

Таблица 2
Распределение по рекомендованным видам принудительного лечения, применяемым к лицам с «Параноидной шизофренией», признанным судом невменяемыми, которым проводились судебно-психиатрические экспертизы в отделе стационарных СПЭ для лиц со строгим наблюдением управления стационарных СПЭ Государственного комитета судебных экспертиз за период с 2002 по 2014 гг.

Годы	Принудительные меры безопасности и лечения (ПМБЛ)				Всего
	амбулаторные ПМБЛ	стационарные ПМБЛ			
		с обычным наблюдением	с усиленным наблюдением	со строгим наблюдением	
2002	–	14 (51,9%)	3 (11,1%)	10 (37,0%)	27 (100%)
2003	–	15 (48,4%)	8 (25,8%)	8 (25,8%)	31 (100%)
2004	–	16 (55,2%)	5 (17,2%)	8 (25,6%)	29 (100%)
2005	1 (2,6%)	19 (48,7%)	3 (7,7%)	16 (41,0%)	39 (100%)
2006	–	8 (22,9%)	4 (11,4%)	23 (65,7%)	35 (100%)
2007	–	15 (41,7%)	3 (8,3%)	18 (50,0%)	36 (100%)
2008	–	11 (26,8%)	2 (4,9%)	28 (68,3%)	41 (100%)
2009	–	10 (35,7%)	2 (7,1%)	16 (57,1%)	28 (100%)
2010	–	9 (40,9%)	3 (13,6%)	10 (45,5%)	22 (100%)
2011	–	13 (44,8%)	3 (10,3%)	13 (44,8%)	29 (100%)
2012	–	7 (36,8%)	3 (15,8%)	9 (47,4%)	19 (100%)
2013	–	12 (48,0%)	7 (28,0%)	6 (24,0%)	25 (100%)
2014	–	5 (17,9%)	8 (28,6%)	15 (53,6%)	28 (100%)
Сумма	1 (0,3%)	154 (39,6%)	54 (13,9%)	180 (46,3%)	389 (100%)

Несколько реже рекомендовалось принудительное лечение в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением ($\chi^2=64,31$; $p=0,0000$). Суммарный показатель назначения принудительного лечения в психиатрическом стационаре со строгим наблюдением и принудительного лечения в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением превосходит частоту назначения принудительного лечения в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением ($\chi^2=32,09$; $p=0,0000$).

Заключение. Таким образом, уровень признания подэкспертных с «Параноидной шизофренией» неспособными сознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период инкриминируемого деяния в отделе стационарных СПЭ для лиц со строгим наблюдением управления стационарных СПЭ Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь остается примерно на одном уровне на про-

тяжении 13 лет. Большинство признанных невменяемыми – мужчины. Самым распространенными видами общественно опасных деяний являются убийство и хулиганство.

Стабильно высокий уровень общественно опасных деяний насильственного характера, совершаемых мужчинами, страдающими «Параноидной шизофренией», указывает на необходимость направленного поиска и изучения факторов риска насильственных действий у данного контингента лиц.

Литература

1. Буравлев, В.В. Клинико-социальная характеристика больных параноидной шизофренией мужчин, совершивших убийство / В.В. Буравлев // Рос. психиатр. журн. – 2013. – № 6. – С. 4–6.
2. Голенков, А.В. Общественно опасные деяния больных шизофренией на современном этапе развития / А.В. Голенков // Психическое здоровье. – 2013. – № 10 (89). – С. 22–26.
3. Казаковцев, Б.А. Профилактика повторных общественно опасных деяний психически больных, представляющих особую опасность / Б.А. Казаковцев [и др.] // Психическое здоровье. – 2013. – № 10 (89). – С. 11–21.

Скугаревская Е.И., Балашов А.Д., Дукорский В.В.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Общественно опасные деяния лиц с психическими расстройствами

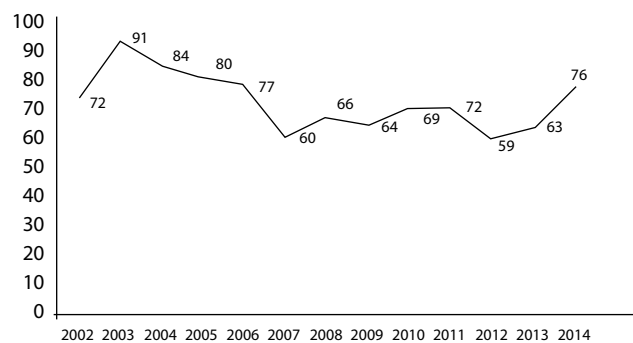
Проблема общественной опасности лиц с психическими расстройствами остается наиболее актуальной в современной психиатрии [2]. Принято считать, что наличие психического заболевания существенно способствует вовлечению психически больных людей в криминальные действия [1].

