

В. И. Петров
Н. В. Пантелеева

**ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ
БЕЗОПАСНОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА
ПОВТОРНЫХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ
ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

Могилев
МГУ имени А. А. Кулешова
2017

Электронный аналог печатного издания:

В. И. Петров, Н. В. Пантелеева

Принудительные меры безопасности и лечения как профилактика повторных общественно опасных деяний психически больных
Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2017. – 44 с.

Забота о защите граждан от противоправных посягательств является актуальной задачей любого цивилизованного государства. Нередко лица с психическими расстройствами представляют социальную опасность и нуждаются в применении к ним мер социальной защиты. Наряду с недобровольной госпитализацией принудительные меры безопасности и лечения являются эффективной мерой профилактики рецидивной преступности. Их применение носит дифференцированный характер, учитывает личность психически больного, характер содеянного, степень социальной опасности.

По-прежнему остается актуальным вопрос разработки критериев прекращения принудительных мер безопасности и лечения в плане снижения риска противоправной активности больного после выписки из психиатрического стационара. Их рациональное применение будет способствовать укреплению демографической безопасности граждан Республики Беларусь с сохранением законных прав самих психоаномальных лиц.

УДК 343.969
ББК 67.410.113.41

Петров, В. И. Принудительные меры безопасности и лечения как профилактика повторных общественно опасных деяний психически больных [Электронный ресурс] : учебно-методические материалы / В. И. Петров, Н. В. Пантелеева. – Электрон. данные. – Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2017. – Загл. с экрана.

212022, г. Могилев
ул. Космонавтов, 1
тел.: 8-0222-28-31-51
e-mail: alexpzn@mail.ru
<http://www.msu.mogilev.by>

© Петров В. И., Пантелеева Н. В., 2017
© МГУ имени А. А. Кулешова, 2017
© МГУ имени А. А. Кулешова,
электронный аналог, 2017

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГКСЭ – Государственный комитет судебных экспертиз;

МВД – Министерство внутренних дел;

МЗ – Министерство здравоохранения;

ООД – общественно опасное деяние;

ОО – общественная опасность;

ПАВ – психоактивные вещества;

ПБ – психиатрическая больница;

ПМБил – принудительные меры безопасности и лечения;

ПР – психическое расстройство;

СП – судебная психиатрия;

СПЭ – судебно-психиатрическая экспертиза;

УК – Уголовный кодекс;

УПК – Уголовно-процессуальный кодекс.

ВВЕДЕНИЕ

В процессе становления государства его функция одновременной «защиты» отдельного психически больного и сообщества от его противоправных действий применительно к предназначению психиатрии всегда была двуедина. Оно старалось защитить как интересы душевнобольного (в меньшей степени в период средневековья), так и не ущемлять интересы сообщества (по мере его гуманизации). В данном вопросе всегда существовало противоречие из-за несовпадения личных и общественных интересов, что не означало их полной противоположности. С целью избежать социально-опасных последствий поведения буйных больных государственные структуры постоянно предпринимали попытки оградить их от здоровой части населения, одновременно стараясь, насколько позволяла реальная ситуация, не ущемлять их права.

Особенно криминогенны больные шизофренией (более 50,0% всех подэкспертных в связи с совершением ООД). На их долю в общей структуре преступлений, приходится 33,3% тяжких телесных преступлений, 40,6% убийств, 50,8% хулиганств и 67,4% грабежей [1].

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.

При наличии подобной угрозы специалисты СПЭ по итогам освидетельствования логично выносят обоснованное заключение о применении ПМБиЛ, которые должны быть индивидуализированы, учитывать степень общественной опасности лица, совершившего ООД. Часто от решения этого вопроса зависит здоровье и жизнь граждан, что определяет высокую степень ответственности специалистов и официальных лиц при вынесении соответствующего решения. Недаром сроки применения ПМБиЛ мало отличаются от сроков лишения свободы в местах лишения свободы за аналогичные уголовные преступления, а судьи нередко отклоняют ходатайства врачебных комиссий о прекращении (изменении вида) ПМБиЛ в связи с нечеткостью оценки возможности совершения представляемым лицом повторного насилия.

Уголовное право в данном случае подразумевает потенциальную опасность психически больных. Соответственно, цели применения принудительных мер медицинского характера шире, нежели в общепсихиатрической практике. Среди таких целей, кроме излечения или улучшения психического состояния, указывается и на предупреждение совершения новых социально опасных деяний [10]. Вместе с тем оптимизация ПМБиЛ неразрывно связана с риском совершения пациентом повторного ООД [1].

Рекомендации о применении ПМБиЛ завершают целый комплекс решаемых экспертом-психиатром вопросов в отношении подозреваемых (обвиняемых) и заболевших психическим расстройством во время отбывания наказания, отражают итог и смысл всего судебно-психиатрического экспертного исследования. Вместе с тем сегодня требуется совершенствование правового регулирования применения ПМБиЛ, нормативной законодательной базы по этому вопросу как Государственного комитета судебных экспертиз, так и Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в учреждениях здравоохранения которого непосредственно осуществляется реализация ПМБиЛ.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПМБил

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.

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 помешанного 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 (далее ПР) стали считать одержимость дьяволом, что часто приводило помешанных к сожжению на костре.

Психиатрия во все времена тесно соприкасалась с необходимостью профилактики противоправного поведения душевнобольных. Правовые нормы, затрагивающие их интересы, стали появляться одновременно с общими актами законодательства (как их составная часть).

На первых порах с душевнобольных с антисоциальным поведением вообще не было никакого спроса. Так, в соответствии с древнеиспанским кодексом, *«помешанный, маньяк и слабоумный не ответственны за поступки, содеянные ими во время болезни; ответственность падает на больных, если они не сторожили больного и этим не воспрепятствовали тому ущербу, который он нанес другим»*. В Британии при отсутствии родных за больного предписывалось отвечать приходскому духовенству. В Германии заботу об одиноких больных должны были брать на себя цеха, а расходы по содержанию больного часто ложились на городские власти.

В весьма значимом для Киевского государства Церковном уставе князя Владимира, принятом в 996 году, на церковь возлагалась обязанность устраивать в городах гостиницы-странноприимницы, сиротские, вдовьи дома и больницы. Считается, что значительная часть контингента монастырских больниц состояла именно из психически больных, так как неоднократно в дошедших до нас письменных источниках упоминаются исцеляемые монахами «бесные», «странные» и «убогие» [9].

С наступлением XV–XVI вв. правовое положение душевнобольных существенно не улучшилось. Их содержание мало отличалось от содержания преступников и методов воздействия на них. Основными «лечебными мерами» являлись розги, карцер, «темная комната», заковывание в цепи. Вплоть до начала XIX в. в тюрьмах не было раздельного содержания здоровых и психически больных преступников.

Впервые в уголовный процесс законодательные положения, касающиеся душевнобольных, введены в 1669 г. Они появились в России в «Новоуказных статьях о разбойных и убийственных делах»: «... *Чаще бесный убьет, неповинен есть смерти...*» [9].

Значимым историческим событием в 1690 г. явилось проведение первой СПЭ тремя дипломированными врачами. Свидетельствуемым был бродяга, заявивший, что он сын царя Ивана Грозного. При допросах он утверждал, что «... *живет на небесах, куда ходит через дыру и где его принимают ангелы...; якобы к нему приходили 600 донских казаков и он собирался идти обращать татар в христианскую веру...*». Эксперты признали свидетельствуемого больным, указав на необходимость надзора и лечения.

На территории современной Республики Беларусь с конца XV в. начали открываться «шпитали», в которые, кроме больных общего профиля, помещались больные с нарушениями психики. С XVII в. помощь душевнобольным оказывалась монашеским орденом бонифратов в «шпиталях для призрения умалишенных» в Вильно, Минске и Гродно. Она включала и меры физического стеснения больных.

В Статутах Великого Княжества Литовского (1529, 1566, 1588 гг.) определялась ответственность родных за опекаемых ими психически больных родственников. В более поздних законодательных актах уже ощущалось влияние католической церкви, выразившееся в утверждении о якобы имевшей место связи душевного расстройства с одержимостью бесом, колдовством. Нередко больных предавали светскому суду или подвергали сжиганию заживо.

В 1766 г. императрица Российской империи, куда в то время входило большинство территорий теперешней Беларуси, Екатерина II издает Указ об устройстве специальных светских лечебниц для душевнобольных правонарушителей. Основными методами лечения по-прежнему оставались цепи, закрытые окна и двери. С 1776 г. психически больных преступников предписывалось помещать в Суздальский монастырь, содержать их не скованными, «с возможною по человечеству умеренностью».

Только в 1832 г. впервые в Свод законов введена правовая норма, предусматривающая необходимость принудительного лечения душевнобольных, совершивших убийство (хотя первая СПЭ была проведена еще в 1690 г.). Они помещались в дома для сумасшедших, где содержались отдельно от остальных больных. Часть больных за незначительные преступления от наказания освобождалась. В 1835 г. Указом Государственного совета впервые был установлен порядок судебно-психиатрического освидетельствования психически больных в уголовном процессе (для совершивших убийство и покушение на него). В 1845 г. выходит Уложение о наказаниях, которое регламентирует принудительное лечение душевнобольных. Согласно ему в дома для умалишенных направлялись лица, безумные от рождения или сумасшедшие, совершившие убийства, при покушении на собственную жизнь, совершившие поджог. Психиатрическое освидетельствование таких лиц проводилось в рамках рассмотрения уголовного дела. По определению Окружного суда или Судебной палаты они могли принудительно помещаться в дом умалишённых. Прекращение содержания таких больных было возможно не ранее истечения двух лет с момента проявления симптомов заболевания либо исчезновения исходящей от больного опасности.

