатр может взять на себя роль прокурора обвинителя, если его заявления будут звучать как обвинения, а не как оценки. Мы не должны забывать, что учреждения часто бывают сильнее, чем отдельные люди. Не всегда психиатр, психолог или социальный работник способен изменить учреждение; скорее наоборот — именно учреждение иногда изменяет профессионального работника.

Возможно, следует организовать более широкие программы подготовки по судебной психиатрии. Более того, суд не должен полагаться на ограниченную, хорошо организованную группу экспертов. Судья призван назначать в качестве эксперта любого профессионального работника, который, по его мнению, подходит для данной цели.

Большинство участников согласились с тем, что судебный психиатр, который остается настоящим врачом, не ограничится лишь подготовкой заключений, а будет всегда стремиться обеспечить своих потенциальных клиентов медицинским лечением. Закрывание дела после предоставления суду заключения несовместимо с этикой медицинской профессии. Это не означает, что врач должен пытаться в корне переделать систему юриспруденции, но он ни в коем случае не должен игнорировать призыв индивидуума о помощи.

Ни один из участников не выразил мнения, что следует устранять лечение только из-за того, что преступление чаще носит социальную, а не психологическую подоплеку. За нарушением поведения не часто следует терапевтическое вмешательство, но последнее может быть поводом для первого. Главная ошибка судебной психиатрии — это стремление к профилактике рецидивизма. Не преступность является законным объектом терапии, а человек, который испытывает трудности и страдания. Если правонарушитель страдает от психического расстройства, которое обычно поддается лечению, то ему нельзя отказывать в лечении только из-за того, что он носит ярлык преступника. По мнению многих участников, психотических преступников следует лечить в психиатрической больнице, как любых обычных больных. Некоторые энергично выступали за то, чтобы психотического правонарушителя, арестованного за преступное поведение или намерения, не задерживали из-за болезни дольше, чем задерживают обычного больного.

Вновь подтверждалось, что важным показанием для лечения преступников является не только наличие психотических, невротических или личностных расстройств, но также желание правонарушителя получить помощь. За исключением тех случаев, когда возможность свободного решения целиком нарушена, ни один больной не должен подвергаться лечению принудительно. Тем не менее, следует помнить, что многие рецидивисты сильно страдают из-за своего невроза. Последнее исследование в Федеративной Республике Германии (15) показало, что, как группа, рецидивисты чрезвычайно сильно страдают от психосоматических расстройств, а также от депрессии, чувства беспокойства и неполноценности. Они также проявляют раздражительность, импульсивность, плохую переносимость фрустраций (разочарований) и социальных запретов. Несмотря на эту высокую степень личного страдания, многим из них трудно выразить четкое желание лечиться. Большинство из них считают-ся неисправимыми с самого детства.

Было предложено, чтобы в целях разграничения карательных мер и мер, связанных с психиатрическим лечением, судебные психиатры отказывались от участия в лечебных экспериментах, которые не преследуют в первую очередь лечебных целей. Ориентированные на лечение учреждения должны быть строго отделены от тех учреждений, цель которых — наказать преступника. Далее, в связи с тем, что вредные воздействия

закрытых учреждений могут быть органичены лишь до определенных пределов, следует предпринимать более активные шаги по созданию судебных амбулаторных центров.

Возможно, что судебному психиатру, больше чем какому-либо другому психиатру необходимо приспособить методы своего лечения к потребностям своих клиентов. Правонарушители иногда связывают с лечением надежды, которые в корне отличаются от целей, преследуемых профессиональными работниками. Например, в одном центре было признано необходимым в целях достижения полного понимания начать групповое лечение через проведение экскурсий, пикников и подобных мероприятий с привлечением друзей, партнеров и родителей. Подобным же образом необходимо разработать новые формы сотрудничества между судебными психиатрами и другими профессиональными работниками смежных профессий. Сотрудники по контролю за условно осужденными, социальные работники, психологи часто имеют больше опыта в решении проблем правонарушителей, но, с другой стороны, хорошо разработанные методы социальной психиатрии могут быть с пользой внедрены в работу по борьбе с правонарушителями в системе условного наказания. Самые большие проблемы возникают в деле создания сотрудничества, которое необходимо между адвокатами, судебными властями и психиатрами. Имеются возможности для более интенсивной подготовки студентов юридических заведений по бихевиоральным наукам.

7. ВЫВОДЫ

На заключительном заседании Составитель отчета изложил общие мнения участников совещания, которые составили шесть главных выводов, хотя по каждому пункту высказывались различные мнения, которые препятствовали достижению единогласия.

Вот эти выводы:

1) Хотя имели место фундаментальные разногласия между присутствовавшими на совещании социологами и психиатрами о сохранении определительного слова "судебный", по общему широкому мнению судебная психиатрия должна оставаться частью общей психиатрии.

