

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».

С 2001 г. в Беларуси действует четырехступенчатая система принудительных мер безопасности и лечения (ПМБЛ). Обязательной предпосылкой назначения ПМБЛ является установление судом факта совершения ООД именно данным лицом. ПМБЛ не выражают отрицательной оценки содеянного от имени государства, не влекут за собой судимости и не преследуют целей исправительного воздействия. Между тем ПМБЛ являются основой профилактики повторного ООД и представляют собой меру государственного принуждения, поэтому назначаются, изменяются и прекращаются только судом. Их применение связано с ограничением прав лиц, в отношении которых соответствующие меры назначены, поскольку применяются без учета их согласия. В настоящее время белорусским законодательством (статьей 101 Уголовного Кодекса) предусмотрены следующие виды ПМБЛ:

- 1) принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра;
- 2) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) с обычным наблюдением;
- 3) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) с усиленным наблюдением;
- 4) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) со строгим наблюдением.

Обоснование назначения и вида ПМБЛ входит в задачи Государственного комитета судебных экспертиз. Рекомендация конкретного вида принудительных мер определяется в ходе судебно-психиатрической экспертизы. Решение зависит от степени общественной опасности лица с психическим расстройством и особенностей психического состояния. Рекомендация суду о применении к лицу того или иного вида ПМБЛ должна быть четко обоснована в заключении экспертной комиссии и иметь необходимые критерии назначения. Наиболее общие и значимые критерии назначения содержатся в нормах действующего уголовного законодательства Беларуси. В статье 102 УК сформулированы основания назначения каждого из 4 видов ПМБЛ.

Этим же Уголовным Кодексом законодательно введено понятие «уменьшенной вменяемости» лиц с отдельными психическими расстройствами. Лица, признанные «уменьшено вменяемыми», согласно современному законодательству Республики Беларусь, не освобождаются от уголовной ответственности, но к ним применяются иные методологические подходы «для достижения целей уголовной ответственности», в частности может быть назначено принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-психиатра во время отбывания наказания.

Мы кратко описали современное состояние законодательной базы Республики Беларусь относительно регламентации мер, применяемых в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

Проследить, как человеческая мысль прошла столь долгий путь и реализовалась в современном законодательстве, возможно лишь через изучение истории судебной психиатрии. Подобные исследования ставят своей целью выяснение закономерностей развития правовых систем современности и совершенствование национального законодательства. Значение этих исследований состоит в том, что они позволяют не только подойти под более широким углом зрения к решению многих традиционных вопросов, но и выявить ряд новых проблем с целью их дальнейшего предупреждения.

В судебно-психиатрической литературе понятие «история судебной психиатрии» употребляется в двух смыслах – узком и широком. В узком смысле – это история возникновения и развития судебной психиатрии как особой отрасли или ветви психиатрического знания. Подобная отрасль не могла возникнуть раньше появления самой психиатрии. Поэтому сторонники данной точки зрения ограничивают историю судебной психиатрии достаточно узкими хронологическими рамками, начиная отсчет времени примерно с середины XIX в. Более распространена точка зрения, согласно которой то, что принято именовать историей судебной психиатрии, охватывает гораздо более длительный исторический период, начинающийся с истории отношения государства к психически больным и юридической регламентации их правового положения. В такой трактовке само понятие истории судебной психиатрии приобретает своеобразный и даже несколько условный характер, хотя подобный подход свойственен многим историческим исследованиям и историческим дисциплинам [2].

Принятие мер по защите от опасного поведения психически больных является объективно существующей социальной потребностью. Решать подобные вопросы вынуждено любое общество на любом этапе своего развития (еще в доправовую и догосударственную эпоху и задолго до появления психиатрии в ее современном понимании) [2].

Юридические последствия для психически больных правонарушителей демонстрируют отношения между системой уголовного правосудия и системой охраны психического здоровья. Эти последствия являются не только результатом договоренности между юристами и психиатрами, но и отражают уровень развития общества и его запросы. Только социальные запросы инициируют разработку и внедрение юристами новых понятий и концепций.

В связи с этим представляет огромный интерес, каким образом идея о невменяемости лиц с психическими расстройствами впервые проникла в законодательство. Сама категория невменяемости (понимание того, что лишенный рассудка человек не подлежит наказанию за совершенное правонарушение) не является эмпирически очевидной. Эмпирический опыт сам по себе не доказывает, что наказывать душевнобольных людей неправильно, несправедливо и негуманно [2].