По Уголовному уложению 1903 г. обязательное помещение во врачебное заведение применялось к лицам, которые в состоянии невменяемости совершили убийство, изнасилование, поджог, нанесли весьма тяжкое телесное повреждение или покушение на одно из этих деяний. В остальных случаях к преступникам, нуждающимся в присмотре из-за опасности для себя и окружающих, помимо помещения во врачебное заведение, применялся ответственный надзор со стороны родителей или иных лиц.

Руководящие начала по уголовному праву 1919 г. предусматривали применение к невменяемым лицам мер предосторожности. С 1922 г. на территории России и Беларуси, за исключением ее западных территорий, находящихся до 1939 г. в составе Польши, стали рассматривать принудительное лечение в рамках общей категории «мер социальной защиты», включавшей в том числе меры наказания. Ввиду этого данная мера применялась по приговору суда. Дальнейшее развитие института принудительных мер медицинского характера связано с социальными воззрениями на душевнобольных, алкоголиков и наркоманов как на группы лиц, находящихся в «опасном состоянии», что допускало применение к ним принудительных мер, направленных на обеспечение безопасности общества. Законодательство советского периода признало необходимость применения мер принудительного лечения к лицам, совершившим ООД, как средств социальной защиты.

С 1926 г. принудительное лечение в соединении с лишением свободы уже считалось не только мерой социальной защиты, но и мерой медико-педагогического характера, т.е. стали выделять такие меры медицинского характера как принудительное помещение в лечебное заведение, соединенное с изоляцией.

В 1940 г. увидела свет инструкция «О производстве судебно-психиатрических экспертиз в Советском Союзе», которая одной из задач определила оформление заключения о необходимых медицинских мерах в отношении лиц, привлекаемых к уголовной ответственности при наличии сомнений у следствия и суда в отношении их душевного здоровья, а также лиц, у которых нарушения психики возникли в период отбывания наказания.

Межведомственная инструкция, вышедшая в 1948 г. (МЗ, МЮ и Генеральная прокуратура СССР) «О порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших преступление», предусматривала реализацию этих мер в отношении лиц, совершивших преступление в состоянии хронического психического расстройства или временного расстройства душевной деятельности и признанных невменяемыми, а также лиц, заболевших психическим заболеванием во время отбывания наказания в местах лишения свободы. Она же касалась и лиц, совершивших преступление в состоянии вменяемости, но до вынесения приговора заболевших хронической душевной болезнью, в отношении которых предусматривалось принудительное лечение в общих психиатрических лечебных учреждениях, принудительное лечение в психиатрических учреждениях в соединении с изоляцией либо отдача на попечение родных и одновременно под врачебное наблюдение.

В УК БССР 1960 г. появляется понятие «принудительное лечение в психиатрической больнице специального типа», которые в то время находились в ведении МВД СССР. Одна из таких больниц, Республиканская психиатрическая больница специального типа на 380 коек, созданная в 1964 г. в г. Минске, в 1976 г. была переведена в г. Могилев. Она имела в своем составе 4 отделения и обслуживала БССР, Прибалтику и частично РСФСР.

Приказом МЗ СССР от 21.03.1988 № 225 была утверждена временная инструкция «О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния». С целью ее реализации в УК были приняты поправки, предусматривающие создание новой системы

учреждений, призванных исполнять принудительные меры медицинского характера. Ими стали психиатрические больницы с обычным, усиленным и строгим наблюдением с ведомственным подчинением МЗ СССР. УК также содержал нормы, регламентирующие порядок назначения, изменения и прекращения принудительного лечения. В разработанной позднее Теоретической модели Общей части УК детально рассматривался институт принудительных мер медицинского характера. В частности, основанием для их применения являлись: факт совершения лицом ООД, предусмотренного уголовным законом; наличие у этого лица психического заболевания; необходимость лечения такого лица вследствие его психического состояния, представляющего опасность причинения им вреда себе или окружающим. Целями применения таких мер признавались излечение или изменение состояния больного, делающие его безопасным для общества, предупреждение ООД, охрана прав и законных интересов психически больных. Эти положения во многих аспектах были учтены при подготовке Основ уголовного законодательства Союза ССР и Республик, введенных в действие в 1991 г. После распада СССР эти законодательные положения были закреплены в Законе РБ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 01.07.1999 и последней редакцией Закона от 07.01.2012 «Об оказании психиатрической помощи» (ст.ст. 32, 34, 44).

В дальнейшем внедрение в практику белорусского здравоохранения международных принципов оказания психиатрической помощи в виде законности, гуманизма, соблюдения прав человека и гражданина определили в Беларуси и механизм реализации принудительных мер медицинского характера.

01.07.2013 в нашей стране образована новая организационная структура – ГКСЭ Республики Беларусь, в компетенцию которой стали входить и вопросы организации СПЭ. Приказом ГКСЭ №104 от 11.04.2014 была утверждена инструкция о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз, которая непосредственно касается и вопроса назначения принудительных мер безопасности и лечения.

ПМБил существуют и в законодательстве других зарубежных стран, но в большинстве из них имеет место институт мер исправления и безопасности, который шире, чем институт принудительных мер медицинского характера. Меры безопасности в зарубежных странах включают в себя такие меры, как превентивное заключение, превентивный залог, запрещение посещать питейные заведения, информирование о преступниках, руководящий надзор, лишение водительских прав, запрет заниматься

определенной профессией и т.п. В законодательствах ряда стран четко прописаны меры в отношении лиц, страдающих зависимостью от алкоголя и наркотиков.

В США и Швейцарии меры безопасности фактически рассматриваются как альтернатива наказанию и могут применяться лишь с согласия осужденного. В Финляндии такие меры назначают административные органы, а не суды. В законодательствах большинства зарубежных стран имеется категория уменьшенной (ограниченной) вменяемости, что предусматривает смягчение наказания. Но в Германии на человека с психическими аномалиями ложится дополнительная обязанность по более тщательному контролю за своими «нездоровыми страстями». В США, Англии и Канаде существует разветвленная система, куда входят психиатр, психолог, юрист, социальный работник, для решения вопросов оптимизации лечения, изменения вида принудительных мер безопасности, выписки из стационара и амбулаторного наблюдения за пациентом, его реадaptацией и ресоциализацией [7].

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О НАЗНАЧЕНИИ ПМБилЛ (НОРМАТИВНАЯ БАЗА)

Психически больным нельзя вменить в вину совершенное ими ООД. Было бы неадекватно ставить его им в вину ввиду того, что это не способствовало бы целям наказания и противоречило бы принципам гуманизма. Особую жестокость насильственных и агрессивных действий душевнобольных обуславливает обеднение или утрата ими высших эмоций, а также снижение интеллектуальных функций психики [11]. Вместе с тем оставление социально опасных лиц в сообществе чревато возникновением повторных криминальных ситуаций с участием психически больных.

Одним из важнейших аспектов работы специалистов СПЭ (экспертов-психиатров) является рекомендация суду о необходимости назначения подэкспертному ПМБилЛ [5]. Эта экспертная задача по-прежнему является актуальной. На современном этапе правоохранительной практики отмечается рост психически больных, которым в связи с криминальным деянием применены ПМБилЛ. Так, сравнение 2010 и 2014 гг. показало, что число таких пациентов увеличилось на 8,8% (получающих амбулаторное лечение – на 9,3%, стационарное – на 8,2%) [6].

ПМБилЛ предусмотрены ст. 101 УК Республики Беларусь. Это меры государственного принуждения, назначаемые, продлеваемые, изменяемые

и прекращаемые по определению суда лицам, которые совершили ООД, предусмотренные Особенной частью УК Республики Беларусь, в состоянии невменяемости или уменьшенной вменяемости (к ним применяется статья 106 УК), а также лицам, у которых после совершения преступления наступило ПР, делающее невозможным назначение или исполнение наказания. Цель этого принуждения – создание условий, способствующих достижению правосудия. Основным критерий их назначения – опасность для общества. ПМБиЛ заключаются в психиатрическом лечении, направленном на восстановление, укрепление психического здоровья лиц, для исключения совершения нового ООД, их опасности причинения вреда для себя или других лиц, возможности причинения иного существенного вреда, соблюдения их прав и законных интересов [8]. Применение и прекращение ПМБиЛ осуществляется судом на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

Принудительные меры медицинского характера выполняют двойную, лечебно-предупредительную функцию: с одной стороны, их применение защищает интересы больного, поскольку реализация этих мер направлена на излечение или улучшения его психического состояния; с другой – применение принудительных мер медицинского характера осуществляется в интересах общества, так как принудительное лечение направлено на предотвращение новых противоправных действий со стороны больных, страдающих ПР [9].

Цели применения принудительных мер медицинского характера:

- излечение или такое улучшение состояния больного, при котором он перестает представлять общественную опасность;
- предупреждение совершения лицом нового ООД (как во время лечения, так и после его завершения);
- обеспечение безопасности больного для самого себя;
- проведение мер социальной реабилитации в той мере, в какой это возможно в условиях медицинских учреждений, осуществляющих принудительное лечение.

Применение принудительных мер медицинского характера включает два аспекта (юридический и медицинский), которые вместе обеспечивают законное и обоснованное их применение [2].

Юридическими эти меры являются потому, что:

- основания, цели, виды, порядок их применения и прекращения определяются уголовным законом;
- процедура их назначения регламентирована уголовно-процессуальным законом;

- назначаются судом в отношении конкретных лиц, совершивших ООД;
- рассматриваются судом и дальнейшие решения по их продлению, изменению и прекращению;
- надзор за законностью их применения возложен на прокуратуру;
- правовой статус лиц, которым они назначены, определен законодательством.

