

УГОЛОВНОЕ ПРАВО

УДК 343.2

ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОЕ ДЕЯНИЕ В ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ: МЕРА БЕЗОПАСНОСТИ, ЗАБОТА О ЗДОРОВЬЕ ИЛИ ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ?

© 2021 г. А.С. Бурцев, И.В. Миронюк, Н.Ю. Жилина

Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет
308015, г. Белгород, ул. Победы, 85

National Research University
Belgorod State University
85, Pobedy str.,
Belgorod, 308015

Авторы статьи, с опорой на фундаментальные знания об исключительных состояниях, которыми располагает судебная психиатрия, высказывают сомнение в том, что они обладают общественной опасностью в силу их природы и в первую очередь неповторяемости.

Такой вывод позволяет утверждать, что сложившаяся практика, когда лицам, совершившим тяжкие и особо тяжкие преступления против жизни и здоровья человека и признанных невменяемыми, по рекомендации судебных психиатров суды изначально назначают принудительное стационарное лечение, не основана на законе, влечет нарушение их прав. Возникшая ситуация требует широкого обсуждения и выработки решения, которое было бы справедливым, юридически безупречным, учитывало интересы как лиц, освобождаемых от уголовной ответственности и наказания, так и потерпевших.

Ключевые слова: общественная опасность, невменяемость, исключительное состояние, преступление, уголовный закон, социальная справедливость.

The authors of the article, relying on fundamental knowledge about exceptional conditions, which is used in forensic psychiatry, express doubt that they are dangerous due to their nature and, first of all, non-recurrence.

This conclusion allows the authors to assert that the established practice, when persons who have committed a particularly serious crime against human life and health and who are certified insane, on the recommendation of forensic psychiatrists are initially prescribed by the courts compulsory inpatient treatment, is not based on the law, entails a violation of their rights. This situation requires broad discussion and the development of a solution that would be fair, legally irreproachable, and take into account the interests of both persons exempted from criminal liability and punishment, and victims.

Keywords: social danger, insanity, exceptional conditions, crime, criminal law, social equity.

Поскольку тема применения принудительных мер медицинского характера (далее – ПММХ) к лицам, посягнувшим на жизнь и здоровье человека, находясь в исключительном состоянии, не позволила нам в одной статье [1] раскрыть все проблемные вопросы и сформулировать окончательные выводы, мы сочли необходимым обратиться к ней еще раз.

Как было установлено ранее, в ситуации разрешения судом ходатайства медучреждения о продлении, изменении, прекращении ПММХ (лечение в стационаре, наблюдение и лечение в амбулаторных условиях) к указанной категории лиц единственным объективным критерием, подлежащим учету, является общественная опасность больного. В связи с этим очевидной является необходимость раскрытия ее содержания.

В среде клиницистов-психиатров уже давно сложился консенсус (лат. consensus – согласие, единодушие) в вопросе определения общественной опасности психически больного (невменяемого) лица как высокой вероятности совершения им повторного общественно опасного деяния [2].

При этом общественная опасность невменяемого является следствием не виновного отрицания общественно-значимых интересов, охраняемых уголовным законом, а презюмируется клинической симптоматикой психической патологии, моментом и обстоятельствами ее проявления, развитием, перспективами течения и исхода, психопатологическими и сохранными социально-психологическими установками личности больного. К сказанному можно еще добавить систему моральных ценностей, которых он придерживается, мотивы его поведения в правовой ситуации и т.д.

Таким образом, «понимание причин общественно опасного поведения в судебной психиатрии базируется на концепции взаимодействия психопатологических, личностных и ситуационно-социальных факторов» [3], именуемых факторами риска, количество которых в зависимости от ситуации может достигать сотни и более. Не вдаваясь слишком глубоко в вопросы судебной психиатрии,

можно сказать, что в зависимости от их переменного сочетания врачи определяют степень общественной опасности психически больного (невменяемого).

Несмотря на очевидные успехи, которых добились клиницисты-психиатры в этом направлении, в настоящее время нет четкого понимания того, какой из перечисленных факторов риска (психическое расстройство, личность или условия жизнедеятельности) является ведущим предиктором (от англ. predictor – «предсказатель») опасных действий психически больных. В силу этого врачи-психиатры испытывают значительные затруднения в точности прогноза потенциального риска совершения ими повторных общественно опасных деяний. И все это при наличии глубокой теоретической и практической разработанности теории общественной опасности, шизофреников (в первую очередь) [4, 5, 6, 7], эпилептиков [8] и других психических больных [9].