Можно постоянно и на протяжении длительного времени наказывать за нарушение каких-либо табу всех без исключения нарушителей, включая психически больных, и при этом считать подобные действия совершенно обоснованными и справедливыми. Общество, прибегающее к таким мерам, не ощущает сколько-нибудь реального для себя урона. Избавляясь от душевнобольных, т.е. лиц, которые могут причинить немалое беспокойство, стать обузой или даже угрозой, общество не снижает своих шансов в борьбе за существование (скорее, даже наоборот) [2]. Dr. Ormrod очень верно заметил, что «по интересу, проявляемому к психическому состоянию правонарушителя, можно судить о цивилизованности страны» [3]. Таким образом, нужно во всех отношениях очень развитое общество, чтобы начать отделять преступления от общественно опасных деяний лиц с психическими расстройствами.

Несмотря на то, что положение о невменяемости впервые появилось в Древнем Риме («Дигесты» Юстиниана), в юридическом и судебно-психиатрическом научных сообществах принято считать, что первым законодательным актом, где была кодифицирована норма о невменяемости лиц с психическими расстройствами, является Уголовный кодекс Франции 1810 г., именуемый также Кодексом Наполеона [1, 2]. Закон вступил в силу при правлении Наполеона Бонапарта и действовал до 1 марта 1994 г. (до вступления в силу современного Уголовного кодекса Франции). Из статьи 64 Кодекса Наполеона следует: «Нет ни преступления, ни проступка, если во время совершения деяния обвиняемый был в состоянии безумия (d'emeuse) или находился под принуждением силы, которой не мог сопротивляться» [2]. Наравне с Уголовным кодексом 1810 г. французская «формула невменяемости» в первоначальном виде просуществовала вплоть до 1994 г. Несмотря на то, что «формула невменяемости» содержала только «медицинский критерий» невменяемости (наличие психического расстройства), это никак не уменьшает ее значения в возникновении и становлении судебной психиатрии как отдельного раздела знания на границе психиатрии и юриспруденции.

Как ни удивительно, но существует более ранний европейский кодифицированный законодательный акт, где не только присутствует «формула не-

вменяемости», но и содержатся дифференцированные и уточненные нормы к лицам, признанным судом невменяемыми. В Статуте Великого Княжества Литовского (ВКЛ) 1588 г. содержится статья, которая была создана за два века до составления Кодекса Наполеона. Из статьи 35 раздела 11 Статута («Хто можа быць свабодны ад пакарання за забойства, і аб шалёных») следует: «...люди сумасшедшие (шалёныя), которые по Божьему допущению потеряли разум, могут людям наносить раны, а иногда и убийство совершать, тогда такие, если будут иметь имущество, родственниками и слугами своими должны содержаться в сильном заключении и при хороших сторожах, особенно когда явно по суду в том признаны будут. Бедных сумасшедших людей правительство наше замковое, где это случится, а в имениях княжеских, помещичьих сами паны или их урядники в заключении содержать обязаны...» [5]. Важным является дополнение, что к «вменяемым» лицам за подобные правонарушения применялись телесные наказания и смертная казнь. Несмотря на предусмотренную Статутом суровость уголовных наказаний, следует обратить внимание на то, что в сравнении с правом других европейских государств того времени оно было более современным и гуманным.

Кроме выделения из под уголовного преследования «невменяемых», передовые идеи гуманизма выявляются и в других положениях Статута: в неприменении смертной казни в отношении беременных женщин; отсутствии уголовного преследования правонарушителей, не достигших 16 лет; в установлении уголовной ответственности шляхтичей за убийство простых людей; в более суровом наказании за преступления против женщин; в сравнительно небольших сроках тюремного заключения.

Как видно, в Статуте, как и в Кодексе Наполеона, содержится только «медицинский критерий» невменяемости (шалёныя), что, однако для XVI в. уже является огромным достижением. Создание нормы невменяемости, ее кодификация, регламентация последующих юридических действий – это очень значимый прогресс в области права и психиатрии. Более того, Статутом регламентированы и дифференцированы «меры безопасности» в зависимости от материального состояния правонарушителя, сделано указание о возможности суда делегировать обязанности по реализации указанных мер конкретным лицам. Следующая после Статута 1588 г. регламентация принудительных мер относится лишь к началу XIX в. Причиной послужила попытка Джеймса Хадфилда застрелить английского короля Георга III. В 1880 г., после судебного разбирательства, в ходе которого Хадфилда признали невиновным по причине невменяемости, был принят «Закон о душевнобольных преступниках». Закон позволил изолировать в надежных местах душевнобольных, обвиненных

в государственной измене, убийстве или ином тяжком преступлении и оправданных по причине безумия или сочтенных безумными на этапе предъявления обвинения. Но так как специальных мест для содержания таких лиц не существовало, было решено построить специальное заведение. Таким образом, в 1816 г. в лондонской больнице Бетлем появилось специальное крыло для таких пациентов.