Медицинскими эти меры являются потому, что:

- как основания, так и цели, виды, условия назначения, изменения и прекращение по своему содержанию зависят от психического состояния лица, в отношении которого они применяются;
- рекомендации по их применению дает комиссия врачей-психиатров либо СПЭ, включая выводы о диагнозе заболевания, наличии признаков невменяемости или ограниченной вменяемости, об алкогольной зависимости и наркомании, о назначении и проведении лечения и профилактики ПР, а также о необходимых социально-реабилитационных мероприятиях.

ПМБЛ лишены карательных признаков и не влекут судимости, следовательно, к этим лицам не может применяться помилование. Различие между принудительными мерами и уголовным наказанием состоит в том, что наказание применяется к виновным в совершении преступления, а ПМБЛ – к больным ПР, совершившим ООД (ст. 101 УК Республики Беларусь) [12].

Особенность ПМБЛ состоит в том, что они не могут быть переданы на исполнение родственникам и опекунов. Переосвидетельствование психически больных в целях решения вопроса о дальнейшем стационарном лечении проводится один раз в месяц. В случае длительного лечения процедура освидетельствования повторяется каждые 6 месяцев.

Рассмотрение дела в суде о применении ПМБЛ в отношении психически больного, совершившего преступление, осуществляется в соответствии со ст.ст. 445-449 УПК Республики Беларусь [13]. Признав доказанным, что ООД, предусмотренное уголовным законом, совершено данным лицом в состоянии невменяемости или что это лицо после совершения преступления заболело ПР, делающим невозможным назначение или исполнение наказания, суд выносит определение (постановление) в соответствии со ст.ст. 101-107 УК Республики Беларусь о применении к нему ПМБЛ, с указанием каких именно.

При назначении больным ПМБЛ следует учитывать, что склонность к совершению агрессивных и аутоагрессивных действий существует у них не постоянно. Она может усиливаться или затухать в зависимости от течения заболевания, темпа развития болезненного процесса и эффективно-

сти его лечения. При оказании психиатрической помощи в стационарных условиях в целях обеспечения безопасности пациента и иных лиц могут применяться меры физического стеснения и изоляции.

В соответствии со ст. 450 УПК Республики Беларусь суд прекращает или изменяет ПМБЛ по представлению администрации учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, и заключению комиссии врачей-психиатров. Это производится тем же судом, который назначил ПМБЛ. Участие в судебном заседании защитника и прокурора обязательно, неявка других лиц не препятствует рассмотрению материалов. Суд изучает все представленные документы, при необходимости и наличии сомнений в правильности медицинского заключения он назначает СПЭ. Назначение принудительных мер медицинского характера, сопряженных с наказанием, является правом, а не обязанностью суда. Назначение таких мер является возможным, но не обязательным [9].

Суд прекращает ПМБЛ в случае такого психического состояния лица, при котором отпадает необходимость в применении ранее назначенной меры либо следует назначить иную меру медицинского характера. Психически больные, в отношении которых прекращены ПМБЛ, не реже одного раза в полгода подвергаются освидетельствованию комиссией врачей-психиатров (ст. 103 УПК Республики Беларусь). Последующее наблюдение органы здравоохранения и ОВД организуют совместно [11].

ПМБЛ могут назначаться и в отношении уменьшенно вменяемых, а также лиц, страдающих зависимостью от алкоголя, наркоманией, токсикоманией, совершивших преступление и заболевших до вынесения приговора суда или во время отбывания наказания. Рекомендации психиатров-экспертов о назначении ПМБЛ не являются обязательными для суда, хотя и учитываются при вынесении решения по делу.

В мировой правоохранительной практике к ПМБЛ существуют различные подходы. В частности, в США (в большинстве штатов) длительность нахождения в психиатрическом стационаре пациентов, совершивших ООД и признанных невиновными по причине «невменяемости», не ограничена. На практике сроки их нахождения в психиатрических больницах специального типа сопоставимы со сроками лишения свободы за схожие преступления психически нормальных лиц. В Англии окончательной инстанцией выписки пациента, нуждавшегося в ПМБЛ (на основе мнения ответственного лечащегося врача), является министр внутренних дел. В Канаде еще до 70-х гг. XX в. законодательно было определено, что все правонарушители с психическими заболеваниями опасны для общества и должны быть помещены под стражу для безопасности общества. В Ре-

спублике Беларусь ПМБил являются гарантом достижения общественной безопасности от лиц, страдающих психическими расстройствами и совершивших ООД.

Различные аспекты, касающиеся применения ПМБил, в Республике Беларусь регулируются правовыми нормами, содержащимися в УК (раздел IV), УПК (гл. 46), УИК (ст. 16), Законе Республики Беларусь от 18.06.1993 «О здравоохранении» (ст. 28), Законе Республики Беларусь от 07.01.2012 «Об оказании психиатрической помощи» (ст.ст. 32, 34, 44). Среди подзаконных нормативных правовых актов и других документов, касающихся ПМБил, основными являются:

– Постановление МЗ Республики Беларусь от 10.07.2002 № 53 «О некоторых вопросах признания лица больным хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, порядке и условиях оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией».

– Постановление МВД/МЗ Республики Беларусь от 27.08.2003 № 202/39 «Об утверждении инструкции по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях УИС МВД Республики Беларусь».

– Приказ МЗ Республики Беларусь от 13.04.2005 № 160 «О предоставлении информации о ПМБил».

– Постановление МЗ, МВД, КГБ, Государственной службы медицинских судебных экспертиз Республики Беларусь от 27.01.2006 № 2/9/3/1 «Об утверждении нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность судебно-психиатрических экспертных стационаров».

– Постановление МЗ Республики Беларусь от 19.07.2012 № 110 «Об утверждении инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими и затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями».

– Постановление МЗ Республики Беларусь от 26.06.2013 № 56 «Об утверждении инструкции о порядке оказания психиатрической помощи в амбулаторных и стационарных условиях лицам, в отношении которых вынесено определение (постановление) суда о применении ПМБил».

– Инструкция о порядке производства судебных экспертиз и проведения исследований в Государственном комитете судебных экспертиз. Утвержденная Приказом ГКСЭ №104 от 11.04.2014.

– Методические рекомендации «Принудительные меры безопасности и лечения, рекомендуемые лицам, страдающим психическим расстройством (заболеванием), направленные на предупреждение новых обще-

ственно опасных деяний, охрану и лечение таких лиц (основы судебно-психиатрической оценки, методика выполнения экспертного задания)». – Минск, 2015.

В Республике Беларусь к психически больным, совершившим ООД, могут быть применены четыре вида ПМБил:

- принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-специалиста в области оказания психиатрической помощи;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре со строгим наблюдением.

Кроме того, в случае совершения преступления лицами, страдающими зависимостью от алкоголя, наркоманией или токсикоманией, к ним может применяться принудительное лечение, которое осужденным к аресту, лишению свободы или пожизненному заключению проводится по месту отбывания наказания, а осужденным к иным видам наказания или иным мерам уголовной ответственности – по месту жительства путем принудительного амбулаторного наблюдения и лечения.

В судебно-психиатрической практике степень общественной опасности (далее ОО) лица, связанная с имеющимся у него ПР (заболеванием), определяет выбор вида ПМБил.

Общими основаниями для **принудительного лечения в психиатрическом стационаре** (т.е. наблюдении и лечении с изоляцией) являются:

- необходимость интенсивного лечения и (или) постоянного круглосуточного наблюдения врача-специалиста*;
- наличие нарушений психики (психопатологических явлений), наносящих непосредственную угрозу для жизни и здоровья окружающих и (или) самого исследуемого, причинения окружающим иного вреда либо создающих предпосылки для возникновения такой угрозы (отсутствие критики к своему психическому состоянию и ООД; сохранение устойчивой причинно-следственной связи между психическим состоянием на момент ООД и текущим ПР; объективная невозможность прогноза течения ПР из-за особенностей психического состояния и недостатка объективной информации об исследуемом).

* Ст. 34 «Закона об оказании психиатрической помощи» гласит: «Оказание психиатрической помощи в стационарных условиях осуществляется в случаях, если состояние психического здоровья пациента или характер течения его ПР требуют постоянного круглосуточного наблюдения врача-специалиста и интенсивного лечения».

Основаниями для конкретного вида ПМБил являются:

– **Лечение в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением** для лица, которое по психическому состоянию и характеру совершенного ООД нуждается в больничном содержании и лечении в принудительном порядке. Средствами достижения цели ПМБил в данном случае будут наблюдение и лечение с изоляцией.

Общей характеристикой психического состояния, которое подходит для данного вида ПМБил, можно считать показания для стационарной помощи (ст. 34 Закона «Об оказании психиатрической помощи»), а именно: если состояние психического здоровья пациента или характер течения его психического расстройства (заболевания) требуют постоянного круглосуточного наблюдения врача-специалиста и интенсивного лечения. В данном случае не требуется «охраны», ибо исключена «особая опасность» лица, а также отсутствуют психические нарушения, требующие лечения в условиях стационара с усиленным режимом наблюдения.

– **Лечение в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением** для лица, которое совершило ООД, не связанное с посягательством на жизнь и здоровье других лиц и по психическому состоянию не представляющее такой угрозы, но нуждается в больничном содержании и лечении в условиях усиленного наблюдения. Средствами достижения цели ПМБил в данном случае будут наблюдение, лечение с изоляцией и охраной.