Исходя из данного положения, совершенно обоснована принятая в Беларуси практика расследования уголовных дел, когда лицам, которые подозреваются или обвиняются в совершении тяжких и особо тяжких преступлений, в обязательном порядке назначается судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). В свою очередь, все потенциальные подэкспертные в силу тяжести инкриминируемых им деяний находятся под арестом, что предопределяет проведение амбулаторной СПЭ в учреждениях предварительного заключения

(реже подэкспертный доставляется конвоем в амбулаторное подразделение СПЭ). Вторым вариантом является проведение стационарной экспертизы в отделе стационарных СПЭ для лиц со строгим наблюдением управления стационарных СПЭ Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь.

В силу тяжести инкриминируемых деяний, резонансности таких уголовных дел и ограниченных возможностей всестороннего обследования в амбулаторных условиях предпочтительным является проведение именно стационарного вида СПЭ. Таким образом, большинство СПЭ в отношении лиц, совершивших тяжкие насильственные общественно опасные деяния (ООД), проводятся в отделе стационарных СПЭ для лиц со строгим наблюдением ГКСЭ (далее – отделе).

Материалы и методы. Мы выкопировали и проанализировали сведения, содержащиеся в «Журнале регистрации судебно-психологических, судебно-психиатрических и комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз в стационарных судебно-психиатрических подразделениях Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь» отдела стационарных СПЭ для лиц со строгим наблюдением за период с 2002 по 2014 гг. Всего за 13 лет в отделе 931 человек был признан неспособным сознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период инкриминируемого деяния и впоследствии судом был признан невменяемым. Статистическая обработка данных проводилась средствами



Количество признанных невменяемыми подэкспертных, которым проводились судебно-психиатрические экспертизы в отделе стационарных СПЭ для лиц со строгим наблюдением управления стационарных СПЭ Государственного комитета судебных экспертиз за период с 2002 по 2014 гг.

пакета Statistica 6.0. Для анализа связи между признаками использовались таблицы сопряженности, так как данные были представлены номинативными признаками. Сравнение долей и наличие связи между признаками оценивались с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона (для таблиц 2*2 с поправкой на непрерывность Йейтса).

Результаты и обсуждение. Как видно из рисунка, количество лиц, признанных невменяемыми по результатам заключений СПЭ отдела, существенно не различается за весь период фиксирования данных. Заметно снижение общего количества делитов за период времени с 2003 по 2007 гг. Вместе с тем с 2012 по 2014 гг. наметилась тенденция к увеличению числа ООД подэкспертных, проходивших экспертизу в отделе. Самый высокий уровень ООД невменяемых был зафиксирован в 2003 г., минимальный наблюдался в 2012 г.

Таблица 1
Самые распространенные виды общественно опасных деяний в соответствии с Уголовным кодексом Республики Беларусь (УК РБ), совершаемых лицами, в отношении которых экспертами вынесено решение о невозможности сознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период инкриминируемого им деяния в период с 2002 по 2014 гг.

