

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тольяттинский государственный университет»  
Институт права

(наименование института полностью)

Кафедра «Уголовное право и процесс»  
(наименование)

40.03.01 Юриспруденция

(код и наименование направления подготовки, специальности)

Уголовно-правовой

(направленность (профиль)/специализация)

## ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему «Производство о применении принудительных мер медицинского характера»

Студент

В.С. Пайдаркина

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

А.В. Мурузиди

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)



Тольятти 2021



**Росдистант**

ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННО

## **Аннотация**

Работа посвящена производству о применении принудительных мер медицинского характера.

Структурно работа состоит из введения, двух глав, включающих четыре параграфа, заключения, списка используемой литературы и используемых источников.

Введение посвящено обоснованию актуальности, выбранной для выпускной квалификационной работы темы, определению целей и задач, объекта и предмета исследования.

В первой главе раскрывается общая характеристика применения принудительных мер медицинского характера.

Во второй главе рассматривается проблематика применения принудительных мер медицинского характера.

Заключение предполагает краткое подведение итогов выпускной квалификационной работы.

## **Оглавление**

Введение.....	4
Глава 1 История и понятие принудительных мер медицинского характера ....	7
1.1 Развитие российского законодательства о принудительных мерах медицинского характера.....	7
Глава 2 Цели и порядок применения принудительных мер медицинского характера .....	30
2.1 Применение медицинских мер принудительного характера на анализе судебной практики .....	30
2.2 Проблемы правового регулирования исполнения принудительных мер медицинского характера и способы их решения .....	41
Заключение .....	46
Список используемой литературы и используемых источников.....	52

## **Введение**

Актуальность темы исследования обуславливается целостной концепцией принудительных мер медицинского характера, это одна из наиболее актуальных и далеко не решенных проблем в области правовой науки и юридической практики. В настоящей системе уголовного права, меры принудительного медицинского лечения – это обязательные меры, которые назначаются судом и носят принудительный характер. Таким образом, можно сделать вывод, что данные меры не могут заменить уголовного наказания, но могут сопутствовать уголовному наказанию или быть предварительным этапом перед отправкой обвиняемого в иное место, где он будет отбывать наказание.

Все это объясняется тем, что принудительные меры медицинского характера необходимы, скорее, малому кругу лиц. Как правило, это душевнобольные люди, которые могут представлять угрозу для окружающих, в том числе в местах лишения свободы. Поэтому такие люди проходят курс лечения и, в зависимости от степени и тяжести преступления, после отправляются или не отправляются в иные исправительные учреждения.

Существует несколько точек зрения по которым законодательство пришло в итоге к такой форме применения принудительных мер медицинского характера. С одной стороны, это декларировано тем, что принудительные меры медицинского характера не могут заменять основное наказание, если человек осознавал при этом, что совершил противоправное деяние. Проще говоря, он должен понести то или иное наказание, которое указано в УК РФ, но перед этим необходимо убедиться, что он полностью безопасен для общества, в которое попадет. Потому как места лишения свободы – это своеобразное общество, в которое ему предстоит попасть.

Также, необходимо помнить, что все-таки режим в медицинских учреждениях и в местах лишения свободы разный. Поэтому заменить полностью одно другим просто невозможно. Это как вместо работы отправить

гражданина в санаторий, потому что он устал больше остальных из-за переработки. Так не получится сделать ни в гражданской сфере, ни тем более в уголовной, потому как такая замена просто невозможна.

Также еще одна причина незаменяемости таких мер – это необходимость осознанного пребывания в месте лишения свободы, потому как оно выполняет непосредственную функцию по исправлению осужденного. То есть именно в месте лишения свободы он должен осознать свой поступок и исправиться, тогда как в медицинском учреждении такой функции нет, следовательно, основная задача уголовного права в медицинских учреждениях не выполняется.

Таким образом, можно подвести итог, что такие меры в настоящее время носят дополнительный характер и не заменяют (не могут заменять) в большинстве случаев основное наказание.

Актуальность темы объясняется количеством лиц, страдающих психическими расстройствами, привлеченными к уголовной ответственности, так в 2017 году общее количество составило 54000 человек. Также актуальность объясняется и тем, что в настоящее время все еще ведутся серьезные исследования, которые могут говорить нам о том, что государство заинтересовано в том, чтобы понять до конца азы психики человека и достичь, в первую очередь, справедливого отношения к душевнобольным преступникам.

Степень научной разработанности. Серьезные попытки, разумеется ограниченные юридической либо иной сферой научных интересов авторов, предприняли Ю.М. Антонян, Ю.Н. Аргунова, Г.Н. Борзенков и другие исследователи.

