

**ПРОБЛЕМА РЕАЛИЗАЦИИ
ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР БЕЗОПАСНОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ
КАК ФАКТОРА ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ**

В. И. Петров

(Учреждение образования «Могилевский государственный университет А. А. Кулешова»,
кафедра юриспруденции)

Рассматриваются вопросы правового регулирования применения принудительных мер безопасности и лечения к лицам, совершившим общественно-опасные деяния и признанным психически больными.

В судебно-психиатрической экспертной практике серьезной задачей в отношении лиц, признанных судом невменяемыми за совершение общественно-опасных деяний, является профилактика рецидивной преступности. Рекомендуемые судебными психиатрами-экспертами принудительные меры безопасности и лечения являются одним из инструментов достижения безопасности как самих душевнобольных, совершивших криминальные деяния, так и общественной безопасности в целом. На современном этапе

развития судебной психиатрии ощущается острая необходимость в систематизации имеющихся научных данных по их применению, повышении информативности судебно-психиатрических экспертных выводов, выработке единых подходов к вынесению экспертных заключений по их назначению, решении вопроса о возможности прекращения этих мер, приведении их в строгое соответствие с существующей нормативной законодательной базой Республики Беларусь.

Нормальное функционирование психики человека определяется наличием и гармоничным взаимодействием ряда психических процессов: ощущений и восприятия, внимания, памяти, мышления, эмоций и двигательной-волевой сферы, сознания. Это позволяет правильно оценивать себя, свои внутренние ощущения, окружающий мир, планировать и реализовывать индивидуальные намерения, определять и реализовывать элементы деятельности, предвидеть их результат, т.е. вести себя разумно и законопослушно при отсутствии психических нарушений. Психическая болезнь ослабляет приспособляемость больных к требованиям жизни, из-за чего они часто оказываются в реально трудных бытовых и социальных ситуациях, и это опосредованно создает риск совершения общественно-опасного деяния (ООД).

Обращаясь к формулировке свободы «как осознанной необходимости» классиками марксизма-ленинизма, следует заметить, что поведение каждого индивида определяется степенью его личной свободы. Осознание необходимости ограничивать свою индивидуальную свободу приемлемыми социальными рамками (правовыми нормами), не внедряясь в свободное пространство других лиц, не ограничивая их прав и законных интересов, возможно лишь при условии сохранения функции сознания и нормального функционирования двигательной-волевой сферы как регулятора произвольного поведения. Критическая оценка текущей ситуации, организация деятельности с учетом нравственной иерархии ценностей и личностных установок, возможность сохранения антиципационной способности (возможности предвидеть результат действий) – вот что в конечном итоге позволяет формировать и сохранять законопослушное поведение.

Отношение общества к душевнобольным в разные времена и у разных народов определялось характером государственного устройства, уровнем развития медицины и права, степенью общественной опасности лица в связи с имеющимся психическим расстройством. Еще в Древней Греции буйных душевнобольных могли держать в запертом помещении и заковывать в цепи. В Древнем Риме их помещали в темницы. В средневековой Европе приоритет отдавался общественной безопасности. Даже при освобождении помещанного от правовой ответственности, он нередко помещался в тюрьму. Местом нахождения «опасных» больных часто становились подвалы городских ратуш или тесные помещения внутри городских стен, так называемые «ящики для дураков». В то время при совершении нетяжких преступлений душевнобольных могли отдать на попечение родственников. С наступлением мрачного средневековья и мракобесия причиной психических расстройств стали считать одержимость дьяволом, что часто приводило помешанных к сожжению на костре [2].

Шли годы, менялись взгляды на преступность как социальное зло, реформировались правовые и медицинские организационные структуры, но во все времена психиатрия соприкасалась с необходимостью профилактики противоправного поведения душевнобольных. Правовые нормы, затрагивающие их интересы, стали появляться одновременно с общими актами государственного законодательства, как их составная часть. Первично реализация принудительных мер медицинского характера в отношении психически больных была возложена на МВД СССР, однако в 1988 году эта функция была передана Министерству здравоохранения СССР с созданием новой системы учреждений – психиатрических больниц с обычным, усиленным и строгим наблюдением, которые существуют в таком же виде и сегодня.