Годы	Убийство (статья 139 УК РБ)	Хулиганство (статья 339 УК РБ)	Кража (статья 205 УК РБ)	Тяжкие телесные повреждения (статья 147 УК РБ)	Грабеж (статья 206 УК РБ)	Разбой (статья 207 УК РБ)	Уничтожение либо повреждение имущества (статья 154 УК РБ)	Истязание (статья 154 УК РБ)	Другие ООД
2002	24 (33,3%)	7 (9,7%)	9 (12,5%)	8 (11,1%)	3 (4,2%)	3 (4,2%)	–	3 (4,2%)	15 (20,8%)
2003	27 (29,7%)	7 (7,7%)	12 (13,2%)	9 (9,9%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)	6 (6,6%)	1 (1,1%)	26 (28,6%)
2004	28 (33,3%)	10 (11,9%)	10 (11,9%)	5 (6,0%)	4 (4,8%)	4 (4,8%)	2 (2,4%)	1 (1,2%)	20 (23,8%)
2005	17 (21,3%)	15 (18,8%)	6 (7,5%)	9 (11,3%)	3 (3,8%)	5 (6,3%)	4 (5,0%)	–	21 (26,2%)
2006	23 (29,9%)	14 (18,2%)	6 (7,8%)	4 (5,2%)	5 (6,5%)	5 (6,5%)	–	1 (1,3%)	19 (24,7%)
2007	19 (31,6%)	6 (10,0%)	6 (10,0%)	4 (6,7%)	4 (6,7%)	1 (1,7%)	1 (1,7%)	1 (1,7%)	18 (30,0%)
2008	14 (21,2%)	18 (27,3%)	8 (12,1%)	5 (7,6%)	5 (7,6%)	–	2 (3,0%)	1 (1,5%)	13 (19,7%)
2009	20 (31,3%)	10 (15,6%)	9 (14,1%)	6 (9,4%)	1 (1,6%)	–	1 (1,6%)	2 (3,1%)	15 (23,5%)
2010	14 (20,3%)	11 (15,9%)	8 (11,6%)	7 (10,1%)	6 (8,7%)	2 (2,9%)	3 (4,4%)	1 (1,4%)	17 (24,7%)
2011	14 (20,0%)	14 (20,0%)	5 (7,1%)	11 (15,7%)	2 (2,9%)	–	3 (4,3%)	–	21 (30,0%)
2012	11 (18,6%)	10 (16,9%)	12 (20,3%)	7 (11,9%)	5 (8,5%)	1 (1,7%)	–	2 (3,4%)	11 (18,7%)
2013	16 (25,4%)	4 (6,3%)	15 (23,8%)	3 (4,8%)	4 (6,3%)	1 (1,6%)	–	1 (1,6%)	19 (30,2%)
2014	24 (31,6%)	6 (7,9%)	7 (9,2%)	12 (15,8%)	3 (3,9%)	1 (1,3%)	–	2 (2,6%)	21 (27,6%)
Всего	251 (27,0%)	132 (14,2%)	113 (12,1%)	90 (9,7%)	46 (4,9%)	25 (2,7%)	22 (2,4%)	16 (1,7%)	236 (25,3%)

Анализ распределения невменяемых подэкспертных по полу показал, что абсолютное большинство ($\chi^2=1034,66$; $p=0,0000$) составляют мужчины – 87,3% (813 человек), женщин среди совершивших ООД было 12,7%, или 118 человек. При сравнении среднего возраста мужчин ($40,09 \pm 14,63$) и женщин ($42,09 \pm 14,22$) статистически значимых различий выявлено не было.

Далее мы подвергли анализу структуру ООД, совершенных подэкспертными, которым проводилась СПЭ в отделе (табл. 1).

Как следует из представленных данных, общественно опасные деяния наиболее часто были представлены насильственными деликтами. Среди ООД больше всего убийств ($\chi^2=45,77$; $p=0,0000$), далее идут хулиганства и кражи (между их количеством нет статистически значимых отличий), хулиганств и краж было совершено больше, чем нанесено тяжких телесных повреждений ($\chi^2=8,60$; $p=0,0034$). В свою очередь тяжких телесных повреждений было больше, чем грабежей ($\chi^2=14,67$; $p=0,0001$), а грабежей больше, чем разбойных нападений ($\chi^2=5,86$; $p=0,01$). В остальном статистически значимых различий выявлено не было.

Таблица 2
Распределение лиц, признанных невменяемыми в соответствии с рубриками Международной классификации болезней (МКБ-10) по классу «психические расстройства и расстройства поведения»