Предусмотрены в статье 35 11-го раздела Статута и меры к лицам с психическими расстройствами, которые совершили повторные насильственные действия после побега из мест заточения: «...А если бы сумасшедший, вырвавшись из тюрьмы, кого убил или ранил, тогда за убитого в башне на дне год и 6 недель, а за раны в более легком заключении полгода сидеть должен...». Здесь следует уточнить, что в этот период времени в остальных европейских странах лиц с психическими расстройствами изолировали в тюрьмах даже без условия совершения с их стороны насильственных действий.

В соответствии со Статутом подстрекатель или тот, кто выдал лицу с психическим расстройством оружие, рассматривался как ответственный за преступление: «...А где бы кто такому сумасшедшему дал оружие или к преступлению подучил словами, тогда он сам по тяжести преступления за то должен быть наказан. Если бы также кто иной здоровый был обвинен, что по его подговору сумасшедший драку или убийство совершил, тогда обвиняемый, очистившись присягой, освобожден быть должен. А если поклясться не захотел, тогда согласно преступлению наказание получить обязан будет...» [5].

Еще одним аспектом, характеризующим прогрессивность юридической мысли наших предков, является указание в Статуте на «временное расстройство психики» и то, какие меры в связи с таким состоянием психики могут применяться: «...Также где бы кто тронулся умом, но затем в здоровый и полный ум пришел, а потом повторилось тоже и он снова начал сходить с ума и в том безумии кого убил, тогда такой уж смертью и выплатой головщины (штрафа) наказан будет, потому что тот, зная о таких свои припадках, обязан был около себя уход и сторожа иметь и оберег хранить...» [5]. Современная актуальность данной статьи Статута обусловлена проблемой совершения общественно опасных деяний под воздействием так называемых «дизайнерских наркотических веществ» (спайсов) и психотических переживаний вследствие алкогольных психозов. Часто в среде практических юристов и судебных психиатров возникает полемика о необходимости введения наказания вместо принудительных мер безопасности и лечения за совершение общественно опасного деяния в таком состоянии, поскольку привлекаемые к уголовной ответственности лица знали о возникновении таких состояний и не предприняли никаких мер для обеспечения безопасности окружающих. Вместе с тем

следует отметить, что группа «временных расстройств психики» является самой сложной составляющей медицинского критерия невменяемости и одной из самых актуальных проблем судебной психиатрии в плане диагностики, доказывания и экспертной оценки.

Статут 1588 г. был настолько современен и совершенен в отражении потребностей общества, что действовал в Речи Посполитой, а затем и в Российской Империи вплоть до 1840 г. В 1831 г. для Могилевской и Витебской, а в 1840 г. для Виленской, Гродненской и Минской губерний его действие было отменено, когда на территорию бывшего ВКЛ было распространено российское имперское законодательство. Статут действовал еще на протяжении 30 лет после вступления в силу Уголовного кодекса Наполеона во Франции (1810).

Статут оказал большое влияние на законодательство соседних стран. При составлении Соборного уложения 1649 г. в России в качестве образца был взят именно третий Статут ВКЛ. В Польше в тех случаях, когда не имелось четко сформулированных норм местного права, суды и законодатели обращались именно к Статуту. Также поступали в землях современных Латвии и Эстонии. В редакции 1614 г. Статут действовал также и на территории современных украинских земель. До XIX в. делались переводы Статута не только на украинский, но и на немецкий и французский языки.

История создания Статута 1588 г. удивительно связана с прославленными жителями и уроженцами Могилевщины и самим городом Могилевом. Так, самое заметное и живое участие в разработке и издании третьего Статута принял могилевский староста, подканцлер и будущий гетман ВКЛ – Лев Иванович Сапега. Издан Статут был за личные средства Льва Ивановича в типографии, основанной в Вильне известным типографом Петром Тимофеевичем Мстиславцем (уроженец Мстиславля) на деньги могилевских купцов, книгоиздателей и общественных деятелей Кузьмы и Луки Ивановичей Мамоничей. Очень символично, что в настоящее время единственное в Беларуси оригинальное издание Статута 1588 г. находится в Могилеве. В 2012 г. Статут был выкуплен из частной российской коллекции и с 7 июня 2012 г. постоянно выставляется в Музее истории Могилева (Ратуше) [4].