2) Область медицинская этика касается судебной психиатрии в такой же степени, как и других категорий медицинской профессии, и, в частности, судебный психиатр должен считать своим первым долгом выполнение врачебных функций по отношению к больному и не должен действовать как часть государственной системы контроля.

3) Сейчас получает развитие "новая судебная психиатрия", которая уделяет меньше внимания диагнозу и больше — лечению. В будущем особое внимание должно уделяться лечению населения в амбулаторных центрах, первичной профилактике и вмешательству при кризисных ситуациях.

4) Судебная психиатрия может внести свой вклад в профилактику преступлений лишь в той степени, в какой отдельный потенциальный преступник ищет помощи и проходит эффективное лечение от психического расстройства, которое, не будучи излечено, может привести к нарушению поведения.

5) Академический и научный статус судебной психиатрии находится на раннем этапе развития. Срочно требуется организовать многопрофильное обучение, научные исследования и установить связи.

6) И, наконец, необходимо создать следующую очередную рабочую группу по судебной психиатрии, также состоящую из представителей различных профессий.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Европейское региональное бюро ВОЗ. Проблемы отклонений от нормы в социальном поведении и правонарушений среди подростков и молодежи. Отчет о совещании Рабочей группы, Хельсинки, 27-30 июня 1972 г. Копенгаген, 1974 г.
2. Европейское региональное бюро ВОЗ. Основные проблемы преступности среди несовершеннолетних. Отчет о Симпозиуме, Братислава, 27-31 августа 1973 г. Копенгаген, 1975 г.
3. Европейское региональное бюро ВОЗ. Консультативные службы для молодежи. Отчет о совещании Рабочей группы, Любек, 12-16 мая 1975 г. Копенгаген, 1976 г.
4. Hirsch, A. Von. Prediction of criminal conduct and preventive confinement of convicted persons. Buffalo Law Review, 22: 717-758 (1972)
5. Dershowitz, A.M. The law of dangerousness: some fictions about predictions. Journal of Legal Education, 23: 24-74 (1970)
6. Christie, N. Clinical criminology and sociology, some thoughts on the principles in and research. Rassegna di Criminologia, 4: 103-106 (1973)
7. Aubert, V. Legal justice and mental health, Psychiatry, 21: 101-113 (1958)
8. Department of Health and Social Services. Home Office. Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders. London, HMSO, 1975
9. Penrose, L.S. Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. British Journal of Medical Psychology, 18: 1-13 (1939)
10. Rollin, H.R. The mentally abnormal offender and the law. Oxford, Pergamon, 1965

11. Greenland, C. Treatment under compulsion. Canad. Psychiatr. Ass. J., 14: 343-349 (1969)
12. Gunn, J. et al. Psychiatric aspects of imprisonment. London, Academic Press (in press)
13. World Medical Association. International Code of Medical Ethics. New York, 1950
14. Fifth United Nations Congress on Prevention of Crime and Treatment of Offenders. Health aspects of avoidable maltreatment of prisoners and detainees. New York, United Nations (document A/CONF.56/9), 1975
15. Rasch, W. & Kuhl, K.-P. Subjektives Leiden als sozialtherapeutisches Behandlungskriterium /Subjective suffering as a criterion for social therapeutic care/. Monatschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 6: 237-245 (1973)

Приложение I

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Д-р В. Боруп Свендсен^а

Судебная психиатрия, как дисциплина, существующая с начала девятнадцатого столетия, т.е. со времени возникновения психиатрии, всегда была тесно связана с более старой дисциплиной - судебной медициной. Пути сотрудничества, а также старшинства или подчинения между этими дисциплинами, однако, не являются темой данного материала.

Нынешнее совещание является одним из весьма немногочисленных международных совещаний, когда мы концентрируем внимание на судебной психиатрии как таковой. Обычно же судебный психиатр принимает участие в дискуссиях о преступности, борьбе с преступностью, уголовном законе или общей или социальной психиатрии. Это совещание планировалось как внутренняя дискуссия о функциях судебной психиатрии, для оценки того, насколько полезна дисциплина и насколько она заслуживает дальнейшего развития. В задачу совещания не входит провозглашение важности судебной психиатрии, как это было сделано такими видными деятелями как, например, Стумпфль (1), который писал в 1958 г.: "...мы говорим, что психиатрия, особенно судебная психиатрия, - это ядро ("Kernstück") криминологии как науки, и можем добавить, что в будущих научных исследованиях она может стать *via regia*." Наоборот, предполагалось решить вопрос, заслушав открытое мнение квалифицированных и компетентных критиков, важна судебная психиатрия или нет.

Считалось целесообразным обсудить роль психиатров в профилактике преступности и борьбе с ней, и этот разговор был признан своевременным, если учесть развитие как общей психиатрии, так и криминологии. В некоторых странах, где судебные психиатры использовались в течение целого ряда лет, спрос на них сейчас падает. Почему это происходит?