Год	Все рубрики МКБ-10	Рубрики Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10)									
		F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	
2002	72 (100%)	22 (30,6%)	8 (11,1%)	34 (47,2%)	–	–	1 (1,4%)	–	6 (8,3%)	1 (1,4%)	
2003	91 (100%)	21 (23,1%)	11 (12,1%)	45 (49,5%)	2 (2,2%)	2 (2,2%)	–	4 (4,4%)	6 (6,6%)	–	
2004	84 (100%)	23 (27,4%)	7 (8,3%)	42 (50,0%)	4 (4,8%)	1 (1,2%)	–	3 (3,6%)	4 (4,8%)	–	
2005	80 (100%)	12 (15,0%)	7 (8,75%)	54 (67,5%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)	–	1 (1,3%)	4 (5,0%)	–	
2006	77 (100%)	11 (14,3%)	11 (14,3%)	49 (63,6%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)	–	–	3 (3,9%)	–	
2007	60 (100%)	13 (21,7%)	1 (1,7%)	39 (65%)	4 (6,7%)	–	–	1 (1,7%)	2 (3,3%)	–	
2008	66 (100%)	3 (4,5%)	8 (12,1%)	48 (72,7%)	2 (3,0%)	–	–	–	5 (7,6%)	–	
2009	64 (100%)	16 (25,0%)	7 (10,9%)	31 (48,4%)	5 (7,8%)	–	–	–	5 (7,8%)	–	
2010	69 (100%)	27 (39,1%)	8 (11,6%)	29 (42,0%)	2 (2,9%)	–	–	–	3 (4,4%)	–	
2011	70 (100%)	14 (20,0%)	10 (14,3%)	37 (52,9%)	4 (5,7%)	–	–	1 (1,4%)	4 (5,7%)	–	
2012	59 (100%)	12 (20,3%)	6 (10,2%)	32 (54,2%)	7 (11,9%)	–	–	–	2 (3,4%)	–	
2013	63 (100%)	10 (15,9%)	3 (4,8%)	38 (60,3%)	5 (7,9%)	–	–	–	7 (11,1%)	–	
2014	76 (100%)	14 (18,4%)	10 (13,2%)	41 (53,9%)	5 (6,6%)	–	–	–	6 (7,9%)	–	
Сумма	931 (100%)	198 (21,3%)	97 (10,4%)	519 (55,7%)	43 (4,6%)	5 (0,5%)	1 (0,1%)	0 (0,1%)	57 (6,1%)	1 (0,1%)	

В табл. 2 представлены данные по распределению лиц, признанных впоследствии невменяемыми по выставленным диагнозам в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10).

Как видно из таблицы, подэкспертные с диагнозами рубрики «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F20–F29) являются наиболее представительной группой среди лиц, признанных впоследствии невменяемыми ($\chi^2=232,25$; $p=0,0000$). Анализ нозологического состава рубрики «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F20–F29) представлен в табл. 3.

Таблица 3
Структура распределения подэкспертных по уточненным диагнозам рубрики «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», признанных судом невменяемыми, которым проводились судебно-психиатрические экспертизы в отделе стационарных СПЭ для лиц со строгим наблюдением управления стационарных СПЭ Государственного комитета судебных экспертиз за период с 2002 по 2014 гг.

Годы	Диагнозы в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10)											
	F20–F29	F20.0	F20.1	F20.2	F20.3	F20.5	F20.6	F20.9	F21	F22.x	F23.x	F25.x
2002	34	27	1	–	–	–	2	–	1	1	1	1
2003	45	31	1	–	–	–	3	–	1	2	5	2
2004	42	29	1	–	–	–	1	4	2	3	2	
2005	54	39	1	–	1	–	6	–	–	4	2	1
2006	49	35	1	–	–	1	1	–	–	5	5	1
2007	39	36	–	–	1	–	–	–	1	–	–	1
2008	48	41	–	1	–	1	–	–	–	3	–	2
2009	31	28	–	–	–	1	1	–	1	–	–	–
2010	29	22	1	–	–	–	–	–	3	1	1	1
2011	37	29	–	–	1	1	–	–	1	2	1	2
2012	32	19	1	–	1	–	3	–	2	3	3	–
2013	38	25	–	–	–	2	2	–	3	1	1	4
2014	41	28	2	–	–	1	1	–	6	3	–	–
Сумма	519 (100%)	389 (74,9%)	9 (1,7%)	1 (0,2%)	4 (0,8%)	7 (1,3%)	19 (3,7%)	1 (0,2%)	23 (4,4%)	27 (5,2%)	22 (4,2%)	17 (3,3%)