Критерием для рекомендаций лечения в психиатрическом стационаре усиленного типа можно считать наличие в прошлом таких случаев уклонения от стационарного лечения (ст. 36 Закона «Об оказании психиатрической помощи»), как несоблюдение лечебного режима – врачебных предписаний в стационаре с обычным наблюдением и правил его внутреннего распорядка для пациентов. Вследствие этого проведение лечебно-реабилитационных мероприятий в психиатрическом стационаре обычного типа становится неэффективным.

– **Лечение в психиатрическом стационаре со строгим наблюдением** для лица, совершившего ООД, связанное с посягательством на жизнь и здоровье других лиц и по психическому состоянию представляющее такую угрозу или предпосылки для возникновения такой угрозы. Средствами достижения цели ПМБил в данном случае будут наблюдение, лечение с изоляцией и охраной [7]**.

Амбулаторное наблюдение и лечение у врача-специалиста в области оказания психиатрической помощи для лица, которое по психи-

** Для несовершеннолетних лиц, представляющих «особую» опасность, каких-либо отступлений по рекомендации им принудительного лечения в стационаре со строгим наблюдением в уголовном законе не предусмотрено.

ческому состоянию и характеру совершенного ООД нуждается в наблюдении и лечении без изоляции. Средствами достижения цели ПМБил в данном случае будут наблюдение и амбулаторное лечение без изоляции и охраны. Применение данного вида ПМБил связано с наличием текущего ПР, находящегося в причинно-следственной связи с психическим состоянием на период ООД, при отсутствии обострения ПР (активной симптоматики), критическом отношении испытуемого к совершенному ООД и своему состоянию, но при сохранении возможности его ухудшения вследствие неблагоприятной динамики имеющегося ПР («сезонные» обострения, непродолжительные ремиссии и др.).

Порядок оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях лицу, в отношении которого вынесено определение суда о применении ПМБил, устанавливается МЗ Республики Беларусь по согласованию с МВД и Генеральной прокуратурой Республики Беларусь (ст. 32 Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи»).

Диспансерное наблюдение прекращается на основании заключения врачебно-консультативной комиссии о выздоровлении или значительном стойком улучшении состояния психического здоровья пациента. В случае уклонения от диспансерного наблюдения, когда ПР пациента может привести к ухудшению его психического здоровья, если он будет оставлен без психиатрической помощи, и вызвать состояние, указанное в части 2 ст. 36 Закона «Об оказании психиатрической помощи», врач-специалист принимает решение о необходимости госпитализации пациента в порядке, установленном ст. 37 настоящего Закона.

Уклонением от диспансерного наблюдения являются:

- неявка без уважительных причин (три и более раза) в государственную организацию ЗО в установленный врачом-специалистом срок для осмотра;
- несоблюдение врачебных предписаний или самовольное приостановление лечебных процедур;
- воспрепятствование проведению медосмотра при посещении пациента врачом-специалистом по месту его жительства (пребывания).

При назначении принудительного амбулаторного лечения пациент не вправе от него отказаться. Оно не может быть прекращено без решения суда. При отказе от лечения оно проводится по решению комиссии врачей-психиатров.

Назначение судом принудительных мер медицинского характера не предопределяет выбор методов лечения и лекарств. Это определяется нормативными документами МЗ Республики Беларусь. При реализации

ПМБил применяются те же методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики, что и к другим больным. Сегодня они приведены в соответствие со стандартами ООН по оказанию психиатрической помощи.

К больным при проведении ПМБил не применяются:

- средства и методы лечения для наказания или в интересах других лиц;
- запрещено использовать хирургические методы и другие, вызывающие необратимые последствия (лоботомия, лечение эндокринными препаратами);

- для испытания на больных новых медицинских средств и методов, еще не допущенных для всеобщего использования.

Срок лечения при реализации ПМБил судом не устанавливается. Продолжительность пребывания в стационаре может зависеть от следующих моментов:

- клинических проявлений ПР;
- наличия противопоказаний для проведения определенных видов лечения (например, индивидуальная непереносимость фармакологических средств, наличия сопутствующих соматических, т.е. телесных, заболеваний и др.);

- недостаточной изученности конкретного ПР, малой эффективностью применяемых методов лечения и др.

Продолжительность принудительного лечения главным образом определяется психическим состоянием больного, особенностями течения ПР. Либо лицо выздоравливает, либо приходит к удовлетворительному психическому состоянию, при котором отпадает необходимость в принудительном лечении. Первоначально назначенный вид принудительного лечения может быть изменен. При изменении или прекращении применения ПМБил рекомендуют «принцип ступенчатости»: от более строгих – к менее строгим, вплоть до полной отмены. Обычно срок повторных осмотров – через 6 месяцев от момента госпитализации, который может быть сокращен, если психическое состояние больного существенно улучшилось.

Принудительные меры медицинского характера в отношении несовершеннолетних назначать не следует, если совершенные ими ООД не имеют наклонности к повторению, не относятся к категории тяжких или связанных с посягательством на жизнь граждан. В отношении их целесообразнее применять динамическое диспансерное наблюдение или, как вариант, госпитализацию в ПБ общего типа.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ПРИМЕНЕНИИ ПМБил

Применение ПМБил тесно связано с понятием «общественная опасность» лица, связанная с имеющимся у него ПР (заболеванием). Эта опасность, как медико-правовая категория, позволяет аргументировать с точки зрения права использование этих мер в отношении определенной категории психоаномальных лиц [4].

Понятие «общественная опасность» является собирательным и вытекает из положений УК, УПК, законодательных актов, регламентирующих оказание психиатрической помощи, организации психиатрической и судебно-психиатрической практики в Республике Беларусь. Введение экспертного понятия ОО диктуется актуальными потребностями, позволяет дать этой опасности структурную судебно-психиатрическую оценку, определяющую в последующем выбор ПМБил. Этим преследуются две цели (рис. 1): 1) устранить (снизить) ОО; 2) провести профилактику новых ООД.

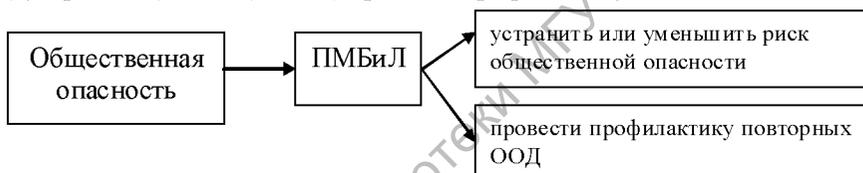


Рис. 1. Цели применения ПМБил

Понятие «общественная опасность» состоит из двух компонентов: юридического и медицинского (рис. 2).

«Юридический критерий» – это формулировка ОО лица в связи с ПР (заболеванием) как свойства, которым может обладать лицо по причине наличия у него этого ПР. С учетом необходимости судебно-психиатрической экспертной оценки ОО подэкспертного лица как на момент СПЭ, так и в будущем «юридический критерий» ОО может быть сформулирован следующим образом: *это общественная опасность лица, связанная с имеющимся у него ПР, выражающаяся в непосредственной угрозе жизни и (или) здоровью лица, им страдающего, других лиц или причинения им иного вреда либо наличием предпосылок для этой угрозы.*

Уточнение наличия предпосылок ОО крайне важно с точки зрения прогноза поведения подэкспертного, ибо ряд состояний психики несут в себе потенциальную угрозу насилия: бред ревности с агрессивным поведением; кататоническое возбуждение с импульсивными действиями агрессивного характера; гневливая мания; императивные голоса гомицид-

ного (человекоубийственного) содержания; психопатоподобный дефект с садистическим компонентом; интеллектуальное недоразвитие с расторможенностью влечений.

Понятие «особая общественная опасность» лица в связи с ПР (заболеванием) обусловлена непосредственной угрозой жизни и (или) здоровью других лиц либо наличием предпосылок для такой угрозы. Здесь важно понимать, что признак угрозы жизни и (или) здоровью содержится как в ООД, так и в текущем психическом состоянии подэкспертного. Это сочетание имеет правовую обоснованность ввиду того, что на практике нередко встречаются случаи, когда ООД связано с угрозой жизни и (или) здоровью, а на момент экспертизы и в прогностическом плане лицо по своему психическому состоянию такой угрозы не представляет и не нуждается в изоляции, круглосуточном наблюдении, интенсивном лечении и охране.

«*Медицинский критерий*» – это психическое расстройство (основание для назначения ПМБил в принципе) и психическое состояние (комплекс факторов, подлежащий экспертной оценке на предмет наличия признака общественной опасности лица, связанной с имеющимся у него ПР (заболеванием)). Понятие «психическое состояние» включает психопатологические признаки (нарушения психики), особенности этиологии (возникновения), патогенеза (развития), динамики ПР; учитывает характер поведения подэкспертного, среды его жизнедеятельности и особенности ООД.

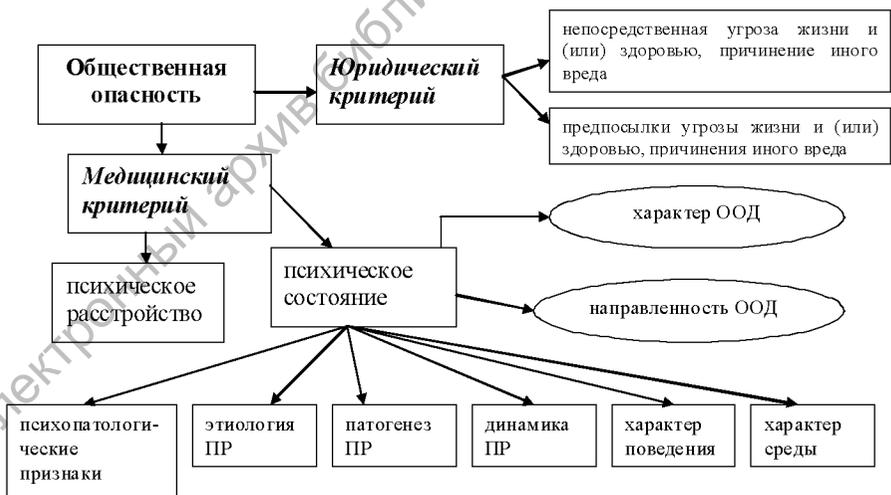


Рис. 2. Критерии общественной опасности и их составляющие

При этом важна не только оценка характера ООД, но и его направленность, а именно: имелись ли в ООД испытуемого признаки угрозы жизни и (или) здоровью других лиц (например, при ООД, носящем нетяжкий характер, при умышленном нанесении легкого телесного повреждения имела место направленность на нанесение более тяжкого физического ущерба). То есть из этого вытекает признак «особой общественной опасности».