^а Главный врач, Министерство юстиции, Копенгаген

Судебная психиатрия определяется как подраздел психиатрии. Она оказывает помощь, которую психиатрия может оказать юридической системе, и занимается вопросами оказания помощи, которую юридическая система может предоставить психиатрии.

Применение судебной психиатрии в юридической системе в основном сосредоточено в областях уголовного права, административного или гражданского права и социального права. Считается целесообразным в данном случае сосредоточить внимание на функциях в рамках уголовного права.

Одна из главных функций судебной психиатрии в уголовном праве - это психиатрическая оценка преступника, обычно для суда, которая помогает суду принять решение о степени чувства ответственности преступника. Другой главной психиатрической функцией в уголовном праве является участие в решениях, принимаемых после суда, в частности относительно аспектов безопасности и лечения в работе с психически ненормальными правонарушителями.

В большинстве европейских стран, судя по всему, созданы прочные организационные структуры, через которые психиатры и другие врачи разъясняют в каждом случае вопросы, относящиеся к делу, в соответствии с уголовным законодательством страны. В последнее время некоторые социологи начали критиковать этот традиционный, заключающийся в проведении экспертизы вид работы, считая, что это отвлекает внимание психиатра от несправедливостей сегодняшней системы вынесения приговора и исправительной системы. Однако намного больше времени занял вопрос о работе судебных психиатров в период после окончания судебного процесса.

Можно выделить три главных фазы судебной психиатрии. Первая фаза получила развитие сто лет назад на принципах итальянской позитивистской школы, которая сначала основывалась на пессимистической оценке правонарушителей и считала главным безопасностью общества. Общество имело право принимать необходимые меры против опасностей, которыми чреваты действия правонарушителей. Меры безопасности должны заменять наказание.

Вторая и более оптимистичная тенденция, направленная на лечение правонарушителя и особенно поддерживаемая психиатрами и другими специалистами из области психоаналитических или динамических наблюдений, появилась где-то ко времени

первой мировой войны, главным образом в англо-саксонских странах и была распространена в тюрьмах и службах условных наказаний; работа в датском центре Херстедвестера, голландской клинике Ван дер Хоофен и британской тюрьме Гренден Ундервуд относится к этой фазе.

В то время как эти две школы (в нашей сегодняшней работе мы должны применять принципы обеих) подчеркивали важность роли врача в изучении генезиса преступления, на сегодняшней, третьей, скептической фазе непсихиатры придают большое значение скрытой преступности и говорят, что преступление, особенно среди молодых можно часто рассматривать как нормальное адаптационное явление и что для анализа многих преступлений лучше всего подходят социологические гипотезы. Многие, включая некоторых судебных психиатров, сейчас считают бесполезным подходить к преступникам с одной лишь медицинской точки зрения.

Теперь нам предстоит обсудить, должен ли судебный психиатр сам определять для себя конкретную роль с определенными функциями или же он должен отказаться от своего места и влиться в группу криминологов и пенологов.

Если необходимо определить конкретную роль судебного психиатра, то с какими преступниками ему следует работать? Со всеми преступниками? Психически ненормальными преступниками? С некоторыми психически ненормальными преступниками? Где должен выполнять свои задачи судебный психиатр: в гражданских системах для неуголовных психически больных или в исправительной системе? И, при любом варианте, должно ли это происходить в специальных учреждениях для преступников или в обычных учреждениях для неправоверных? В чем должны состоять цели лечения? Должен ли психиатр отвечать за лечение?

Какова должна быть позиция судебной психиатрии по отношению к общей психиатрии, к судебной медицине и к общественному здравоохранению? Могут ли судебные психиатры внести свой вклад в профилактику преступности?

Поскольку судебная психиатрия представляет собой вспомогательную дисциплину, необходимо установить, чего ждут, как работодатели, организаторы в области права от судебных психиатров.

Поскольку факт преступления обязателен для наших больных или клиентов, мы должны знать, насколько новые концепции в криминологии способны изменить характер и масштабы нашей работы.

Так как мы работаем с людьми, будет интересно узнать, насколько недавно созданные организации правонарушителей как представителей людей, которых мы лечим, могут придать нашей работе новые перспективы.

Этот подход несколько отличается от взглядов участников семинара ВОЗ по судебной психиатрии в 1958 г. (2), а также от мнений участников объединенных консультационных совещаний ВОЗ и Научно-исследовательского института ООН по борьбе с преступностью (ИНСДРИ), состоявшихся в 1969 и 1970 гг. (3), но было признано необходимым заново пересмотреть эти вопросы ввиду происшедших с тех пор изменений в самой психиатрии и за ее пределами.