Объектом исследования выступают общественные отношения в сфере применения законодательства о принудительных мерах медицинского характера. Предмет исследования - уголовно-правовые нормы, предусмотренные ст.ст. 19-23, 97-104 УК РФ и практика их применения.

В связи с тем, что в стране проводится уголовно-правовая реформа, в

научный оборот введен большой объем нового материала, который требует обобщающего анализа именно с современных позиций системного использования положений юридической науки. Это определяет своевременность и актуальность исследования.

Цель исследования – изучение порядка применения принудительных мер медицинского характера, имеющих фундаментальное значение в реализации принципов законности, справедливости и гуманизма, для повышения эффективности в профилактике общественно опасных деяний и преступности на теоретическом, законодательном и правоприменительном уровнях.

Для достижения этой цели ставятся следующие задачи: рассмотреть развитие российского законодательства о принудительных мерах медицинского характера; изучить понятие, виды и правовая природа принудительных мер медицинского характера; проанализировать применение медицинских мер принудительного характера на анализе судебной практики; выделить проблемы правового регулирования исполнения принудительных мер медицинского характера и способы их решения.

Методологическая основа исследования построена исходя из ее понимания как комплексного, межотраслевого подхода к принципам и способам теоретического освещения фактического материала при создании целостной концепции принудительных мер медицинского характера. Она опирается на диалектико-материалистический и конкретные специальные (историко-правовой, сравнительно-правовой, формально-логический и иные) методы исследования.

Нормативную базу исследования составляет конституционное и отраслевое законодательство – уголовное, уголовно-исполнительное, а также законодательство о здравоохранении.

Структура работы определяется поставленной целью и задачами. Дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы и используемых источников.

## **Глава 1 История и понятие принудительных мер медицинского характера**

### **1.1 Развитие российского законодательства о принудительных мерах медицинского характера**

Развитие законодательства о применении принудительных мер медицинского характера берет свое фактическое начало аж в 12 веке, потому что именно тогда были первые упоминания о душевнобольных в Судной Грамоте Владимира Мономаха.

Однако рассвет развития этого законодательства началось в 18 веке, когда был рассвет и медицины, и науки. Именно благодаря новым знаниям удалось доказать, что душевнобольные люди нуждаются в особенном лечении и в особенной заботе, что такие люди могут быть опасны для общества. Происходит развитие понятий вменяемости, осознанности, понимания того, что совершается противоправное деяние [2].

Однако методы лечения тех, кого ранее называли «бессными», все еще было далеко от того, к которому пришла нынешняя медицина и здравоохранения. Для таких пациентов предназначались монастыри, где они лечились с помощью силы Божьей: у них было расписание дня, они должны были молиться и держать пост. С точки зрения медицины, такое лечение не помогло бы больным, поэтому не редко они оставались в монастырях пожизненно, потому как внешний мир служил для них своеобразным триггером, из-за которых они могли вновь совершить преступление.

Но с точки зрения современной науки, именно строгий режим, распорядок дня и занятия, которые были пусть и набожными, но необходимыми, помогали в моменте почувствовать пациентам себя лучше. Так и построилась современная медицина, которая все еще придерживается распорядка дня, занятий, бесед и лечения по расписанию. Наблюдение за тем, что душевнобольным нужна структура дня – произошло как раз в 18 веке. Без

организации этого не было бы в целом эффекта от лечения таких больных.

Более того, именно 18 веке все еще были некоторые непонимания тонкостей психики душевнобольных, поэтому Святейший Синод не хотел брать на себя ответственность за их содержания. В первую очередь, вопрос упирался в деньги, потому как Церковь не была готова содержать душевнобольных, пользы от которых было не так много.

Во вторую очередь, дело было в том, что некоторые душевнобольные были настолько опасны, что не могли даже помогать работой в монастыре и их приходилось закрывать. Подвергать опасности служителей церкви никто не хотел, но светской власти тоже некуда было девать душевнобольных. Поэтому ссылки в монастыри все еще были актуальным методом лечения таких больных [4].

При этом, несмотря на то, что Екатерина 2 подписала указ о том, что с такими преступниками нужно относиться с человеческим смиренiem, в настоящем же подтверждалась практика жестокости и насилия над такими преступниками. Многие из них даже не могли осознать в силу своих особенностей, где они и кем являются. Поэтому такое проявление жестокости могло лишь усугубить их состояние, но необходимо помнить, что они, все-таки, были преступниками. И это лишь значит, что отношение людей к ним было соответствующее. К сожалению, не было придумано алгоритмов, которые могли бы декларировать, как правильно обращаться с такими людьми. Как правило, ссылали их в Сузdalский монастырь, именно он стал местом, где над душевнобольными издевались и калечили их психику. Нередки были случаи самоубийств таких преступников [6].