С момента возникновения судебной психиатрии как прикладной правовой науки и по сей день она решает двуединую задачу: минимизация ущерба от противоправных действий со стороны психически больных, с одной стороны, и сохранение законных прав и свобод этой категории лиц, которые совершают ООД по болезненным мотивам, не обладая в полной мере способностью осознать, критически оценивать и предвидеть последствия своих противоправных действий с утерей волевого контроля своего произвольного поведения, с другой. В данном вопросе всегда существовало противоречие из-за несовпадения личных и общественных интересов, что не означало их полной противоположности. Возникновение судебной психиатрии как отрасли психиатрии произошло из-за потребности государства в правильной оценке психического состояния лиц, совершивших ООД, что в итоге определяло степень их ответственности перед законом. При освобождении же от уголовной ответственности душевнобольных, «краеугольным камнем» всегда оставался вопрос о возможности совершения ими новых преступлений, особенно связанных с угрозой здоровью и жизни окружающих лиц [3].

Сравнительный анализ противоправной активности душевнобольных показал, что особенно криминогенны больные шизофренией (более 50,0% всех подэкспертных в связи с совершением ООД). На их долю в общей структуре преступлений, совершенных душевнобольными, приходится 33,3% тяжких телесных преступлений, 40,6% убийств, 50,8% хулиганств и 67,4% грабежей [1].

Применение принудительных мер безопасности и лечения (ПМБЛ) к лицам, признанным судом невменяемыми и совершившим такие действия, является превентивной государственной мерой социальной защиты законопослушного населения. Вместе с тем, условия пребывания в психиатрических больницах при реализации принудительных мер безопасности и лечения незначительно отличаются от условий мест лишения свободы, это не что иное, как форма государственного принуждения с «ограничением свободы выбора...», что требует новых современных инновационных подходов в вопросах организации содержания больных в психиатрических больницах специального типа, а главное, – профилактики рецидива общественно-опасных деяний со стороны психоаномальных лиц. В этом решении «высока цена вопроса», ибо от него часто зависят здоровье и жизнь граждан, что определяет высокую степень ответственности специалистов и других официальных лиц при вынесении соответствующего решения. Недаром сроки применения ПМБЛ мало отличаются от сроков лишения свободы в уголовно-исполнительной системе МВД Республики Беларусь за аналогичные уголовные преступления, а судьи нередко отклоняют ходатайства врачебных комиссий о прекращении (изменении вида) ПМБЛ в связи с нечеткостью оценки возможности совершения представляемым лицом повторного криминального насилия.

Само наличие у человека психического расстройства несет для него «негативную социально-этическую и правовую нагрузку». Это касается и вопросов стигматизации данной категории населения, и всегда, применительно к уголовному праву, подразумевает потенциальную опасность психически больных.

В данном случае, и это очевидный факт, риск совершения больным повторного ООД всегда существует. Соответственно, цели применения принудительных мер медицинского характера в судебной психиатрии шире, нежели в общепсихиатрической практике, которые, кроме излечения или улучшения психического состояния больных, направлены на предупреждение совершения новых социально опасных деяний.

Принудительное лечение предусматривает применение ПМБЛ к лицам, совершившим ООД и признанным психически больными. Они назначаются в случае, когда психическое расстройство лица связано с опасностью для него или других лиц либо с возможностью причинения им иного существенного вреда. Эти меры рассматриваются как особая уголовно-правовая форма государственного принуждения, смысл которой заключается в применении лечебно-реабилитационных мер в отношении психически больных лиц, совершивших ООД и нуждающихся, по своему психическому состоянию, в принудительном наблюдении или лечении, которые преследуют две цели: излечение или улучшение состояния больных и предупреждение совершения ими новых преступлений, представляющих социальную угрозу. Назначение ПМБЛ является исключительно правом, а не обязанностью суда. Назначение таких мер без указания сроков реализации является возможным, но не обязательным, их исполнение обеспечивается силой государственного принуждения. ПМБЛ не являются средством наказания, хотя и сопряжены с ограничением свободы больного. Характер и продолжительность принудительных мер медицинского характера определяются в основном не тяжестью содеянного, а спецификой заболевания больного лица. Полное излечение психического расстройства во многих случаях является недостижимой целью, в то время как улучшение психического состояния больного может быть вполне реальным, что учитывается судами при прекращении ПМБЛ [4].