Некоторым может показаться, что цели и задачи этого совещания слишком расплывчаты и что ВОЗ следовало бы внести намного более конкретные рекомендации по профилактике правонарушений и преступлений и борьбе с преступностью (выражение "лечение преступлений", насколько я понимаю, было в определенной степени изъято из официального словаря ООН). Если бы были выдвинуты более подробные планы программы судебной психиатрии, то дискуссия принесла бы намного больше пользы. Я полностью согласен с тем, что такая критика была бы оправдана, если бы были четко определены сегодняшние цели судебной психиатрии; в этом случае нам предстоит обсудить лишь стратегию судебной психиатрии. Но я не думаю, что цели судебной психиатрии достаточно четко определены и проанализированы. Поэтому судебным психиатрам прежде всего нужно удостовериться в том, что сегодня они в целом разделяют одни и те же взгляды в разных странах на такие главные вопросы, как, например, как много или как мало преступников мы должны охватить? Способны ли мы внести ценный вклад в разрешение проблем всех или только некоторых правонарушителей? Можем ли мы выдавать рекомендации по профилактике преступлений, если преступление в высокой степени представляет собой социологически обусловленное явление, присущее любому обществу?

Если нет согласия по таким главным принципам, тогда нам лучше обсудить их, а не мелкие детали. Тем не менее, мы можем проиллюстрировать принципы конкретными примерами. Если существуют значительные расхождения во мнениях, нам необходимо определить их как можно яснее.

Первые отчеты посвящены критике со стороны наших работодателей и клиентов, адвокатов и со стороны наших больных, клиентов или объектов нашего наблюдения и лечения, а также научных работников, представляющих криминологию и социологию.

Затем нам, судебным психиатрам, необходимо самим обсудить вопросы организации и тенденции в различных странах и после этого различные условия и проблемы. Далее мы попытаемся обсудить, как научные исследования могут помочь развитию судебной психиатрии и как судебная психиатрия должна быть организована в будущем.

Мы просили критики и мы ее получили. Однако, читая документы, вы, возможно, будете удивлены расхождениями во мнениях и непохожестью взглядов среди критиков.

Судебные психиатры, тем не менее, могут найти некоторое утешение в том факте, что точки зрения участвовавших в совещании судебных психиатров намного ближе друг к другу и что здесь можно почувствовать общее отношение к обязанностям врача и социального работника. Существует определенная перспектива создания транснационального понятия судебной психиатрии. А так как, по всей видимости, все еще существуют такие важные различия во взглядах и организациях, то созыв данного совещания более чем оправдан.

СПРАВОЧНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Ehrhard, H. et al. Psychiatrie und Gesellschaft /Psychiatry and society/. Bern, Huber, 1953
2. Психиатрия и лечение правонарушений. Хроника ВОЗ, № 12: стр. 329-334 (англ.) (1958 г.)
3. Svendsen, B. Report of a WHO short-term consultant collaborating with the United Nations Social Defence Research Institute, Rome, UNSDRI, 1971

Приложение II

БУДУЩИЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Профессор Ф.Х. МакКлинток^а

Выдержка

Дискуссия о научных требованиях подразумевает довольно четкое единство мнений о характере судебной психиатрии и ее задачах в будущем; но поскольку последние являются неясными — что подтверждает вескость причин для созыва Рабочей группы — предложения о полезных научных исследованиях на этой стадии должны быть ориентировочными и в основном личными и, очевидно, потребуют пересмотра в свете последующих дискуссий по нашему основному предмету.

Хотя роль судебной психиатрии в системе уголовного правосудия довольно тщательно исследуется в ряде промышленных стран и потребность в них в некоторых странах явно сократилась, можно признать, что в предвидимом будущем судебный психиатр будет продолжать выполнять важные обязанности в ряде сфер, хотя они могут стать в дальнейшем более ограниченными. Это предполагает, что главные функции будут включать:

1) установление диагноза психической ненормальности по отношению к уголовной ответственности как часть судебного процесса над преступниками;

2) оценку психической ненормальности и опасности по отношению к процессу вынесения приговора судами (особенно там, где имеются специальные медицинские службы для психически ненормальных преступников);

^а Директор школы криминологии и судебных исследований, Эдинбургский университет, Эдинбург, Соединенное Королевство

3) руководство программами психиатрического лечения осужденных преступников, которые оставляются на свободе с условным приговором или в других родственных службах;

4) функции консультанта в системе карательных учреждений;

5) управление специальными учреждениями для правонарушителей в медицинских и социальных службах;

6) оценка возможности освобождения преступников на поруки или на других подобных условиях.