В связи с этим было бы неправильным сказать, что исключительные состояния лишены внимания психиатров, в т.ч. известных и авторитетных [10, 11, 12]. Более того, они до сих пор находятся в центре междисциплинарных дискуссий, активными участниками которых являются юристы, и в первую очередь правоприменители (следователи, прокуроры, судьи). Тем не менее, общественная опасность лиц, совершивших криминальные действия в исключительном состоянии, является, если можно выразиться, *terra incognita* (в пер. с лат. «неизвестная земля») ввиду полного отсутствия фундаментальных, да и вообще каких-либо исследований по данной теме.

Между тем потребность в них велика, поскольку, как свидетельствует следственно-прокурорская и судебная практика, экспертная диагностика одного из таких состояний в сочетании с криминалом, например с лишением жизни, практически всегда влечет признание совершившего такие деяния невменяемым, с последующим принудительным лечением в стационаре, вызывающим у его врачей обоснованное сомнение в необходимости такой меры, ввиду отсутствия сколь-нибудь серьезного диагноза у пациента. Об этом же они комиссионно заявляют суду, ходатайствуя о скорейшей замене такого лечения на амбулаторное.

Вполне логично предположить, что такая медицинская помощь противоречит Федеральному закону РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [13], ограничивает пациента в реализации его гражданских, политических и прочих прав и свобод человека и гражданина, гарантированных Конституцией России, общепризнанными принципами и нормами международного права. Однако, с нашей стороны, вывод об отсутствии необходимости лечения будет преждевременным.

В связи с этим самое время вспомнить (в объеме, не превышающем потребности написания настоящей статьи), что представляет собой исключительное состояние и каковы его особенности.

С 1999 года [14] в Российской Федерации действует Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), представляющая собой специальную систему группировки любых заболеваний, в т.ч. и психических. Упоминания об «исключительных состояниях», а также временных расстройствах психики этот документ не содержит, а формулировки диагностических признаков психических расстройств, содержащиеся в нем, неполны и поверхностны.

В нашей стране исследованиями в области исключительных состояний, систематизацией знаний о них занимаются психопатология и судебная психиатрия. Последняя, определяя их как острые расстройства психической деятельности, давно выработала согласованную систему понятий и критериев, составляющих основу судебно-экспертных выводов в целях их единого понимания и эффективного применения участниками уголовного процесса.

В соответствии с МКБ-10 патологическое опьянение (F10.07) входит в раздел «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ». Патологический эффект квалифицируются как острая реакция на стресс – F43.0. Остальные, в силу их недостаточной изученности, МКБ-10 относит к сумеречным состояниям сознания, не являющимся симптомом какого-либо заболевания. Их объединяющим признаком выступает кратковременное нарушение сознания по типу сумеречного, провоцируемого рядом внешних факторов (один из вариантов подобных расстройств – патологическое просоночное состояние). Для патологического просоночного состояния, реакции короткого замыкания, сумеречного состояния сознания МКБ-10 установил диагностический шифр F06.82 «другое уточненное психическое расстройство вследствие повреждения или дисфункции головного мозга».

Поскольку исключительные состояния – это психические расстройства, они должны обладать особенностями генеза, характеризоваться определенными клиническими проявлениями.

До настоящего времени фундаментальным источником знаний об исключительных состояниях является исследование М.С. Доброгаевой, обратившей внимание на то, что у лиц, совершивших преступления в таком состоянии, в анамнезе практически всегда значились черепно-мозговые травмы (прежде всего), отклонения внутриутробного развития и пр. [12].

А.Ю. Березанцев, характеризуя исключительные состояния, отмечает общую особенность их возникновения, состоящую в сочетании «постоянной и временной патологической почвы при обязательном участии дополнительных экзогенных факторов» [15, с. 527].

Соглашаясь с М.С. Доброгаевой, автор отмечает, что характеристика постоянной почвы «связана с неочевидно выраженной резидуальной органической патологией», т.е. органическим поражением головного мозга.

Наряду с постоянной патологической почвой особого внимания заслуживает информация о роли временной патологической почвы, происходящей за счет преходящих вредностей. К таковым А.Ю. Березанцев относит «физическое и психическое истощение, дефицит сна, длительное аффективное напряжение», продолжительное отсутствие полноценного отдыха (сна), ослабление организма после перенесенной инфекции и даже попадание в иноязычную среду.