Правоведы должны понимать, что при экспертной оценке степени ООД лица, связанной с имеющимся у него ПР (заболеванием), отсутствует аналогия с юридической квалификацией тяжести деяния, выраженная в сроках лишения свободы (например, дача взятки и убийство – это особо тяжкие преступления, но первое не будет иметь признака «особой общественной опасности»). В данном случае выбор ПМБиЛ будет зависеть не от «тяжести» статьи УК, а от наличия «особой» опасности лица, связанной с имеющимся у него ПР.

Экспертная судебно-психиатрическая оценка ОО складывается из двух задач: установление наличия общественной опасности и определение ее степени. При установлении наличия ОО следует учитывать ряд критериев (рис. 3):

– *клинико-психопатологические* феномены, к которым могут быть отнесены признаки расстроенного сознания, снижения интеллектуальных способностей, нарушения эмоционального компонента контроля поведения и влечений, глубокие изменения настроения и поведенческой активности, приобретение психическими процессами «насильственного» характера, галлюцинаторные и бредовые переживания, прямая и непрякая агрессия, аутоагрессия и др. Также на наличие ОО будут указывать сопутствующие диагностические категории, связанные с употреблением психоактивных веществ (далее ПАВ) – «синдром зависимости от ПАВ» и «употребление ПАВ с вредными последствиями». Наиболее обобщенным признаком сохраняющейся ОО лица, связанной с имеющимся у него ПР (заболеванием), является отсутствие критики к своему психическому состоянию, криминальной ситуации и связи имеющихся психических нарушений с ООД. Клинико-психопатологические феномены должны рассматриваться с учетом динамических особенностей ПР, отражающих характер его течения, а также причинно-следственные связи (по происхождению и механизму возникновения) между психическим состоянием на момент ООД и текущим ПР;

– *социально-психологические* (социальная незащищенность, материальная необеспеченность, трудовая незанятость, жилищно-бытовая неустроенность, одинокое проживание, а также конфликтные отношения в семье и трудовом коллективе); нахождение в асоциальной среде, зависи-

мость от криминального окружения и подверженность его влиянию; нетрадиционная сексуальная ориентация; личностная незрелость, негативные психологические проявления (чувствительность к оценкам и критике окружающих, враждебность, взрывчатость, отсутствие эмпатии, низкий уровень фрустрационной устойчивости, неспособность извлекать пользу из личного опыта); наличие тяжелых соматических заболеваний, физических дефектов, уродств; употребление ПАВ с одурманивающей целью и др.;

– *анамнестические* (наличие в прошлом антиобщественного поведения, в особенности – действий, угрожающих жизни и здоровью других лиц, независимо от того, имелось на тот момент ПР или нет; повторность совершения ООД; уклонение от посещения врача-психиатра; нарушение внутреннего распорядка психиатрического стационара при прежних госпитализациях и др.).



Рис. 3. Компоненты и виды снижения общественной опасности

При этом социально-психологические и анамнестические критерии сами по себе об ОО лица, связанной с имеющимся у него ПР (заболеванием), не свидетельствуют, но в сочетании с клинико-психопатологическими критериями указывают на данную опасность, требующую, как минимум, изоляции от общества (т.е. помещения в психиатрический стационар).

При определении степени ОО эксперт выделяет в ее структуре компоненты, требующие изоляции, наблюдения, лечения и охраны.

Характер и продолжительность принудительных мер медицинского характера определяются в основном не тяжестью содеянного, а спецификой заболевания лица. В отношении лиц, страдающих ПР, термин «излечение» следует понимать шире, чем выздоровление, так как меры принудительного лечения включают в себя не только лечение в «узком» смысле слова, но и содержание больного, страдающего ПР, в медучреждении с определенным режимом, соответствующим характеру ПР и степени общественной опасности больного. Полное излечение ПР во многих случаях является недостижимой целью, в то время как улучшение психического состояния больного может быть вполне реальным результатом [9].

ВАРИАНТЫ АРГУМЕНТАЦИИ И СХЕМЫ ВЫВОДОВ ЭКСПЕРТОВ-ПСИХИАТРОВ О РЕКОМЕНДАЦИИ ПМБил

В Республике Беларусь требования к составлению заключения эксперта и аргументации его выводов отражены в инструкции «О порядке производства судебных экспертиз», утвержденной приказом председателя ГКСЭ Республики Беларусь от 11.04.2014 № 104. Выводы психиатра-эксперта (психиатров-экспертов) должны представлять собой ответы на вопросы из постановления о назначении СПЭ. В них надо отражать и аргументировать следующие моменты:

- наличие ПР (заболевания);
- наличие общественной опасности, связанной с ПР;
- степень общественной опасности;
- обоснование выбора ПМБил.

Для наглядности обучения будущих правоведов приведем несколько вариантов формулировок при выборе ПМБил, рекомендуемых лицам, страдающим ПР (заболеванием), совершившим ООД в состоянии «невменяемости», направленных на предупреждение новых ООД, охрану и лечение таких лиц [3].

С целью лучшего усвоения представленного материала в таблице приведены обобщенные критерии выбора ПМБил, направленные на предотвращение повторных ООД у подэкспертных, страдающих психическими расстройствами.

Обобщенные критерии выбора ПМБиЛ, направленные на предотвращение повторных ООД у подэкспертных, страдающих психическими расстройствами

Критерий выбора ПМБиЛ		Виды ПМБиЛ			
		Принудительное амбулаторное наблюдение и лечение	Принудительное лечение в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением	Принудительное лечение в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением	Принудительное лечение в психиатрическом стационаре со строгим наблюдением
Индивидуальные особенности	Причинный фактор имевшего место психического расстройства	не сохранен	сохранен	сохранен	сохранен
	Наличие устойчивой причинно-следственной связи между психическим состоянием на момент ООД и текущим психическим расстройством	не имеется	нет четкой связи	присутствует	присутствует
	Критика к своему психическому состоянию	имеется либо частичная	имеется или снижена	отсутствует	отсутствует
	Критика к совершенному ООД	имеется либо частичная	имеется или снижена	отсутствует	отсутствует
	Отношение к лечебному режиму	положительное	вынужденное	отрицательное	вынужденное или отрицательное

Критерий выбора ПМБил		Виды ПМБил					
		Принудительное амбулаторное наблюдение и лечение	Принудительное лечение в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением		Принудительное лечение в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением	Принудительное лечение в психиатрическом стационаре со строгим наблюдением	
Криминологические особенности	Характер противоправного поведения	неустойчивый	неустойчивый		устойчивый	неустойчивый или устойчивый	
	Рецидивы ООД	крайне редкие	редкие		частые	частые с признаками угрозы для окружающих	
	Общественная опасность подэкспертного*	Психопатологические критерии	ремиссия, но есть возможность ухудшения психического состояния	обострение психического расстройства, но ООД не было непосредственно связано с	ремиссия психического расстройства, но ООД было непосредственно связано с	с признаками непосредственной угрозы жизни и здоровью (или имеются предпосылки этой угрозы)	с признаками непосредственной угрозы жизни и здоровью (или имеются предпосылки этой угрозы)**
		Характер ООД	было (или не было) непосредственно связано с угрозой жизни и здоровью, имеются (или не имеются) предпосылки этой угрозы	угрозой жизни и здоровью (отсутствуют предпосылки этой угрозы)	угрозой жизни и здоровью (присутствуют предпосылки этой угрозы)	было (или не было) непосредственно связано с угрозой жизни и здоровью, имеются (или не имеются) предпосылки этой угрозы	было непосредственно связано с угрозой жизни и здоровью (или имеются предпосылки этой угрозы)
	«Особая» опасность подэкспертного	Психопатологические критерии	не применяется	не применяется		не применяется	с признаками непосредственной угрозы жизни и здоровью (или имеются предпосылки этой угрозы)
		Характер ООД					было непосредственно связано с угрозой жизни и здоровью (или имеются предпосылки этой угрозы)

Компоненты нейтрализации степени общественной опасности подэкспертных при реализации ПМБыл	Изоляция	не нуждается	нуждается	нуждается	нуждается
	Круглосуточное наблюдение	не нуждается	нуждается	нуждается	нуждается
	Интенсивное лечение	не нуждается	нуждается, но не всегда	нуждается	нуждается
	Охрана	не нуждается	не нуждается	нуждается	нуждается

* – Общественная опасность подэкспертного определяется психическими расстройствами с признаками непосредственной угрозы для жизни и здоровья как самого человека, так и окружающих граждан либо создающих предпосылки для создания такой угрозы.

** – Примеры психопатологического критерия с признаками непосредственной угрозы жизни и здоровью:

- бред ревности с агрессивным поведением;
- кататоническое возбуждение с импульсивными действиями агрессивного характера;
- гневливая мания;
- императивные голоса гомицидного (человекоубийственного) содержания;
- психопатоподобный дефект с садистическим компонентом;
- интеллектуальное недоразвитие с расторможенностью влечений.

1. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре со строгим наблюдением:

1.1 Вариант формулировки: «... В настоящее время в психическом состоянии Ф.И.О. обнаруживаются нарушения, обуславливающие непосредственную угрозу для жизни и (или) здоровья других лиц [1... например: императивные слуховые галлюцинации гомцидного (человекоубийственного) содержания], что с учетом характера ООД, также связанного с посягательством на жизнь и (или) здоровье других лиц [2... например: ст.139 УК – убийство], указывает на «особую» опасность исследуемого, требующую его изоляции и охраны. Поэтому Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБил в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре со строгим наблюдением...».

1.2 Вариант формулировки: «... В настоящее время в психическом состоянии Ф.И.О. обнаруживаются нарушения, создающие предпосылки для возникновения угрозы жизни и (или) здоровью других лиц [1...например: психопатоподобный дефект с эмоциональной «тупостью» и садистическим компонентом], что с учетом характера ООД, связанного с посягательством на жизнь и (или) здоровье других лиц [2... например: ст.154 УК – истязание], указывает на «особую» опасность исследуемого, требующую его изоляции и охраны. Поэтому Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБил в виде принудительного лечения в психиатрической больнице со строгим наблюдением...».

1.3 Вариант формулировки: «... несмотря на то что ООД формально не содержит прямых признаков угрозы для жизни и (или) здоровья других лиц [2...например: ст.296 УК – незаконные действия в отношении холодного оружия], тем не менее сопоставление ООД с текущим психическим состоянием [1...например: бредовые идеи ревности и намерение использовать охотничий нож для расправы над женой и мнимым любовником] свидетельствует о наличии у него признака непосредственной угрозы для жизни и (или) здоровья других лиц как в текущем психическом состоянии, так и в характере ООД. Поэтому Ф.И.О., вследствие его «особой» опасности, нуждается в назначении ПМБил, сопряженных с изоляцией и охраной в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре со строгим наблюдением...».

2. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением:

а) «усиленное» наблюдение для лиц, которые в настоящее время не могут сознавать значение своих действий и руководить ими:

2.1 Вариант формулировки: «...В настоящее время в психическом состоянии Ф.И.О. обнаруживаются [1... например: бредовые идеи величия], которые с учетом характера ООД [2... например: ст.174 УК – уклонение родителей от содержания детей] указывают на общественную опасность Ф.И.О., связанную с наличием у него психического расстройства (заболевания), и необходимость круглосуточного наблюдения и интенсивного лечения. Поэтому Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБил, сопряженных с изоляцией в психиатрическом стационаре. По психическому состоянию и с учетом характера ООД, не связанного с посягательством на жизнь и здоровье других лиц, Ф.И.О. «особой» опасности не представляет. Однако по причине наличия у Ф.И.О. [3... например: частых нарушений

больничного режима, постоянных конфликтов с медицинским персоналом и драк с другими пациентами] он нуждается в охране и принудительное лечение Ф.И.О. необходимо проводить в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением...».

2.2 Вариант формулировки: «...Хотя в настоящее время в психическом состоянии Ф.И.О. обнаруживаются нарушения, создающие предпосылки угрозы жизни и (или) здоровью других лиц [1... например: хроническое бредовое состояние с враждебно-агрессивным отношением к окружающим], тем не менее с учетом характера ООД, не связанного с посягательством на жизнь и (или) здоровье других лиц [2... например: ст. 213 УК – повторное мелкое хищение], исследуемый «особой» опасности не представляет. В то же время психическое состояние Ф.И.О. с учетом характера ООД указывает на наличие общественной опасности Ф.И.О., связанной с имеющимся у него психическим расстройством (заболеванием), необходимость круглосуточного наблюдения и интенсивного лечения. Поэтому Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБил, сопряженных с изоляцией в психиатрическом стационаре. В связи с наличием у Ф.И.О. [3... например: частых и постоянных нарушений больничного режима, конфликтов с медицинским персоналом и драк с другими пациентами] он нуждается в охране и принудительное лечение Ф.И.О. необходимо проводить в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением...».

2.3 Вариант формулировки: «...Хотя Ф.И.О. подозревается (обвиняется) в совершении ООД, связанного с посягательством на жизнь и (или) здоровье других лиц [2... например: ст. 169 УК – развратные действия], его психическое состояние, не содержащее угрозы жизни и (или) здоровью других лиц [1... например: выраженное интеллектуальное недоразвитие], свидетельствует об отсутствии «особой» опасности. Несмотря на то что Ф.И.О. по своему психическому состоянию не нуждается в интенсивном лечении, наличие у него [3... например: склонности к алкоголизации, внушаемость, легкость вовлечения в асоциальную активность] с учетом характера ООД указывает на общественную опасность Ф.И.О., связанную с имеющимся у него психическим расстройством (заболеванием), и необходимость круглосуточного наблюдения. Поэтому Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБил, сопряженных с изоляцией в психиатрическом стационаре. По причине наличия у Ф.И.О. [3... например: крайне отрицательного отношения к помещению в психиатрическую больницу с угрозами суицида, побегов при прошлых госпитализациях, повторности ООД] он нуждается в охране и принудительное лечение Ф.И.О. необходимо проводить в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением...».

б) «усиленное» наблюдение для лиц, которые в настоящее время могут созывать значение своих действий и руководить ими:

2.4 Вариант формулировки: «...Несмотря на то что временное расстройство психики [например: синдром отмены алкоголя с делирием], имевшееся у Ф.И.О. в период инкриминируемого ему деяния, закончилось выздоровлением, по-прежнему существует общественная опасность Ф.И.О., связанная с сохраняю-

щимся у него психическим расстройством [синдром активной зависимости от алкоголя], находящимся в непосредственной причинно-следственной связи с возникшим на его «почве» временным расстройством психики. Поскольку у Ф.И.О. отсутствует критическое отношение к факторам риска общественно опасного поведения [отрицание алкогольной зависимости, непонимание опасности продолжения употребления спиртных напитков, отсутствие установки на трезвый образ жизни], он нуждается в круглосуточном наблюдении и противоалкогольном лечении. Поэтому Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБил, сопряженных с изоляцией в психиатрическом стационаре. По психическому состоянию и с учетом характера ООД, не связанного с посягательством на жизнь и здоровье других лиц [2... например: ст.347 УК – надругательство над могилой], Ф.И.О. «особой» опасности не представляет. Однако по причине наличия у Ф.И.О. [3... например: устойчивого асоциального поведения, конфликтности и агрессивности, связанной с актуализацией интенсивного влечения к алкоголю в условиях вынужденного воздержания, неподчинение медицинскому персоналу, побеги из психиатрического отделения в прошлом] он нуждается в охране и принудительное лечение Ф.И.О. необходимо проводить в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением...».

3. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением:

а) «обычное» наблюдение для лиц, которые в настоящее время не могут сознавать значение своих действий и руководить ими.

3.1 Вариант формулировки: «... В настоящее время в психическом состоянии Ф.И.О., обвиняемого (подозреваемого) в [2... например: ст.205 УК – кража] обнаруживаются [1... например: маниакальное состояние], которые указывают на наличие общественной опасности Ф.И.О., связанной с имеющимся у него психическим расстройством (заболеванием), и необходимость круглосуточного наблюдения и интенсивного лечения. Поэтому Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБил, сопряженных с изоляцией в психиатрическом стационаре. С учетом характера ООД, не связанного с посягательством на жизнь и здоровье других лиц, а также отсутствия других психических нарушений, требующих охраны, принудительное лечение ему необходимо проводить в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением...».

3.2 Вариант формулировки: «... В настоящее время в психическом состоянии Ф.И.О., обвиняемого (подозреваемого) в [2... например: ст.205 УК – кража], обнаруживаются [1... например: глубокий интеллектуальный дефект]. Несмотря на то что психическое расстройство Ф.И.О. не требует интенсивного лечения, сохраняется общественная опасность Ф.И.О., связанная с имеющимся у него психическим расстройством (заболеванием) вследствие [3... например: психической беспомощности, полной социальной дезадаптации], и необходимость в круглосуточном наблюдении. Поэтому Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБил, сопряженных с изоляцией в психиатрическом стационаре. С учетом характера

ООД, не связанного с посягательством на жизнь и здоровье других лиц, а также отсутствия других психических нарушений, требующих охраны, принудительное лечение ему необходимо проводить в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением...».

б) «обычное» наблюдение для лиц, которые в настоящее время могут сознавать значение своих действий и руководить ими.

3.3 Вариант формулировки: «...Несмотря на то что временное расстройство психики [например: синдром отмены алкоголя с делирием], имевшееся у Ф.И.О. в период инкриминируемого ему деяния, закончилось выздоровлением, по-прежнему существует общественная опасность Ф.И.О., связанная с сохраняющимся у него психическим расстройством [синдром активной зависимости от алкоголя], находящимся в непосредственной причинно-следственной связи с возникшим на его «почве» временным расстройством психики. Поскольку у Ф.И.О. отсутствует критическое отношение к факторам риска общественно опасного поведения [отрицание алкогольной зависимости, непонимание опасности продолжения употребления спиртных напитков, отсутствие установки на трезвый образ жизни], он нуждается в круглосуточном наблюдении и противоязвенном лечении. Поэтому Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБиЛ, сопряженных с изоляцией в психиатрическом стационаре. В связи с тем что по психическому состоянию и с учетом характера ООД, не связанного с посягательством на жизнь и здоровье других лиц [2... например: ст.340 УК – заведомо ложное сообщение об опасности] Ф.И.О. «особой» опасности не представляет, а также в связи с отсутствием у него других психических нарушений, требующих охраны, принудительное лечение ему необходимо проводить в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением...».