В каждой из этих шести сфер профессиональной ответственности необходимо применить оценочное исследование для оценки степени выполнения задач службы в свете поставленных медицинских и юридических целей. В связи с этим также предполагается, что общее использование результатов сравнительных медико-юридических исследований поможет сэкономить затраты на научные исследования, сосредоточенные на работе судебной психиатрии и ее достижениях в различных системах уголовного правосудия, где требуется тщательно изучить взаимосвязи между судебным психиатром, юристом, социальным работником и тюремным администратором не только с точки зрения их принадлежности к официальной организации, но также изучить их как профессиональных работников в непрерывном процессе взаимодействия. Это требует активных научных исследований и описательных исследований сегодняшних служб и средств судебной психиатрии в самых разных системах уголовного правосудия, существующих в мире. В этих сферах лечения необходимо различать чисто психиатрические проблемы и проблемы преступности и оценивать посредством научных исследований вопрос о том, в какой мере они эффективно разрешаются психиатрическими или другими средствами вмешательства через процессы уголовного правосудия. Для этой цели потребуются также более сложные виды прогнозирующих исследований. Но там, где научные исследования посвящены преступникам, страдающим от конкретных психических болезней, проблемы и методы очень похожи на проблемы и методы, существующие в других видах медицинского исследования. Более трудные области для исследовательской оценки представляет работа судебного психиатра среди преступников, поведение и взгляды которых не считаются нормальными, но которых трудно назвать психически больными в строго медицинском смысле слова. Здесь также будет необходимо пересмотреть значение, придаваемое

ненормальности и теориям развития личности, на которых основаны различные школы психиатрии. Более того, можно предположить, что различные виды психиатрического вмешательства и даже непсихиатрического вмешательства могут все давать в основном одни и те же результаты с точки зрения изменения поведения и, если это действительно так, тогда необходимо будет тщательно рассмотреть связанные с этим аспекты.

Радикальные криминологи критикуют судебного психиатра за его попытки иметь дело лишь с психически ненормальными преступниками, тогда как основная проблема (как они заявляют) заключается во всей нездоровой социально-экономической структуре общества, которое и порождает большинство преступников. В этой дискуссии одной из главных будущих сфер исследования могут представить социально-экономические условия и их влияние на развитие личности в различных окружениях, в которых, по всей видимости, наиболее распространена преступность и психическая ненормальность. Такие научные исследования могут пролить новый свет на динамические процессы, которые ведут к увязыванию психической ненормальности с преступлением, и могут подсказать другие возможные методы вмешательства, при которых психиатр может играть более позитивную роль на ранней профилактической стадии, а не на стадии, когда серьезные проступки уже привели к аресту и осуждению.

Приложение III

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ СТРУКТУРЫ И ИНИЦИАТИВЫ

Профессор У. Раш^a

В качестве постулатов выдвигаются некоторые пробные положения:

1. Судебная психиатрия не должна держаться в жестких организационных рамках. Экспертную работу должны выполнять не одни лишь врачи, занятые в правительственных учреждениях.

Чем больше судебные психиатры работают в юридической системе, тем сильнее у них тенденция к чрезмерному приспособлению к ее законам. Таким образом они легко становятся консервативными проводниками социальных мер.

Как эксперт, психиатр может иногда играть роль второго обвинителя, когда его заявления звучат больше как обвинения, а не как оценка. В исправительной системе психиатры часто идут на работу в тюрьму с намерением внести какие-то изменения. Они руководствуются гуманными принципами, не сознавая парадоксов, присущих концепции наказания человека. Фактически система заключения всегда оказывается сильнее. Не психиатр, не психолог и не социальный работник изменяют учреждение, а как раз наоборот. Превращение терапевтической роли в карательную — явление хорошо известное. В условиях, где презрение и жестокость по отношению к заключенным являются главными ценностями, специалист, пытающийся предложить им помощь, окажется в беспомощном положении. Следствием этого изменения отношения является тенденция тюремных врачей ошибочно признавать заключенных симулянтами.

^a Директор, Институт судебной психиатрии, Свободный Берлинский университет, Западный Берлин

2. Программы подготовки по судебной психиатрии должны быть более широкими.

Отказавшись от идеи о том, что суд должен полагаться на ограниченную хорошо организованную группу психиатров, судья будет свободен назначать в качестве эксперта любого врача, которого он считает нужным. Обвинение и защита должны иметь право выдвигать свои кандидатуры.

Против использования любого врача в качестве эксперта выдвигают тот довод, что неопытные врачи часто не понимают юридических требований. Это совершенно правильно, но этот довод уравнивается тем фактом, что окончательное решение юридического вопроса в любом случае остается за судьей. С другой стороны, некоторые врачи, которые считаются опытными экспертами, часто мало знают о современной психологии. Настаивая на том, что задача эксперта заключается в диагностике болезней, а не во вскрытии психологических странностей преступника, они пытаются выдать свой недостаток за преимущество. Следует предпринять попытки по усовершенствованию и расширению образовательного уровня судебных психиатров, с тем чтобы обеспечить определенные стандарты.

3. Судебный психиатр, который продолжает считать себя врачом, не будет ограничивать себя подготовкой только экспертных отчетов, а будет стремиться к лечебной деятельности.

Психиатрический эксперт изменит своей врачебной этике, если он после предоставления отчета будет считать дело закрытым или оставит все дальнейшие действия по оказанию помощи больному на усмотрение тюремных властей. Это не означает, что он должен начать революцию против юридической системы, но он не должен игнорировать призывы индивидуума о помощи. Есть убедительные доказательства того, что большой процент правонарушителей, особенно среди рецидивистов - это люди с сильно нарушенной психикой, которые срочно нуждаются в помощи.