Что касается дополнительных экзогенных факторов, то Т.В. Клименко относит к ним нетяжелые, переносимые «на ногах» болезни, перегревание или переохлаждение организма, интоксикации, в том числе хронический алкоголизм, психопатические черты характера, невротические расстройства и др. [16].

Результатом случайного сочетания перечисленных факторов является внезапное развитие у человека синдрома помрачения сознания как основного диагностического признака исключительных состояний. Примечательно, что составные элементы такого синдрома в 1923 году описал немецкий психиатр К.Т. Ясперс [17], особо выделявший отрешенность больного от окружающей действительности, дезориентировку в окружающем, нарушение процесса мышления, полную амнезию острого периода.

Представляет ли невменяемое лицо, совершившее деяние, запрещенное уголовным законом в исключительном состоянии, общественную опасность? Ответ на этот вопрос будет, скорее всего, отрицательным ввиду высказанного большинством клиницистов-психиатров мнения о том, что, исходя из природы таких состояний, они практически никогда не повторяются, почему и именуются «исключительными». Однако, по нашему мнению, это касается только случаев, когда у такого лица наблюдается незначительная органическая патология (последствия ЧМТ и пр.) при сильном влиянии внешних факторов, в отличие от ситуации, описанной В.Б. Первомайским, когда у лица, совершившего убийство ребенка в исключительном состоянии, при дообследовании была установлена эпилепсия [18]. Здесь общественную опасность предопределяет поставленный диагноз.

Поскольку в соответствии с МКБ-10 исключительное состояние – это болезнь, то в контексте ч. 2 ст. 21 УК РФ она нуждается в принудительном лечении. Однако, как отмечают врачи-психиатры, само временное психическое расстройство лечить не возможно, поскольку на момент первого осмотра такого больного специалистом (психиатром-наркологом, судебным экспертом) он в силу скоротечности такого состояния, говоря экспертным языком, «вышел» из него.

Вся его симптоматика, характеризующая острый период, выявляется в ходе предварительного следствия, путем опроса и допроса задержанного, изучения показаний свидетелей, потерпевшего (если он выжил), медицинской документации. Относится она к докриминальному и криминальному периодам и, в дальнейшем, в отличии, например, от тяжелых психических расстройств, не наблюдается, за исключением симптомов органического поражения головного мозга, которое, с точки зрения психиатров, общественной опасности не представляет.

До 13.12.2012 г. в Российской Федерации действовал Приказ Минздрава от 06.08.1999 г. № 311 «Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств»», на сегодня утративший силу [19]. Предусматриваемые им стандартизированные модели диагностических процедур и лечения психических расстройств имели рекомендательный статус в целях индивидуализации амбулаторного либо стационарного лечения.

С 1 января 2013 года в соответствии с действующим законодательством [20] психиатрическая медицинская помощь в Российской Федерации организуется на основе Стандартов по конкретным нозологиям (болезням), публикуемым на сайте Министерства по мере их утверждения [21, 22].

Они также имеют рекомендательный характер. Примечательным в указанных документах является то, что практически всегда амбулаторный этап является ключевым и начальным в процессе оказания психиатрической помощи лицам, совершившим преступления в исключительном состоянии. На практике же эксперты-психиатры практически всегда указывают в своих заключениях на необходимость их лечения, прежде всего в условиях стационара, и суды соглашаются с ними.

Мы разделяем мнение Е.В. Шпыновой, проанализировавшей все многообразие взглядов на правовую природу ПММХ, в том, что они представляют собой меры безопасности, «служащие цели защиты общества и его членов от опасных посягательств» [23]. Это в полной мере согласуется с определением общественной опасности психически больных лиц, приведенным в настоящей статье.

Одним из выводов, к которому мы пришли в настоящей работе, является отрицание общественной опасности лиц, совершивших тяжкие и особо тяжкие общественно опасные деяния против жизни

и здоровья человека в исключительном состоянии и признанных невменяемыми.