Важно помнить, что права любого человека и гражданина, вне зависимости от того, здоров ли он, страдает физическим или психическим недугом, является ли законопослушным гражданином или совершает ООД, обладает ли он свободой в полной мере или в ограниченной форме – в любом случае его права являются высшей ценностью общества, а защита и обеспечение условий для их реализации – главная обязанность демократического государства!

Выводы:

1. На современном этапе развития общества требуется совершенствование правового регулирования применения ПМБЛ, нормативной законодательной базы по этому вопросу как Государственного комитета судебных экспертиз, так и Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в учреждениях здравоохранения которого непосредственно осуществляется реализация ПМБЛ.

2. Заключение специалистов СПЭ по итогам освидетельствования о применении принудительных мер безопасности и лечения должно быть логичным, обоснованным и индивидуализированным, равно как и заключение психиатров-наркологов психиатрических больниц о прекращении принудительных мер безопасности и лечения, учитывающее степень общественной опасности лица, совершившего ООД. Взаимодействие социальных структур после прекращения ПМБЛ должно учитывать специально разработанный алгоритм действий, принятый и одобренный всеми, по «ведению» пациента после выписки.

3. Все заинтересованные государственные структуры (медицинские, правоохранительные, судебные и др.), имеющие отношение к реализации сроков принудительных мер безопасности и лечения, должны выступать «единой командой» и учитывать мнение других сторон, беря на себя часть индивидуальной ответственности за возможные последствия.

4. Следует подумать и о дальнейшей судьбе особо криминогенных невменяемых лиц при невозможности прекращения принудительных мер безопасности и лечения ввиду наличия стойкой галлюцинозоподобной симптоматики.

но-бредовой симптоматики, грубых дефектов личности, совершивших повторные (неоднократные) ООД со смертельными исходами и (или) с причинением тяжких телесных повреждений, представляющих особую социальную опасность, рассмотрев вопрос о возможности «пожизненного содержания» в специально разработанных для целей ПМБЛ учреждениях специального типа, когда последствия противоправного поведения данной категории лиц в свободном социуме просто неизбежны.

5. Одним из факторов сдерживания «криминальной активности» больных могла бы быть терапия психотропными препаратами более пролонгированного (длительного) действия, что на сегодняшний день является задачей фармакологии будущего.

6. Практично полезным кажется и вопрос размещения больных с различными видами ПМБЛ в отделениях одного учреждения, что позволило бы осуществлять «ступенчатость» перехода больных от более строгих режимов наблюдения и лечения к жизни вне социальной изоляции.

7. Последующий, после прекращения ПМБЛ, обязательный электронный контроль местоположения и перемещений пациентов в виде различных инновационных устройств: чипов, браслетов, вставок в часы и т.п.

Литература

1. Дукорский, В. В. Оценка риска повторных насильственных общественно-опасных деяний у больных шизофренией / В. В. Дукорский // Актуальные вопросы судебной психиатрии и судебной психологии : тезисы докладов международной научно-практической конференции, Минск, 10-11 дек. 2015 г. / ГКСЭ Республики Беларусь; Право и экономика. – Минск, 2015. – С. 49–51.

2. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия : учебник / Н. М. Жариков, В. П. Котов, Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: ИНФРА-М, 2011. – 624 с.

3. Жуковец, К. Г. Принудительные меры безопасности и лечения, рекомендуемые лицам, страдающим психическим расстройством (заболевание), направленные на предупреждение новых общественно-опасных деяний, охрану и лечение таких лиц: требования к составлению заключения эксперта и аргументации выводов, обобщённые варианты формулировок / К. Г. Жуковец, Е. Д. Евтухович // Актуальные вопросы судебной психиатрии и судебной психологии : тезисы докладов международной научно-практической конференции. Минск, 10-11 дек. 2015 г. / ГКСЭ Республики Беларусь; Право и экономика. – Минск, 2015. – С. 97–106.

4. Судебная психиатрия : курс лекций / сост. В. И. Петров. – Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2014. – 212 с.