В конце 18 века, уже на заре новой эры просветления, были созданы «сумасшедшие дома», в которых помещали душевнобольных. Однако методы их лечения там все еще отсутствовали. Очень редко кто изучал психику человека, поэтому все, что могли сделать врачи в таких домах – усмирить пациента не самыми гуманными способами. Законодательство пусть и запрещало это, но все-таки не давало никаких конкретных предписаний, на

которые можно было бы опираться. Никаких норм права, которые существовали бы на тот момент, мы так и не нашли в исследованиях. Лишь обрывки о том, что если обвиняемый был душевнобольным, такого преступника следовало бы поместить в «сумасшедший дом», где с ними необходимо общаться «умеренно». Но по факту, никто умеренно не собирался обращаться с такими людьми. Увы, реальность говорит о том, что их притесняли и на собирались в целом лечить, лишь калечили психику еще больше [14, с. 128].

В последующее время правовое положение психически больных лиц, совершивших преступление, получило более определенное законодательное закрепление. В Своде законов 1832 г. предусматривалось освобождение душевнобольных от уголовной ответственности уже не только за убийства, но и за любые другие преступления, а также впервые упоминалось о принудительном лечении лиц, совершивших убийство в состоянии безумия или сумасшествия. Указанных лиц предлагалось содержать и лечить отдельно от других умалищенных в специальных отделениях домов сумасшедших [8].

В Уложении о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. содержалось достаточно широкое определение понятия невменяемости. В качестве причин, исключающих вменение в вину содеянного, назывались сумасшествие, припадки болезни, приводящей в умописступление или полное беспамятство. В соответствии с названным актом принудительному лечению - помещению в дом умалищенных - лица, совершившие убийство, покушение на собственную жизнь и поджог, безумные от рождения, подвергались даже в том случае, если родственники были согласны взять на себя обязанность смотреть за ними и лечить их. Здесь же были определены порядок заключения этих лиц в дома умалищенных, сроки их содержания там и основания освобождения [10].

Психиатрическое освидетельствование лиц, совершивших указанные преступления, проводилось в соответствии с нормами уголовного судопроизводства. Принудительное водворение лица в дом умалищенных и

установление опеки над его имуществом производились по определению окружного суда и судебной палаты. Срок обязательного пребывания лица в доме умалищенных составлял два года, в течение которых должно отсутствовать проявление признаков сумасшествия. Данный срок мог быть сокращен при неопасном поведении больного. После освобождения лицо по решению суда передавалось на поруки заслужившим доверия лицам [18, с. 274].

Шаг вперед в развитии понятия невменяемости как обстоятельства, исключающего возможность привлечения к уголовной ответственности, сделало Уголовное уложение 1903 г. Определение невменяемости в этом акте максимально приближено к современному. «Не вменяется в вину, - гласит ст. 39 Уголовного уложения, - преступное деяние, учиненное лицом, которое, во время его учинения, не могло понимать свойства и значения им совершаемого или руководить своими поступками вследствие болезненного расстройства душевной деятельности, или бессознательного состояния, или же умственного не развития, происшедшего от телесного недостатка или болезни [11].

В случаях, когда оставление такого лица без особого присмотра суд признает опасным, он отдает это лицо под ответственный надзор родителям или другим лицам, пожелавшим принять его на свое попечение, или помещает его во врачебное заведение. В случаях же учинения убийства, весьма тяжкого телесного повреждения, изнасилования, поджога или покушения на одно из сих преступных деяний, лицо, совершившее такое деяние, обязательно помещается во врачебное заведение».

Уголовное законодательство России советского периода исключало возможность наказания лиц, совершивших общественно опасное деяние в состоянии невменяемости, и уделяло внимание их принудительному лечению. Например, Руководящие начала по уголовному праву РСФСР 1919 г. предлагали применять к таким лицам лишь принудительные меры и меры предосторожности. Уголовный кодекс РСФСР 1922 г. предусматривал принудительное лечение как меру социальной защиты, применяемую по

приговору суда. Уголовный кодекс РСФСР 1926 г. к мерам медицинского характера относил принудительное лечение и помещение в лечебное заведение, соединенное с изоляцией. В отличие от дореволюционного законодательства принудительное лечение регулировалось инструкциями НКЮ (1935) и Минздрава (1954) [3, с. 144].

В УК РСФСР 1926 г. предусматривалось право суда применять в дополнение к наказанию меры медицинского характера к лицам, страдающим психическим расстройством, но не утратившим вменяемости (ст. 26). На практике же данная статья не находила применения.