Что касается уточненных диагнозов, то в общей выборке достоверно преобладают ($\chi^2=274,67$; $p=0,0000$) лица, страдающие «Параноидной шизофренией», их 41,8% от общего числа, или 389 человек. «Деменция» различной этиологии (F00–F03) на 2-м месте – 8,4%, или 78 человек, их достоверно больше ($\chi^2=9,55$; $p=0,002$), чем лиц с «Органическим расстройством личности» (4,7%, или 44 человека). Далее по убыванию количества (без статистически достоверной разницы) следуют лица с диагнозами «Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство» – 4,2% (39 человек), «Умеренная умственная отсталость» – 3,3% (31 человек), «Синдром зависимости от алкоголя. Психотическое расстройство (F10.5)» – 3,3% (31 человек), «Синдром зависимости от алкоголя. Синдром отмены с делирием (F10.4)» – 2,9% (27 человек),

Таблица 4
Распределение по диагнозам лиц, совершивших убийства и признанных невменяемыми в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10)

Вид психического расстройства в соответствии с МКБ-10	n (%)
Параноидная шизофрения	102 (40,6%)
Деменция различной этиологии	34 (13,5%)
Умственная отсталость	16 (6,4%)
Синдром зависимости от алкоголя. Психотическое расстройство	16 (6,4%)
Синдром зависимости от алкоголя. Состояние отмены алкоголя с делирием	13 (5,2%)
Органическое расстройство личности	12 (4,8%)
Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство	12 (4,8%)
Острые транзиторные психотические расстройства	7 (2,8%)
Иные виды шизофрении, кроме параноидной	5 (2,0%)
Депрессивный эпизод	5 (2,0%)
Острая интоксикация с делирием / искажением восприятия / патологическое опьянение	4 (1,6%)
Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами	4 (1,6%)
Острая реакция на стресс	4 (1,6%)
Шизоаффективные расстройства	3 (1,2%)
Хронические бредовые расстройства	3 (1,2%)
Шизотипическое расстройство	3 (1,2%)
Другие психические расстройства	8 (3,2%)
Сумма	251 (100%)

Таблица 5
Распределение по диагнозам лиц, причинивших тяжкие телесные повреждения и признанных невменяемыми в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10)

Вид психического расстройства в соответствии с МКБ-10	n (%)
Параноидная шизофрения	30 (33,3%)
Деменция различной этиологии	10 (11,1%)
Синдром зависимости от алкоголя. Психотическое расстройство	7 (7,8%)
Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство	6 (6,7%)
Органическое расстройство личности	5 (5,6%)
Острая интоксикация с делирием / искажением восприятия / патологическое опьянение	5 (5,6%)
Умственная отсталость	5 (5,6%)
Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами	4 (4,4%)
Простая шизофрения	4 (4,4%)
Синдром зависимости от алкоголя. Состояние отмены алкоголя с делирием	3 (3,3%)
Острые транзиторные психотические расстройства	3 (3,3%)
Другие психические расстройства	8 (8,9%)
Сумма	90 (100%)

«Легкая умственная отсталость» – 2,6% (24 человека) (табл. 4, 5). Далее мы подвергли анализу 3 самые представленные группы насильственных ООД, которые наносят наибольший урон обществу (убийства и тяжкие телесные повреждения), по нозологическому параметру в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

Как видно из представленных таблиц, лица с «Параноидной шизофренией» значительно преобладают над лицами с другими расстройствами как среди совершивших убийства ($\chi^2=45,27$; $p=0,0000$), так и среди причинивших тяжкие телесные повреждения ($\chi^2=9,09$; $p=0,002$).

Анализ рекомендуемых экспертами принудительных мер безопасности и лечения (ПМБЛ) показал (табл. 6), что за 13 лет наиболее назначаемым видом ПМБЛ является принудительное лечение в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением ($\chi^2=16,71$; $p=0,0000$).

Далее следует принудительное лечение в психиатрическом стационаре со строгим наблюдением ($\chi^2=121,27$; $p=0,0000$), за ним – принудительное лечение в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением ($\chi^2=101,45$; $p=0,0000$). Принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-

Таблица 6
Распределение по рекомендованным видам принудительного лечения, применяемым к лицам, признанным судом невменяемыми, которым проводились судебно-психиатрические экспертизы в отделе стационарных СПЭ для лиц со строгим наблюдением управления стационарных СПЭ Государственного комитета судебных экспертиз за период с 2002 по 2014 гг.