Суд в ситуации, когда он в соответствии с требованиями ч. 1 ст. 21 УК РФ освобождает такое лицо от ответственности и наказания, каждый раз сталкивается с непониманием правовой ситуации со стороны потерпевших, с одной стороны, знакомых с экспертными выводами, а с другой, выдающих перед собой вполне вменяемого и адекватно ведущего себя человека. Это порождает у них сомнение в обоснованности и достоверности экспертного заключения, а самое главное, в беспристрастности суда и несправедливости принятого им решения. Именно поэтому, в силу уязвимости позиции судебного органа, имеющей не правовую, а скорее моральную природу, последний назначает именно принудительное стационарное лечение.

В результате, данная мера служит не столько обеспечению безопасности и выздоровлению больного, сколько восстановлению социальной справедливости, которая соотносится с понятием уголовного наказания и характеризуется неоправданными правоограничениями.

К сожалению, авторы статьи не готовы предложить решение, позволяющее быстро изменить ситуацию к лучшему, однако настоящая публикация служит приглашением к дискуссии всех исследователей и правоприменителей, заинтересовавшихся обозначенной проблемой.

Литература

1. Бурцев А.С., Миронюк И.В., Шумилина О.С. Проблема определения критериев продления принудительных мер медицинского характера лицам, совершившим запрещенное уголовным законом деяние в исключительном состоянии (на примере конкретной правовой ситуации) // Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление. 2020. № 11 (126). С. 111-115.
2. Белякова М.Ю., Булыгина В.Г., Токарева Г.М. Субъективные оценки и реабилитационный потенциал как факторы снижения риска насилия: метод. рекомендации // Психология и право. 2015. № 1.
3. Белякова М.Ю. Психологические факторы риска совершения повторных общественно опасных действий у лиц с негативно-личностными расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2015. № 4.
4. Кулинчик Н.И., Нестер Л.Н., Савченков В.Н., Чегерова Т.И., Балашов А.Д. К вопросу об общественной опасности лиц, страдающих шизофренией // Российский психиатрический журнал. 2008. №5. С. 22-27.
5. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. М.: Медицина, 1995. 256 с.
6. Буравлев В.В. Клинико-социальная характеристика больных параноидной шизофренией мужчин, совершивших убийство // Российский психиатрический журнал. 2013. №6.
7. Голенков А.В. Клинико-социальные особенности больных шизофренией, совершивших общественно опасные деликты против жизни и здоровья // Российский психиатрический журнал. 2015. №5.
8. Корнилова С.В. Агрессивное поведение и общественная опасность лиц, страдающих эпилепсией (судебно-психиатрический аспект). Автореф. дис...к-та мед. наук. М., 2007. 24 с.
9. Березанцев А.Ю., Кузнецов Д.А. Клинико-социальные и нейробиологические аспекты оценки общественной опасности больных с шизофренией и органическими психическими расстройствами // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012 // URL: <https://cyberleninka.ru>
10. Введенский И.Н. Исключительные состояния // Судебная психиатрия М., 1950.
11. Введенский И.Н. Проблема исключительного состояния в судебно-психиатрической клинике // Проблемы судебной психиатрии. М., 1947. Сб. №6. С. 331-355.
12. Доброгаева М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической практике. Дис...д-ра мед. наук. М., 1984.
13. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 08.12.2020) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости СНД и ВС РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.
14. Приказ Минздрава России от 27.05.1997 г. №170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра» // СПС «КонсультантПлюс».
15. Березанцев А.Ю. Судебная психиатрия: учебник для бакалавров. М: Изд-во Юрайт. 2017.
16. Клименко Т.В. Судебная психиатрия: учебник для академического бакалавриата. 2-е изд., перераб. и доп. М: Изд-во Юрайт, 2019. 365 с.
17. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. Л.О. Акопяна. М.: Практика, 1997. 1056 с.
18. Первомайский В.Б. Исключительные состояния: различия и сходство // Первомайский В.Б., Илейко В.Р. Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике. Киев: КИТ, 2006. С. 119-141.
19. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 декабря 2012 г. «О признании утратившим силу приказа Минздрава от 06.08.1999 г. № 311 «Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств»» // СПС «КонсультантПлюс».

20. Федеральный Закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс».

21. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1449н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при органических психотических расстройствах» // СПС «КонсультантПлюс».

22. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1234н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, посттравматическом стрессовом расстройстве» // СПС «КонсультантПлюс».

23. Шпынова Е.В. Принудительные меры медицинского характера: теоретические и правоприменительные проблемы // «Актуальные проблемы российского права». 2015. № 4. / СПС «КонсультантПлюс».