Более подробно принудительные меры медицинского характера были регламентированы в УК и УПК РСФСР 1960 г. Здесь впервые определялись виды принудительных мер медицинского характера и условия их применения. Принудительное лечение могло осуществляться в психиатрических больницах общего и специального типа в зависимости от характера заболевания, опасности личности для общества и тяжести совершенных общественно опасных действий. Психиатрические больницы специального типа находились в ведении МВД. В 1988 г. в ст. 58 УК РСФСР 1960 г. были внесены изменения, которые касались дифференциации видов лечебных учреждений, осуществляющих принудительные меры медицинского характера. К таким лечебным учреждениям стали относиться психиатрические больницы с обычным, усиленным и строгим наблюдением. Кроме того, УК РСФСР 1960 г. устанавливал порядок назначения, изменения и прекращения принудительного лечения. Появилась ранее неизвестная УК норма о применении принудительных мер медицинского характера к алкоголикам и наркоманам, совершившим преступления [20].

В настоящей системе уголовного права, меры принудительного медицинского лечения – это обязательные меры, которые назначаются судом и носят принудительный характер. Таким образом, можно сделать вывод, что данные меры не могут заменить уголовного наказания, но могут сопутствовать уголовному наказанию, или быть предварительным этапом перед отправкой

обвиняемого в иное место, где он будет отбывать наказание [21, с. 17-21].

Все это объясняется тем, что принудительные меры медицинского характера необходимы, скорее, малому кругу лиц. Как правило, это душевнобольные люди, которые могут представлять угрозу для окружающих, в том числе в местах лишения свободы. Поэтому такие люди проходят курс лечения и, в зависимости от степени и тяжести преступления, после отправляются или не отправляются в иные исправительные учреждения.

Существует несколько точек зрения по которым законодательство пришло в итоге к такой форме применения принудительных мер медицинского характера. С одной стороны, это декларировано тем, что принудительные меры медицинского характера не могут заменять основное наказание, если человек осознавал при этом, что совершил противоправное деяние. Проще говоря, он должен понести то или иное наказание, которое указано в УК РФ, но перед этим необходимо убедиться, что он полностью безопасен для общества, в которое попадет. Потому как места лишения свободы – это своеобразное общество, в которое ему предстоит попасть [22].

Также, необходимо помнить, что все-таки режим в медицинских учреждениях и в местах лишения свободы разный. Поэтому заменить полностью одно другим просто невозможно. Это как вместо работы отправить гражданина в санаторий, потому что он устал больше остальных из-за переработки. Так не получится сделать ни в гражданской сфере, ни тем более в уголовной, потому как такая замена просто невозможна.

Также еще одна причина незаменяемости таких мер – это необходимость осознанного пребывания в месте лишения свободы, потому как оно выполняет непосредственную функцию по исправлению осужденного. То есть именно в месте лишения свободы он должен осознать свой поступок и исправиться, тогда как в медицинском учреждении такой функции нет, следовательно, основная задача уголовного права в медицинских учреждениях не выполняется [14, с. 137].

Таким образом, можно подвести итог, что такие меры в настоящее время

носят дополнительный характер и не заменяют (не могут заменять) в большинстве случаев основное наказание.

Куда сложнее преступления, в которых обвиняемый не осознавал противоправность своих действий. В таких преступлениях, к сожалению, имеет место быть разговор о том, что подозреваемый в целом небезопасен для общества и неосознанном поведении. Другой вопрос, если это заболевание невозможно вылечить, тогда может идти речь о помещении на пожизненное лечение в психиатрическую лечебницу и/или помещение на определенный срок с последующим наблюдением.

Медицинскими принудительные меры, применяемые к психически больным лицам, являются потому, что имеют строго медицинский характер: рекомендации по их назначению дают комиссия врачей-психиатров, судебно-психиатрическая экспертиза, содержание этих мер в соответствии с медицинскими показаниями определяется медицинским персоналом психиатрических учреждений, где проводится принудительное лечение.

Проблемы, которые стоят перед нынешней системой уголовного права в сфере применения мер медицинского характера весьма обширны, несмотря на то, что практика применения таких мер сложилась очень давно [24].

В первую очередь, поговорим о том, что медицина не стоит на месте. Отсюда можно сказать, что, к примеру, раньше было веским основанием для помещения в медицинское учреждение, если обвиняемый «слышит голоса», которые приказали ему совершить преступление. Как выяснилось позже, размножение личности не существует как болезни или, если это отклонение есть, то оно настолько редкое, что заключенные, которым его диагностировали, скорее всего им не обладали. А впервые оно появилось в 20 веке в США, когда серийный убийца, чтобы избежать наказания, придумал, что у него была вторая личность. По этой теме сняли множество фильмов и было написано много книг, однако врачи так и не смогли доказать, что это заболевание действительно существует [31, с. 127].