3.4 Вариант формулировки: «...Несмотря на то что имевшееся у Ф.И.О. на период инкриминируемого ему деяния временное расстройство психики [например: делирий в связи с эпилепсией] завершилось, у Ф.И.О. сохраняется биологическая основа и причинный фактор имевшегося психопатологического состояния (неврологическое заболевание – эпилепсия). Данное обстоятельство, с учетом внезапности развития эпилептического психоза и отсутствия объективных данных о психических нарушениях у Ф.И.О. в прошлом (врачом-психиатром ранее не наблюдался), позволяет расценить его нынешнее психическое состояние лишь как временное улучшение и выставить диагноз: «психическое расстройство неуточненное при эпилепсии». Имеющиеся у Ф.И.О. психическое расстройство и делирий в период ухудшения психического состояния указывает на общественную опасность Ф.И.О., связанную с наличием у него психического расстройства (заболевания). Хотя Ф.И.О. по своему психическому состоянию не нуждается в интенсивном лечении, он нуждается в круглосуточном наблюдении по причине [например: недостатка объективных данных о клинико-динамических особенностях проявления психических нарушений или недостатка объективных данных о результативности амбулаторного наблюдения и лечения (ранее врачом-психиатром не наблюдался)]. Поэтому Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБиЛ, сопря-

женных с изоляцией в психиатрическом стационаре. В связи с тем что по психическому состоянию и с учетом характера ООД, не связанного с посягательством на жизнь и здоровье других лиц [2... например: ст. 445 УК – самовольное оставление места службы], Ф.И.О. «особой» опасности не представляет, а также в связи с отсутствием у него других психических нарушений, требующих охраны, принудительное лечение ему необходимо проводить в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением...».

4. Принудительное лечение амбулаторное наблюдение и лечение у врача-специалиста в области оказания психиатрической помощи:

4.1 Вариант формулировки: «... Несмотря на то что в настоящее время у Ф.И.О. наступило общее значительное улучшение психического состояния за счет положительной динамики психического расстройства [4... например: по причине развития медикаментозной ремиссии с восстановлением критических способностей, установкой на посещение диспансера и прием поддерживающего лечения], сохраняется общественная опасность Ф.И.О., связанная с имеющимся у него психическим расстройством (заболеванием) [1... например: вероятностью возобновления болезненной симптоматики вследствие «сезонных» обострений или наличие спонтанных, внезапных обострений в прошлом]. Исходя из отсутствия у Ф.И.О. значительных психических нарушений он по своему психическому состоянию не нуждается в интенсивном лечении и круглосуточном наблюдении. Поэтому Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБил без изоляции – в виде принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у врача-специалиста в области оказания психиатрической помощи...».

4.2 Вариант формулировки: «... Несмотря на то что в настоящее время у Ф.И.О. наступило общее значительное улучшение психического состояния за счет положительной динамики психического расстройства [4... например: по причине развития устойчивой ремиссии, граничащей с выздоровлением, восстановления критических способностей с установкой на продолжение посещения диспансера и прием поддерживающего лечения], сохраняется общественная опасность Ф.И.О., связанная с имеющимся у него психическим расстройством (заболеванием) вследствие [1... например: потенциальной возможности возобновления болезненной симптоматики]. Исходя из длительного отсутствия у Ф.И.О. клинических проявлений психического расстройства, он по своему психическому состоянию не нуждается в интенсивном лечении и круглосуточном наблюдении. Поэтому, несмотря на характер ООД, связанного с посягательством на жизнь и (или) здоровье других лиц [1... например: ст. 139 УК – убийство], Ф.И.О. нуждается в назначении ПМБил без изоляции и охраны – в виде принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у врача-специалиста в области оказания психиатрической помощи...».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

для самостоятельного контроля знаний по теме «ПМБил как профилактика рецидивной преступности»

1. Какое словосочетание означает аббревиатура «ПМБил»?

- а) психиатрические мероприятия больных и лечащихся;
- б) психологические меры безопасности и лечения;
- в) принудительные меры безопасности и лечения;
- г) первичная медицинская безопасность и лицензирование.

2. Что значит по смыслу слово «вменяемость»?

- а) давать в долг;
- б) говорить неправду;
- в) менять банкноты;
- г) вменять в вину.

3. Что означает в Вашем понимании понятие «невменяемость»?

- а) состояние в связи с ПР, когда лицо не может осознавать общественно опасный характер своих действий (бездействия);
- б) ПР, когда есть стремление симулировать ПР;
- в) состояние в связи с ПР, когда лицо не может осознавать общественно опасный характер своих действий (бездействия) и руководить ими;
- г) ПР, когда существует опасность для окружающих ввиду наличия кошмарных сновидений.

4. В чем заключается основное предназначение ПМБил?

- а) в изоляции лиц с ПР;
- б) в наказании душевнобольных в связи с ООД;
- в) в создании условий для нормального отдыха членов семьи;
- г) в снижении общественной опасности психически больных.

5. Как сокращенно называется главная организационная структура Республики Беларусь, осуществляющая судебно-психиатрические экспертизы?

- а) ГКСЭ;
- б) УСПЭ;
- в) ДОСЭ;
- г) ДИН.

6. *Когда был образован Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь?*

- а) 10.08.2012;
- б) 01.07.2013;
- в) 05.04.1990;
- г) 01.01.2014.

7. *В каком году в законодательство впервые была введена правовая норма, предусматривающая принудительное лечение душевнобольных, совершивших убийство?*

- а) 1920;
- б) 1755;
- в) 1690;
- г) 1832.

8. *Какой документ регламентирует организацию ПМБЛ в Республике Беларусь?*

- а) Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» 1993 г.;
- б) приказ председателя ГКСЭ от 11.04.2014 № 104 (утверждает инструкцию «О порядке производства судебных экспертиз».
- в) постановление МЗ Республики Беларусь от 10.07.2002 № 53;
- г) санитарные нормы и правила.

9. *Когда была проведена первая судебно-психиатрическая экспертиза?*

- а) в 1770 г.;
- б) в 1917 г.;
- в) в 1890 г.;
- г) в 1690 г.

10. *Какими мерами являются ПМБЛ?*

- а) медицинскими;
- б) медицинскими и юридическими;
- в) социальными;
- г) мерами техники безопасности.

11. *Какой статьей УК Республики Беларусь предусмотрены ПМБЛ?*

- а) 205;
- б) 101;

- в) 139;
- г) 328.

12. Кто назначает ПМБил?

- а) судья;
- б) главный врач психиатрической больницы;
- в) прокурор;
- г) начальник ОВД.

13. В отношении каких категорий лиц применяются ПМБил?

- а) психически здоровых;
- б) вменяемых;
- в) умственно отсталых, не совершивших ООД;
- г) невменяемых и уменьшенно вменяемых.

14. Сколько видов ПМБил применяется в Республике Беларусь?

- а) 3;
- б) 6;
- в) 4;
- г) 2.

15. Назовите виды ПМБил, которые применяются в Республике Беларусь?

- а) амбулаторное наблюдение и лечение у врача-специалиста, стационарное – с обычным, усиленным и строгим наблюдением;
- б) обычное и специальное наблюдение;
- в) превентивное наблюдение с элементами изоляции;
- г) амбулаторное наблюдение в домашних условиях и на работе.

16. Применяются ли в Республике Беларусь ПМБил для несовершеннолетних?

- а) иногда;
- б) нет;
- в) да;
- г) применяются, но на короткий срок.

17. Сколько критериев включает понятие «общественная опасность»? Назовите их.

- а) два: медицинский и юридический;
- б) три: медицинский, социальный и юридический;

- в) четыре: медицинский, правовой, социальный и юридический;
- г) это понятие не содержит составляющих частей.

18. *Что включает в себя юридический критерий «общественной опасности»?*

- а) возможность назначения ПМБил судом;
- б) общественную опасность душевнобольного вне обострения ПР;
- в) возможность расторжения брака из-за постоянных конфликтов в семье;
- г) непосредственную угрозу жизни и (или) здоровью, причинение иного вреда, а также предпосылки непосредственной угрозы жизни и (или) здоровью, причинения иного вреда.

19. *Что включает в себя медицинский критерий «общественной опасности»?*

- а) состояние телесного здоровья;
- б) прохождение СПЭ в прошлом;
- в) психическое расстройство и психическое состояние;
- г) невозможность нахождения в общественных местах из-за излишней стеснительности.

20. *Каких два момента важно учитывать экспертам-психиатрам при оценке ООД, совершенного душевнобольным?*

- а) характер и тяжесть телесных повреждений;
- б) число судимостей и сроки лишения свободы в прошлом;
- в) характер и направленность ООД;
- г) семейный и профессиональный статус во время совершения ООД.

21. *Назовите компоненты снижения степени общественной опасности психически больных при реализации ПМБил в психиатрическом стационаре с усиленным и строгим наблюдением.*

- а) изоляция, интенсивное лечение;
- б) изоляция, круглосуточное наблюдение, интенсивное лечение, охрана;
- в) изоляция, круглосуточное наблюдение, охрана;
- г) реабилитация и ресоциализация.

22. *Назовите компоненты снижения степени общественной опасности психически больных при реализации ПМБил в психиатрическом стационаре с общим наблюдением.*

- а) лечение, психотерапия, свидания с родственниками;
- б) круглосуточное наблюдение, интенсивное лечение, охрана;

в) изоляция, круглосуточное наблюдение, интенсивное лечение (но не всегда);

г) изоляция, круглосуточное наблюдение, интенсивное лечение, охрана.