4. Тот факт, что преступность является социальным явлением, не исключает возможности лечения индивидуума. Отклонения от норм поведения — это не причина, а повод для терапевтического вмешательства.

Распространенным доводом против применения терапевтических мер в отношении правонарушителей является тот факт, что преступность обусловлена социальными причинами и что индивидуальное лечение отвлекает внимание от важных проблем. Эта точка зрения, даже если она верна в принципе, не должна давать врачу повод отказываться лечить человека и сидеть в ожидании несбыточных надежд. Любая социальная система имеет свои человеческие потери. В обществе всегда будет определенный процент людей, которые не способны справиться с его требованиями. Это может быть результатом обычного распределения, которое применимо ко всем биологическим явлениям.

Главной ошибкой в применении терапевтических мер в отношении правонарушителей является сосредоточение усилий на профилактике рецидивизма. Преступность в целом не может быть законным объектом терапии, а лишь человек с его трудностями и страданиями. Если правонарушитель страдает от психического расстройства, которое обычно поддается лечению, нельзя ему отказывать в лечении лишь из-за того, что на нем стоит клеймо преступника. Целью лечения должна быть не адаптация любой ценой, а рост и эмансипация, а отсутствие рецидивизма представит собой лишь удачный побочный эффект. Ограничение терапевтических мер лишь до лечения ненормальностей характера должно учитывать тот факт, что отклонения в поведении представляют собой у многих людей переходную фазу. Задача судебного психиатра должна заключаться в том, чтобы выбрать тех лиц, которые склонны встать на путь преступлений. Нужно признать, что сделать такой диагноз не очень легко, не говоря уж о прогнозе. Одним из главных пробелов в судебной психиатрии является то, что в ней до сих пор нет надежных прогностических критериев.

3. К психически больным, совершившим преступление, следует относиться так же, как к любым другим психически больным.

Все согласны с тем, что лиц, страдающих от психоза и совершивших преступление, пужно не наказывать, а подвергать соответствующему лечению. Они составляют лишь небольшой процент среди правонарушителей, которых следует лечить в

психиатрических лечебницах как любых других больных. В области больничной психиатрии существует тенденция рассматривать психически больных правонарушителей как особо опасных лиц и изолировать их в отдельных учреждениях или отдельных палатах. Эта процедура означает, что правонарушители подвергаются двойному позору.

Даже в тех случаях, когда причиной для помещения в больницу является мелкое преступление, продолжительность содержания в больнице бывает обычно неоправданно длительной. Например, в Федеративной Республике Германии средняя продолжительность такого срока составляет приблизительно 10 лет.

Причины этого - отсутствие интереса со стороны врачей и адвокатов, опасения больничных врачей, что, в случае нового преступления бывшего больного, они могут быть подвергнуты суровой критике обществом, тот факт, что врачи часто не знают, куда посылать больного после выписки из больницы, и, наконец, отсутствие соответствующих критериев оценки опасности человека. Часто используемыми поводами для продления срока содержания в больнице являются проблемы дисциплины или попытки к бегству.

6. Предпосылкой для лечения правонарушителей является не только наличие расстройства личности, но также их потребность в помощи. Страдания у правонарушителя сами по себе проявляются не так, как у обычного больного.

За исключением тех случаев, когда свобода решения полностью исключена, ни один больной не должен лечиться на принудительной основе. В целом показанием для начала лечения является его желание лечиться.

Широко известна стереотипная теория о том, что преступник лишь страдает от последствий своего поступка, но не от своего психического расстройства. С этим взглядом следует бороться. Специалист психиатр знает, что ему часто попадают больные в состоянии отчаяния и с желанием лечиться, которое не является результатом преходящего стремления завоевать сочувствие врача. Страдания правонарушителя отличаются от страданий невротического больного, который консультируется с частным практикующим врачом и способен высказать свои жалобы. В этой связи интерес представляют результаты обследований 89 рецидивистов, отобранных наугад из тюрьмы Земли Северная Рейн-Вестфалия. По Фрейбургскому

личностному списку, который является факторо-аналитическим вопросником, средние цифры у выбранных заключенных были статистически намного выше по шкале нервозности, агрессивности, депрессии, возбуждения, угнетения и эмоциональной неустойчивости. Оценки мужественности/женственности были снижены. Результаты обследования показали, что рецидивисты значительно страдают от психосоматических проблем, а также от депрессивного угнетения, беспокойства и комплексов неполноценности. Они раздражительны, импульсивны, проявляют малую переносимость фрустраций и испытывают трудности в установлении нормальных взаимоотношений с окружающими.

Расстройства личности, описанные в этой группе правонарушителей, делают очевидным наличие большой степени индивидуального страдания. Трудно перевести эти страдания в ясно высказанное желание лечиться. Здесь необходимо учитывать, что эти люди считаются плохими или преступниками еще с детства. Трудно ожидать, что они вдруг поймут, что им необходимо лечиться.