Сейчас это считается разновидностью шизофrenии в большинстве

случаев, хотя научного подтверждения, что у человека есть несколько личностей, все еще нет.

Отсюда вытекают сразу две проблемы: следует ли считать экспертной ошибкой те случаи, которые были приняты за отдельную болезнь, когда обвиняемым удалось избежать наказания и следует ли их немедленно перевести в места лишения свободы. Вторая проблема: как именно диагностировать обвиняемых со скрытыми формами болезней, которые видно лишь тогда, когда срабатывает определенный триггер в определенной ситуации?

На эти два вопроса существуют неоднозначные точки зрения, которые мы подытожим, исходя из собственного мнения и собственных наблюдений.

Принудительные меры являются уголовно-правовыми мерами государственного принуждения, поскольку они предусмотрены уголовно-правовыми нормами материального, процессуального и уголовно-исполнительного законодательства. «Указание на юридическую принадлежность таких мер является явно недостаточным, так как для правоприменителя в лице судебных правоохранительных органов и медицинских учреждений важна их отраслевая принадлежность, знание которой позволяет обратиться к соответствующим нормам УК РФ, УПК РФ, УИП РФ и других федеральных законов» [17, с. 124].

Принудительные меры медицинского характера можно определить, как особую уголовно-правовую форму государственного принуждения, содержание которой заключается в принудительном лечении невменяемых, а также вменяемых лиц, совершивших преступления и нуждающихся по своему психическому состоянию в принудительном лечении. «Данное определение содержит указание на существенные признаки принудительных мер медицинского характера, не касаясь оснований, целей их применения и других характеристик принудительных мер, которые требуют самостоятельного и подробного рассмотрения» [3], [47].

Вопрос о правовой природе принудительных мер медицинского

характера есть вопрос об их сущности, содержательной стороне и, в конечном итоге, о правовой значимости принудительных мер медицинского характера. Но в учебной литературе по уголовному праву эта проблема рассматривается в плане сравнения принудительных мер медицинского характера с мерами наказания. При этом отмечается некоторое сходство таких мер с наказанием, но главное - подчеркиваются различия. «Сходство с наказанием усматривается в том, что принудительные меры медицинского характера назначаются судом и представляют собой государственное принуждение» [25].

А.А. Беляев, М.Д. Шаргородский отмечают: по своей юридической природе меры медицинского характера не являются наказанием, иногда без достаточных оснований утверждается, что «по своей юридической природе эти меры являются мерами государственного принуждения», то есть не проводится различие между наказанием и принудительными мерами медицинского характера.

Вместе с тем С.Я. Улицкий, С.Е. Вицин в своих работах подчеркивают, что принудительные меры медицинского характера отличаются от наказания по основаниям применения (наличие психического заболевания и необходимость лечения), содержанию (отсутствие отрицательной уголовно-правовой оценки содеянного), целям (лечение, а не исправление), юридическим последствиям (принудительные меры не влекут судимости) [18], [37].

Меры социальной защиты судебно-исправительного характера применялись в отношении лиц, совершивших преступление, меры медицинского характера - в отношении невменяемых либо вменяемых, заболевших психической болезнью после совершения преступления, а меры медико-педагогического характера - к малолетним правонарушителям.

Исследование принудительных мер медицинского характера, привело некоторых авторов как А.Н. Павлухин, к поверхностному выводу о том, что указанные меры по своей правовой природе являются мерами социальной защиты от общественно опасных действий невменяемых и психически

больных, совершивших преступления.

Указанные авторы упустили из виду, что понятие «меры социальной защиты», которое ранее использовалось в уголовном законодательстве под влиянием социологической школы, служило для обозначения системы мер уголовно-правового принуждения, включавшей в себя наказание, принудительное лечение без изоляции и связанное с изоляцией, принудительные меры медико-воспитательного характера, удаление из определенной местности и другие меры, заменяющие наказание или следовавшие за ним [26].

По своей юридической природе так называемые меры социальной защиты, будучи мерами социального принуждения, значительно отличаются друг от друга, а само появление в уголовном законодательстве понятия «меры социальной защиты», по справедливому утверждению А.А. Пионтковского, было продиктовано стремлением социалистического государства доказать, что ему чужда практика карательной деятельности буржуазного государства, «основанная на идее возмездия преступнику и искупления им своей вины путем отбытия наказания».

«Таким образом, термин «меры социальной защиты», употребляемый современными авторами для характеристики правовой природы принудительных мер медицинского характера, не раскрывает их сущности, поскольку имеет сугубо идеологическую направленность и включает в себя разнородные по своему содержанию меры уголовно-правового воздействия» [16, с. 98].