Годы	Принудительные меры безопасности и лечения (ПМБЛ)					Всего
	амбулаторные ПМБЛ	стационарные ПМБЛ			не нуждается в назначении ПМБЛ	
		с обычным наблюдением	с усиленным наблюдением	со строгим наблюдением		
2002	1 (1,4%)	40 (55,6%)	5 (6,9%)	26 (36,1%)	–	72 (100%)
2003	1 (1,1%)	55 (60,4%)	19 (20,9%)	16 (17,6%)	–	91 (100%)
2004	1 (1,2%)	50 (59,5%)	12 (14,3%)	20 (23,8%)	1 (1,2%)	84 (100%)
2005	2 (2,5%)	35 (43,8%)	9 (11,3%)	34 (42,6%)	–	80 (100%)
2006	2 (2,6%)	24 (31,2%)	8 (10,4%)	43 (55,8%)	–	77 (100%)
2007	–	26 (43,3%)	6 (10,0%)	28 (46,7%)	–	60 (100%)
2008	3 (4,6%)	22 (33,3%)	4 (6,1%)	37 (56,0%)	–	66 (100%)
2009	1 (1,6%)	27 (42,2%)	5 (7,8%)	31 (48,4%)	–	64 (100%)
2010	2 (2,9%)	41 (59,4%)	5 (7,2%)	21 (30,4%)	–	69 (100%)
2011	2 (2,9%)	35 (50,0%)	8 (11,4%)	25 (35,7%)	–	70 (100%)
2012	1 (1,7%)	24 (40,7%)	16 (27,1%)	18 (30,5%)	–	59 (100%)
2013	–	30 (47,6%)	20 (31,7%)	13 (20,6%)	–	63 (100%)
2014	–	24 (31,6%)	19 (25,0%)	33 (43,4%)	–	76 (100%)
Сумма	16 (1,7%)	433 (46,5%)	136 (14,6%)	345 (37,1%)	1 (0,1%)	931 (100%)

специалиста в области оказания психиатрической помощи рекомендовалось значительно реже других видов ПМБЛ ($\chi^2=101,45$; $p=0,0000$). Вместе с тем суммарный показатель назначения принудительного лечения в психиатрическом стационаре со строгим наблюдением и принудительного лечения в психиатрическом стационаре с усиленным наблюдением превосходит частоту назначения принудительного лечения в психиатрическом стационаре с обычным наблюдением ($\chi^2=4,75$; $p=0,02$).

Заключение. Таким образом, уровень признания подэкспертных неспособными сознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период инкриминируемого деяния в отделе стационарных СПЭ для лиц со строгим наблюдением управления стационарных СПЭ Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь остается примерно на одном уровне на протяжении 13 лет. Большинство

признанных впоследствии судом невменяемыми являются мужчины, средний возраст которых $40,09 \pm 14,63$ года. Самым распространенным видом общественно опасного деяния является убийство. Нозологической группой подэкспертных, которая превалирует среди признанных невменяемыми, является группа лиц, страдающих «Параноидной шизофренией». Стабильно высокий удельный вес насильственных ООД, совершаемых невменяемыми лицами, страдающими «Параноидной шизофренией», указывает на необходимость направленного изучения связи данной нозологии с общественно опасным поведением, поиска и изучения факторов риска насильственных действий у данного контингента лиц.

Литература

1. Голенков, А.В. Общественно опасные деяния больных шизофренией на современном этапе развития / А.В. Голенков // Психическое здоровье. – 2013. – № 10 (89). – С. 22–26.
2. Казаковцев, Б.А. Профилактика повторных общественно опасных деяний психически больных, представляющих особую опасность / Б.А. Казаковцев [и др.] // Психическое здоровье. – 2013. – № 10 (89). – С. 11–21.

Скугаревская Е.И., Балашов А.Д., Дукорский В.В.
 Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Передовые судебно-психиатрические идеи, кодифицированные в третьем Статуте Великого княжества Литовского

В настоящее время понятие «невменяемости» определено статьей 28 Уголовного кодекса Республики Беларусь: «Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния (ООД) находилось в состоянии невменяемости, т.е. не могло сознавать фактический характер и общественную опасность своего действия (бездействия) или руководить им вследствие хронического психического расстройства (заболевания), временного расстройства психики, слабоумия или иного болезненного состояния психики. К лицу, признанному невменяемым, судом могут быть применены принудительные меры безопасности и лечения».