7. Неудовлетворительные результаты лечебных проектов не должны использоваться как главный аргумент против теории лечения преступников.

По всей видимости, имеются три главных аспекта, объясняющих неудачи лечебного эксперимента.

Первый аспект состоит в том, что эксперименты поддерживались властями лишь наполовину. Большинство учреждений остались недоукомплектованными и не имели достаточно ресурсов, чтобы привлечь квалифицированный персонал. Так называемые требования безопасности все еще ставились на первое место. Учреждения, сохранившие свой карательный характер, явились неудачным сочетанием тюрьмы и больницы. Иногда программы лечения осуществлялись в отделениях больших исправительных учреждений. Это приводило к постоянным конфликтам с главным учреждением, причем исход конфликта обычно бывал не в пользу терапевтического отделения. Как следствие слабой позиции врачей в тюрьмах, там сохраняется анти-терапевтическая внутренняя культура, которая исключает возможность какой-либо эффективной терапевтической работы. Из этого можно сделать два следующих вывода:

- судебная психиатрия должна отказываться от участия в лечебных экспериментах, которые не организованы в лечебных условиях;

- лечебные учреждения следует строго отделять от учреждений, преследующих карательные цели.

Второй аспект заключается в том, что программы часто начинались без ясной теоретической концепции. Слабым местом классической психиатрии является недостаточное критическое отражение ее методов и незначительное внимание, уделяемое ее социальным масштабам.

Третий аспект связан с отбором заключенных для лечения. Не были конкретно оговорены всеми признаваемые критерии. Вывод о необходимости лечения делался на основе симптома рецидивизма, а ликвидация рецидивизма рассматривалась как цель лечения. Здесь вновь можно проследить тенденцию судебной психиатрии приспособиться в большей мере, чем это необходимо, к юридической системе и воздержаться от развития своих собственных концепций.

8. Следует предпочитать лечение в открытых учреждениях или в амбулаторных условиях. На начальной фазе содержания в учреждении часто будет неизбежным.

Учитывая ограниченную практическую ценность уменьшения вредного воздействия учреждений тюремного типа, следует предпринимать больше усилий к созданию средств амбулаторного лечения. В ориентированных на лечение домах послебольничной адаптации можно проводить лечение и одновременно создать очень близкие к нормальной жизни условия. Таким образом можно избежать хорошо известную трудность, связанную с нахождением занятия или организацией соответствующей подготовки для находящихся в тюрьмах. После освобождения клиент должен иметь возможность вернуться в учреждение в любое время, когда он захочет. В некоторых случаях главная цель лечения может заключаться в том, чтобы научить его пользоваться этой возможностью в критических ситуациях.

При тяжелых расстройствах личности начальное лечение в закрытом учреждении является неизбежным. До тех пор, пока клиент не поймет, что он нуждается в лечении, он не будет проявлять готовности к сотрудничеству и будет стараться

избегать лечения при любой возможности. Цель терапии во время этой фазы заключается в том, чтобы ликвидировать предостережение о нем как о преступнике.

9. Используемые методы должны быть приспособлены к потребностям клиентов и не вызывать у них чувства беспокойства и сопротивления.

Такое требование кажется довольно простым, но ни в коей мере таким же легко выполнимым. Бригада психологов и психиатров нашего Института начала применять групповую терапию среди правонарушителей. У них ничего не получалось до тех пор, пока не были найдены пути тесного сотрудничества с инспекторами по контролю за условно осужденными. В результате групповые совещания стали отвечать ожиданиям наших клиентов. Оказалось, что лучше всего начинать с тематических групповых совещаний, экскурсий, пикников и подобных мероприятий и постепенно переходить к личным проблемам. Лечение было расширено до социального окружения клиента: приглашались для участия друзья, партнеры, родители.

В настоящее время в Западном Берлине рассматривается интересный долговременный проект. Главной его идеей является то, что часто правонарушители первые годы своей жизни проводят без материнской опеки. Участвующие в проекте матери будут получать зарплату на том условии, если они бросят работу и посвятят себя полностью уходу за своими детьми. Для них будет обязательным участие в специальных курсах по воспитанию ребенка.

10. Необходимо разработать новые формы сотрудничества между судебными психиатрами и другими профессиональными работниками, занятыми в исправительной системе.

Множественность и разнообразность проблем, связанных с лечением правонарушителей, требуют межпрофильного сотрудничества. Социальные работники и психологи часто больше всего подходят для того, чтобы решать проблемы правонарушителей. С другой стороны, хорошо разработанные методы социальной психиатрии могут с пользой быть применены в работе с правонарушителями, которым был вынесен условный приговор.

Оказалось, что установить сотрудничество между различными профессиями чрезвычайно трудно. Это нельзя объяснить

лишь отсутствием удобных моделей сотрудничества. Большое значение, по всей видимости, имеют эмоциональные проблемы, возникающие при взаимодействии профессиональных работников разных дисциплин. Разрешение таких неизбежных конфликтов должно быть обеспечено через организацию регулярного контроля за бригадой.