Таким образом, по правовой природе принудительные меры медицинского характера являются уголовно-правовыми мерами безопасности, сущность которых заключается в принудительном лечении лиц, совершивших уголовно-противоправные деяния и представляющих по своему психическому состоянию опасность для общества.

## **1.2 Понятие, виды и правовая природа принудительных мер медицинского характера**

Уголовной ответственности и наказанию подлежит только психически полноценное лицо, осознающее фактический характер происходящего и способное руководить своим поведением. Поэтому если общественно опасное деяние осуществляется в состоянии невменяемости, индивид не является субъектом преступления и не может нести уголовную ответственность.

В ситуации, когда преступное деяние совершается вменяемым гражданином, который после его завершения начинает страдать психическим расстройством, обусловившим наступление невменяемости, он признается субъектом преступления. Однако такое лицо не подлежит уголовному наказанию в силу неспособности воспринимать карательное и воспитательное воздействие. Следовательно, применение к нему наказания и иных мер, образующих содержание уголовной ответственности, становится бессмысленным и даже вредным, ибо воспитательное воздействие такой индивид не воспринимает, а состояние его здоровья может ухудшиться [19, с. 76].

В то же время наличие у лица душевного заболевания требует применения к нему мер лечения, направленных на его выздоровление и предупреждение новых общественно опасных деяний. Это обусловлено тем, что больной представляет реальную угрозу для общества, что подтверждается фактом совершения им посягательства. Кроме того, душевное расстройство является мощным десоциализирующим фактором, препятствующим нормальной жизни и способствующим утрате индивидом социальных связей, профессиональных навыков, ухудшению его психического и физического здоровья.

На этом основании уголовный закон предусматривает возможность назначения лицам, страдающим психическими заболеваниями, принудительных мер медицинского характера, под которыми следует

понимать предусмотренные законом способы лечения, применяемые в отношении граждан, совершивших общественно опасное деяние и страдающих психическим расстройством в целях улучшения их состояния или излечения и предупреждения новых посягательств [27].

При проведении принудительного лечения разрешено применять только методы диагностики, лечения и реабилитации, разрешенные Министерством здравоохранения. Выбор способов лечения может быть обусловлен только клиническими показателями. На этом основании меры медицинского характера образуют собой самостоятельную форму правового принуждения, реализуемую в отношении лиц, страдающих определенными психическими расстройствами и находящихся в опасном для себя и окружающих состоянии.

Если, несмотря на наличие психического расстройства, лицо, совершившее посягательство в состоянии невменяемости, не представляет опасности, принудительные меры медицинского характера не применяются. Установив отмеченное обстоятельство, суд выносит постановление о прекращении уголовного дела и об отказе в применении принудительных мер медицинского характера. При этом согласно ч. 4 ст. 97 УК РФ суд может передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении этих лиц или направлении их в психоневрологические учреждения социального обеспечения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации о здравоохранении [33, с. 69].

Часть 1 ст. 99 УК предусматривает четыре вида принудительных мер медицинского характера, которые могут быть назначены судом:

- амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Вид принудительных мер медицинского характера назначает суд, учитывая при этом заключение судебно-психиатрической или судебно-наркологической экспертизы. Заключение экспертизы не является для суда обязательным, как и любое доказательство, оно подлежит проверке и оценке, однако несогласие с выводом экспертов должно быть мотивировано (ст.ст. 80, 88 УПК РФ).

В действующем УК произошла дальнейшая дифференциация принудительных мер медицинского характера, в частности впервые закон предусматривает (п. «а» ч. 1 ст. 99 УК) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, т.е. меру, не связанную с помещением лица в психиатрический стационар. Кроме того, предусмотрено три типа психиатрических стационаров (вместо принудительного лечения в психиатрических больницах общего типа или специального типа): общего типа, специализированного типа, специализированного типа с интенсивным наблюдением. Названные в законе три вида психиатрических стационаров различаются с учетом критериев обеспечения безопасности помещенных туда лиц и других лиц, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре, при различиях в режиме содержания, степени интенсивности наблюдения за этими лицами [28].

Критерием назначения судом конкретного вида принудительного лечения служит прежде всего психическое состояние лица, степень его опасности для себя, окружающих, возможность совершения иного общественно опасного деяния.

Решение о возбуждении уголовного дела должно основываться на имеющихся материалах (доступных, поскольку они находятся в распоряжении следователя), а также на том, следует ли получать дополнительные материалы до того, как они могут быть приняты. Прежде чем обратиться к структуре самого решения, предлагается следующее в качестве руководства относительно подхода к информации, доступной для принятия решения о предъявлении обвинения, когда состояние психического здоровья или

расстройство подозреваемого является актуальной проблемой.