23. Что включают в себя выводы экспертов-психиатров при назначении ПМБил?

а) о наличии ПР и общественной опасности, связанной с ПР, степени общественной опасности, обоснование выбора ПМБил;

б) оценку риска побега из психиатрического стационара;

в) возможность совершения повторных насильственных действий;

г) рекомендации по дальнейшему трудоустройству.

24. Что определяет «особую опасность» лица, совершившего ООД?

а) неоднократные угрозы в отношении близких;

б) число судимостей в прошлом;

в) роль «авторитета» в криминальной иерархии;

г) наличие ПР с признаками непосредственной угрозы жизни и здоровью (или имеются предпосылки этой угрозы), а также когда характер ООД непосредственно связан с угрозой жизни и здоровью (или имеются предпосылки этой угрозы).

25. Что такое ПМБил в Вашем понимании?

а) лечение;

б) наказание;

в) принуждение и лечение;

г) принуждение, наказание и лечение.

26. Выделите правильный принцип «ступенчатости» применения ПМБил?

а) строгое наблюдение > амбулаторное наблюдение и лечение.

б) амбулаторное наблюдение и лечение > строгое наблюдение > обычное наблюдение;

в) усиленное наблюдение > обычное наблюдение > строгое наблюдение;

г) строгое наблюдение > усиленное наблюдение > обычное наблюдение > амбулаторное наблюдение и лечение.

27. Что является определяющим при назначении, прекращении (изменении) ПМБил?

а) характер ПР и текущий психический статус;

б) тяжесть ООД;

- в) уровень интеллекта психически больного;
- г) социальный статус больного.

28. *Назначение ПМБил – это обязанность или право суда?*

- а) обязанность;
- б) право;
- в) право и обязанность;
- г) суд не решает вопроса о назначении ПМБил.

29. *Могут ли ПМБил реализовываться родственниками или опекунами лица, совершившего ООД в связи с наличием ПР?*

- а) нет;
- б) да;
- в) могут иногда;
- г) в зависимости от их состояния здоровья.

30. *На защиту чьих интересов, с Вашей точки зрения, направлены ПМБил как меры социальной защиты?*

- а) психически больного;
- б) психически больного и общества;
- в) общества;
- г) членов семьи психически больного.

КЛЮЧ К ТЕСТОВЫМ ВОПРОСАМ (ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ)

- | | | |
|-------|-------|-------|
| 1. в | 11. б | 21. б |
| 2. г | 12. а | 22. в |
| 3. в | 13. г | 23. а |
| 4. г | 14. в | 24. г |
| 5. а | 15. а | 25. в |
| 6. б | 16. б | 26. г |
| 7. г | 17. а | 27. а |
| 8. б | 18. г | 28. б |
| 9. г | 19. в | 29. а |
| 10. б | 20. в | 30. б |

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сегодня существует ряд трудностей, мешающих полноценной реализации ПМБиЛ в Республике Беларусь. Так, неясен вопрос с лечением сопутствующей тяжелой соматической патологии, требующей лечебно-диагностических мероприятий в специализированных стационарах. В законодательстве не оговорены вопросы преемственности при изменении судом вида наблюдения за пациентом при реализации ПМБиЛ: от строгого, через усиленное и обычное, к амбулаторному. Также не получил своего должного законодательного отражения вопрос о критериях выбора ПМБиЛ: по сути, этот выбор связан с актуальным психическим состоянием больного, определяющим его социальную опасность, но в УК Республики Беларусь не указывается, что о степени общественной опасности лица судят по его теперешнему психическому состоянию без учета характера совершенного деяния.

В уголовном законе также нет положений, регламентирующих принудительное лечение в стационаре со строгим наблюдением для несовершеннолетних лиц, представляющих «особую» опасность. Кроме того, при выборе вида ПМБиЛ следует учитывать поведение подэкспертного. Даже при отсутствии нарастания тяжести психических нарушений пациента, но при активном противодействии режиму и лечению его надлежит переводить на более строгий уровень ПМБиЛ. С развитием института «альтернативного лечения» зависимых от ПАВ следует подумать о еще одном его виде – лечении в условиях реабилитационного центра, законодательно дополнив ст. 107 УК Республики Беларусь и др.

В настоящее время адаптированные к практике, объективные и структурированные методики оценки риска новых насильственных преступлений со стороны психически больных в Республике Беларусь не используются. В США, например, они применяются более чем в 80,0%, в Великобритании – более чем в 70,0% экспертных случаев [1].

Таким образом, на современном этапе развития судебной психиатрии требуется создание целостной концепции ПМБиЛ. С этой целью необходимо:

- более четко конкретизировать правовые основы назначения и содержания ПМБиЛ;
- разработать собственные методики (либо адаптировать зарубежные: PCL-R, HCR-20, VRAG, «анамнестические шкалы» и др.) оценки риска повторного насильственного деликта с целью оптимизации сроков ПМБиЛ, что укрепит аргументацию экспертов-психиатров при составлении ходатайств в суд о прекращении (изменении вида) ПМБиЛ;
- уточнить характер правоотношений, возникающих в связи с применением ПМБиЛ;
- шире рассмотреть понятия «вменяемость» и «невменяемость» как категорий уголовного права;
- структурировать содержание ПМБиЛ применительно к степени осознания подэкспертным своих действий и возможности руководить ими;

- разработать четкие критерии прекращения (изменения вида) ПМБил, которые должны быть «сопряжены» с комплексным влиянием заинтересованных в профилактике новых ООД служб в «постстационарном ведении» больного (например, защита потенциальных жертв, социальная помощь, текущий контроль поведения пациентов, медикаментозная поддержка, ограничение или исключение их контакта с травмирующими орудиями и др.).

ПМБил в судебной психиатрии Республики Беларусь – это «инструмент», который может как предохранять от новых преступных посягательств, так и быть, при неумелом использовании, достаточно «острым», могущим нанести существенный урон здоровью как самого психически больного, так и его окружению. И пользоваться им следует профессионально, с учетом всех реалий и возможных противоправных перспектив.

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 какой-либо ограниченной форме, являются высшей ценностью общества, а защита и обеспечение условий для их реализации входят в обязанность любого демократического государства [8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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, обобщенные варианты формулировок / К. Г. Жуковец, Е. Д. Евтухович // Актуальные вопросы судебной психиатрии и судебной психологии : тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 10-11 дек. 2015 г. / ГКСЭ Республики Беларусь ; Право и экономика. – Минск, 2015. – С. 97–106.

4. *Жуковец, К. Г.* Экспертное понятие общественной опасности лица, связанной с имеющимся у него психическим расстройством (заболеванием): содержание, значение, соотношение медицинской и юридической составляющих, границы компетенции / К. Г. Жуковец // Актуальные вопросы судебной психиатрии и судебной психологии : тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 10-11 дек. 2015 г. / ГКСЭ Республики Беларусь ; Право и экономика. – Минск, 2015. – С. 93–96.

5. Об оказании психиатрической помощи : Закон Респ. Беларусь от 7 янв. 2012 г. № 349-З.

6. *Кралько, А. А.* Актуальные вопросы правового регулирования принудительных мер безопасности и лечения / А. А. Кралько, Т. В. Короткевич, В. И. Петров // Актуальные вопросы судебной психиатрии и судебной психологии : тез. докл. Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 10-11 дек. 2015 г. / ГКСЭ Республики Беларусь ; Право и экономика. Минск, 2015. – С. 68–71.

7. *Остянко, Ю. И.* Принудительные меры безопасности и лечения, рекомендуемые лицам, страдающим психическим расстройством (заболевание), направленные на предупреждение новых общественно-опасных деяний, охрану и лечение таких лиц (основы судебно-психиатрической оценки, методика выполнения экспертного задания) : методические рекомендации / Ю. И. Остянко, К. Г. Жуковец, В. С. Почобут, Е. Д. Евтухович. – Минск, 2015. – 40 с.

8. Принудительные меры медицинского характера: история, теория, практика / Б. А. Спасенников ; предисл. засл. деят. науки Рос. Федерации, д-ра юрид. наук, проф. Ю. М. Антояна. – СПб. : Юрид. центр Пресс, 2003. – 412 с.

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

10. Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М. : Медицина, 2004. – 592 с.

11. *Тришин, Л. С.* Судебная психиатрия : учеб. пособие / Л. С. Тришин. – Минск : Изд-во Гревцова, 2014. – 312 с.

12. Уголовный кодекс Республики Беларусь : 9 июл. 1999 г. № 275-З : в ред. от 13.12.2011 г. № 325-З // Консультант Плюс. Беларусь [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр». – Минск, 2012.

13. Уголовно-процессуальный кодекс Республики Беларусь : от 16 июл. 1999 г. № 2953 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000 г., № 7778, 2/71 : с изм. и доп. от 7 янв. 2012 г. № 349-З.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ	4
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПМБ _{иЛ}	6
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О НАЗНАЧЕНИИ ПМБ _{иЛ} (НОРМАТИВНАЯ БАЗА)	11
МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ПРИМЕНЕНИИ ПМБ _{иЛ}	20
ВАРИАНТЫ АРГУМЕНТАЦИИ И СХЕМЫ ВЫВОДОВ ЭКСПЕРТОВ-ПСИХИАТРОВ О РЕКОМЕНДАЦИИ ПМБ _{иЛ}	24
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ для самостоятельного контроля знаний по теме «ПМБ _{иЛ} как профилактика рецидивной преступности»	33
КЛЮЧ К ТЕСТОВЫМ ВОПРОСАМ (ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ)	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	40
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	42