Особые проблемы возникают при сотрудничестве с судьями, которые часто недостаточно понимают психологические и психиатрические проблемы. В целях усовершенствования связи между судьями и профессиональными работниками следует интенсифицировать подготовку студентов юридических факультетов в области бихевиоральных наук.

Приложение IV

ПРОГРАММА

Понедельник, 13 октября

Регистрация участников

Открытие совещания

Вступительная речь

Различные взгляды на судебную психиатрию с точки зрения:
юриста-администратора
криминолога
представителя организации правонарушителей

Вторник, 14 октября

Нынешний организационный статус с примерами по различным странам:

Италия, Федеративная Республика Германии, Соединенное Королевство, Дания, Нидерланды, СССР

Среда, 15 октября

Будущая политика

1. Работа судебного психиатра в различных условиях:
 - а) тюрьма или службы условного наказания
 - б) специальные психиатрические службы в карательной системе
 - в) специальные учреждения для правонарушителей с медицинскими или социальными службами
 - г) обычные гражданские и медицинские учреждения для преступников
2. Роль психиатров в борьбе с обычной преступностью и их конкретный вклад в профилактику преступления
 - а) Какую долю правонарушителей следует обследовать психиатрически и какая доля будет реально обоснованной?
 - б) Какую долю правонарушителей должны брать на себя психиатры?

- в) Вклад психиатров в создание более гуманных условий в тюрьмах, тюремных лагерях и профилактических учреждениях и в отмене пыток
- г) Аспекты судебной психиатрии, которые считаются противоречивыми

Четверг, 16 октября

- Будущие научные исследования
- Организационные структуры и нововведения
- Общая дискуссия

Пятница, 17 октября

- Выводы и рекомендации
- Представление материала Составителем отчета
- Закрытие совещания

Приложение V

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Временные советники

- Профессор М. Барни, Декан, Сиенский университет, Сиена, Италия (Председатель)
- Профессор Й. Бернхайм, Институт судебной медицины, Женева, Швейцария
- Профессор Р. де Вита,^a Кафедра социологии, Сиенский университет, Сиена, Италия
- Д-р Дж. Ганн, Директор, Научный отдел специальных больниц, Институт психиатрии, Лондон, Соединенное Королевство (Составитель отчета)
- Д-р Г. ди Геннаго, Генеральный консультант, Научно-исследовательский институт ООН по социальной защите, Рим, Италия
- Д-р Л.Н. Дейли, Клинический директор отдела судебной психиатрии, Восточный совет здравоохранения, Центральная психиатрическая больница, Дандрем, Дублин, Ирландия
- Профессор Р. Зартечи,^a Кафедра психиатрии, Пизанский университет, Пиза, Италия
- Профессор Г. Канепа,^a Директор, Институт криминальной антропологии, Медицинский факультет, Университет Генуи, Генуи, Италия
- Г-жа И. Кох, Институт криминологии, Копенгагенский университет, Копенгаген, Дания
- Профессор Н. Кристи, Директор института криминологии и уголовного права, Университет Осло, Осло, Норвегия

^a Участие не оплачивается ВОЗ

Профессор Ф.Х. МакКлинток, Директор школы криминологии и судебных исследований, Эдинбургский университет, Эдинбург, Соединенное Королевство

Д-р Е. Мара, Директор служб здравоохранения, Поггибонзи (Сиена), Италия

Профессор Г.В. Морозов, Центральный научно-исследовательский институт судебной психиатрии им. Сербского, Москва, СССР

Профессор В. Раш, Директор, Институт судебной психиатрии, Свободный Берлинский университет, Западный Берлин

Профессор Г. Реале,^а Кафедра криминальной антропологии, Сиенский университет, Сиена, Италия

Д-р В. Слуга, Венская психиатрическая университетская клиника, Вена, Австрия

Д-р А. Хастинкс, Советник по психиатрии, Лейден, Нидерланды

Д-р П. Хивер, психиатр, тюремная больница, Министерство юстиции, Париж, Франция

Профессор А. Яриа,^а Директор, психиатрическая больница "Санта Мария делла Пиета", Рим, Италия

Представители других организаций

Международное общество криминалистов

Профессор М. Фонтанези, Генеральный секретарь, Итальянское общество криминалистов, Школа клинической криминологии и судебной психиатрии, Медицинский факультет, Римский университет, Рим, Италия

Всемирная ассоциация психиатров

Профессор А. Яриа, Директор, психиатрическая больница "Санта Мария делла Пиета", Рим, Италия

^а Участие не оплачивается ВОЗ

Консультант

Д-р В. Боруп Свендсен, Главный врач, Отдел судебной психиатрии, Министерство юстиции, Копенгаген, Дания

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Д-р М. Постильоне, Руководитель Службы профилактики болезней и борьбы с ними (Секретарь)