Полиция или Роспотребнадзор могут принять решение о предъявлении обвинения, применяя Руководство Директора по предъявлению обвинения. Первый вопрос заключается в том, чтобы убедиться, что следователь сообщил лицу, принимающему решение, что состояние психического здоровья или расстройство подозреваемого может быть реальной проблемой. Это должно быть четко указано в запросе на решение о взимании платы, и в нем должны быть указаны основания, на которых оно основано. Эта информация потенциально может поступать из разных источников: не только от подозреваемого, но и от его друзей, семьи, представителя защиты или специалиста, участвующего в их лечении или уходе [30].

Следователь также должен обеспечить, чтобы любой соответствующий материал, касающийся состояния психического здоровья или расстройства подозреваемого, находящийся в его распоряжении, был доведен до сведения лица, принимающего решение. При наличии письменных копий документов они должны быть включены в предварительную заявку. Если доступны только устные отчеты или отчеты, они должны быть полностью детализированы вместе с достаточной информацией, чтобы понять предоставленную учетную запись или отчет: имя лица, предоставившего их, когда они предоставили эту информацию, и основание, на котором они смогли это сделать.

Материалы, которые должны быть предоставлены в связи с состоянием психического здоровья или расстройством подозреваемого, могут включать:

- подробная информация о состоянии психического здоровья или расстройстве, которое, как полагают, есть у подозреваемого, и основание / обоснование для этой оценки;
- любая информация, предоставленная подозреваемым относительно их состояния;
- подробная информация о любых принимаемых лекарствах и любая информация о том, действительно ли подозреваемый принимал эти лекарства во время предполагаемого совершения преступления;

- подробная информация о любом другом лечении, которое в настоящее время проходит подозреваемый, и как долго оно проводится;
- любая информация, предоставленная друзьями или семьей в отношении состояния подозреваемого;
- любое освидетельствование судебно-медицинским экспертом;
- наличие и любая оценка, проводимая связью и перенаправлением;
- любая другая медицинская или психиатрическая оценка или медицинское лечение, которые проводились во время содержания подозреваемого под стражей;
- любая госпитализация подозреваемого с момента ареста;
- был ли допрошен подозреваемый в присутствии соответствующего взрослого и обоснование для этого или нет;
- любые проблемы, поднятые адвокатом, представляющим подозреваемого или соответствующего взрослого, во время собеседования с подозреваемым или в любое другое время;
- подробности любых признаний или частичных признаний, сделанных подозреваемым, и контекст этих признаний, будь то во время собеседования или в любое другое время;
- подробная информация о любой защите, выдвинутой в ответ на обвинения, и о том, как это произошло.

Лицо, принимающее решение, должно рассмотреть имеющуюся информацию и решить, может ли быть принято решение о возбуждении уголовного дела или следует запросить дополнительную информацию. То, что психическое состояние или расстройство подозреваемого было поднято в качестве вопроса, само по себе не является основанием для получения дополнительной информации. Основа для этого должна быть заложена в двухэтапном teste для судебного преследования в Кодексе для прокуроров короны: имеются ли достаточные доказательства для реальной перспективы осуждения? Если да, то требуется ли судебное преследование в общественных

интересах? Поэтому возникает вопрос: имеется ли достаточная информация для рассмотрения этапов доказывания и общественных интересов?

На этапе доказывания может оказаться, что имеется достаточная информация о психическом здоровье подозреваемого и что доказательства психического элемента, необходимого для совершения преступления, и любой возможной защиты являются ясными. Например, могут быть другие доказательства в случае преднамеренного и преднамеренного действия подозреваемого, которое несовместимо с самообороной, и информация, имеющаяся в отношении психического здоровья подозреваемого (даже если она потенциально имеет отношение к общественным интересам), не обеспечивает защиту. В этом случае дополнительная информация вряд ли поможет в оценке доказательств. Однако, если требуется получить дополнительную информацию, то лицо, принимающее решение, должно указать, о каком элементе доказательственной стадии идет речь при поиске этой информации. Это может касаться предполагаемого действия или бездействия (*actus reus*); психического элемента (*mens rea*); достоверности любого признания, на которое полагаются; любой выдвинутой защиты [32].

На этапе общественных интересов может оказаться, что имеется достаточная информация о психическом здоровье подозреваемого и что информация, доступная для определения общественных интересов, ясна. Преступление может при любых обстоятельствах быть слишком серьезным, например, для отвлечения внимания. Однако, если требуется дополнительная информация, то лицо, принимающее решение, должно указать, как дополнительная информация может повлиять на оценку, которая будет проведена на данном этапе. Является ли отсутствие дальнейших действий или отвлечение внимания потенциальным результатом?