Таким образом, Статут ВКЛ 1588 г. является высочайшим достижением старобелорусской юридической мысли и культурным памятником, имеющим высочайшую ценность для современной Беларуси. Передовая для своего времени кодификация судебно-психиатрических идей в Статуте 1588 г. – это еще одно доказательство высочайшего уровня развития сферы в области права наших предков.

Литература

1. Гречишкина, Н.А. Первые нормы о невменяемости в Древней Руси. Сравнительный анализ развития норм невменяемости и недееспособности в период XI–XIX веков / Н.А. Гречишкина // Психическое здоровье. – 2014. – № 7. – С. 62–70.
2. Дмитриева, Т.Б. Судебная психиатрия / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 752 с.
3. Мотов, В.В. Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и психиатрии права / В.В. Мотов. – Москва: Фолиум, 2008. – 252 с.
4. Статут ВКЛ 1588 года передан музею истории Могилева. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://news.tut.by/culture/293536.html> – Дата доступа: 28.11.2014.
5. Статут Вялікага княства Літоўскага 1588 года; пер. на бел. мову А.С. Шагун. – Мінск: «Беларусь», 2010. – 207 с.

Скугаревская М.М.¹, Колбасова О.В.¹, Скугаревский О.А.²

¹ Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Перспективы ранней диагностики и профилактики психозов

Распространенность психотических расстройств (неаффективных и аффективных) составляет порядка 3,5%, отдельно шизофренические психозы встречаются примерно у 1% населения [5]. Начало психотического расстройства приходится в большинстве случаев на молодые годы с наибольшей частотой возникновения 1-го эпизода на 3-м десятилетии жизни и часто драматически сказывается на последующей судьбе человека. Крайне высокой является прямая и опосредованная «стоимость» шизофренических психозов для общества. Одним из способов минимизации ущерба, наносимого шизофренией, улучшения исходов этого заболевания является максимально раннее начало лечения, т.е. сокращение продолжительности нелеченого психоза (времени от начала психотических симптомов до начала адекватного лечения)

и продолжительности нелеченого заболевания (времени от появления первых признаков неблагополучия до назначения антипсихотического лечения).

Согласно стадийной модели шизофрении (McGorry P.D. с соавт.) выделяют ранние стадии болезни: I – пресимптоматический риск (генетическая отягощенность, неблагоприятные средовые воздействия, некоторый когнитивный дефицит) и II – препсихотический продром (когнитивные, поведенческие и социальные нарушения, обращение за специализированной помощью). В дальнейшем развиваются стадии III – острого психоза и IV – хронического заболевания [4].

Стадийная модель шизофрении, по аналогии со стадийными моделями расстройств в других областях медицины, например в онкологии, подразумевает, что в зависимости от стадии заболевания происходит подбор терапии. На ранних стадиях заболеваний, к каковым относится синдром риска первого психоза, используются более «мягкие» вмешательства (например, на начальных стадиях рака молочной железы возможны органосохраняющие операции) по сравнению с более поздними стадиями. Также следует ожидать большей эффективности терапии на ранних стадиях болезни.

Если диагностика острого психоза специалистом, как правило, не вызывает трудностей, то диагностика шизофрении на более ранних стадиях заболевания гораздо сложнее. Стадия I не имеет специфических признаков. Несмотря на большую значимость наследственных факторов в развитии шизофрении, не выявлено значимых генетических маркеров заболевания. К факторам группы генетического риска относятся ближайшие родственники больных шизофренией. Однако частота развития развернутого психоза у таких лиц, находящиеся в «критическом» для развития шизофрении возрасте (16–25 лет), мала и составляет порядка 8% за 6 лет наблюдения [3].

На данном этапе развития психиатрии стадия II является более перспективной для ранней диагностики шизофрении. Именно на этой стадии («продрома») сфокусировано множество современных исследований, которые дают результаты, пригодные для практического применения в повседневной практике психиатра. В медицине термином «продром» (греч. πρόδρομος – предшественник) обозначают стадию заболевания, при которой встречаются неспецифические, ранние симптомы, которые указывают на заболевание до того, как оно манифестирует в своей полной картине. Одно из первых описаний продрома шизофрении было дано Mayer-Gross в 1932 г. С уверенностью сказать, что это продром шизофрении, можно только ретроспективно после появления полной симптоматики заболевания. В проспективных исследованиях, когда неясно, действительно ли в последующем у человека разовьется психоз, используются термины «синдром риска первого психоза», «состояние риска развития психоза», что в англоязычной литературе звучит как «at-risk