Поэтому в запросе о предоставлении дополнительной информации следует четко указать, связано ли это с оценкой доказательств по делу, или с общественными интересами, или с тем и другим, и каким образом. Точность необходима для информирования о любом дальнейшем расследовании этого

вопроса.

Например, в запросе о доказательствах, касающихся возможностей, отсутствует точность. Хотя этот термин встречается в других законах о психическом здоровье и в некоторых уголовных преступлениях, он не является термином, который четко определяет, сосредоточен ли он на доказательствах (психическом элементе преступления или потенциальной защите) или общественных интересах. Обвинение не обязано доказывать в качестве части доказательств дееспособность подозреваемого [35].

Это подразумевает, что судебное преследование не будет продолжаться, если подозреваемый не обладает дееспособностью: как будет обсуждаться ниже, это может быть так, но может и не быть. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть применено: к лицам, совершившим общественно опасные действия (преступления) в состоянии временного психического расстройства (острые психозы), это состояние не имеет выраженной тенденции к повторению; к лицам после проведения принудительного лечения хронического психического расстройства, но в случаях необходимости врачебного контроля и необходимости профилактики или закрепления лечения. Этот вид принудительных мер медицинского характера предполагает наблюдение за психическим состоянием лица со стороны врачей-психиатров, следовательно, регулярные осмотры, оказание необходимой медицинской и социальной помощи [17, с. 127].

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение - мера медицинского характера, соединенная с исполнением наказания (ст. 104 УК); она имеет существенные отличия от применения ее в отношении лиц, освобожденных от уголовной ответственности в связи с тяжелыми психическими расстройствами. Исполнение этой меры возлагается на администрацию и медицинскую службу исправительной колонии в случае отбывания наказания в виде лишения свободы, в связи с чем в штате этих учреждений необходимы психиатры, наркологи. Если лицу назначено наказание, не связанное с лишением свободы, то исполнение этой меры

возлагается на учреждение здравоохранения [36].

В ч. 2 ст. 104 УК РФ регламентируется вопрос о последствиях изменения психического состояния осужденного, требующего стационарного лечения. В таких случаях оно не носит характер принудительной меры и осуществляется по основаниям, предусмотренным законодательством о здравоохранении. Время пребывания в стационаре засчитывается в срок отбывания наказания (ст. 103 УК).

Прекращение применения принудительной меры медицинского характера, соединенной с исполнением наказания, осуществляется судом по представлению органа, исполняющего наказание, на основании заключения комиссии врачей-психиатров. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре может быть назначено, если характер психического расстройства лица требует таких условий лечения, ухода, содержания и наблюдения, которые могут быть осуществлены только в психиатрическом стационаре [39].

В психиатрическом стационаре общего типа проводится лечение лиц, которые по своему психическому состоянию нуждаются в стационарном лечении и наблюдении, но не требуют интенсивного наблюдения.

В психиатрический стационар специализированного типа направляются лица, которые по своему психическому состоянию требуют постоянного наблюдения, которое обеспечивается медицинским персоналом, а также организацией наружной охраны стационара [1], [17].

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением назначается лицам, которые по своему психическому состоянию представляют повышенную опасность для себя и для других лиц и требуют постоянного интенсивного наблюдения. Как правило, это лица, совершившие тяжкие и особо тяжкие преступления, либо неоднократно совершающие общественно опасные деяния, а их психическое состояние характеризуется тяжелыми психическими расстройствами. В этих стационарах организуются специальные отделы охраны не только для наружной охраны больниц, но и для надзора за

поведением этих лиц внутри помещений с использованием средств сигнализации и дополнительного контроля [37].

В ходе применения принудительных мер медицинского характера, учитывая цели их применения, может изменяться психическое состояние лиц, подвергнутых этим мерам. В интересах соблюдения прав этих категорий лиц, названных в ч. 1 ст. 97 УК РФ, исходя из факта невозможности прогнозирования времени, достаточного для излечения или улучшения их психического состояния, уголовное законодательство регламентирует вопросы продления, изменения и прекращения применения принудительных мер медицинского характера (ст. 102 УК РФ). Принципиальными в этом вопросе следует считать положения закона о том, что только суд принимает решение о продлении, изменении и прекращении применения принудительных мер медицинского характера (ч. 1 ст. 102 УК РФ), а также об осуществлении регулярного комиссионного освидетельствования лиц, находящихся на принудительном лечении, что позволяет не только решать, но и осуществлять судебный контроль за ходом применения этих мер [40, с. 67].

Освидетельствование лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении, осуществляется комиссия врачей-психиатров, которая проводит такие освидетельствования не реже одного раза в 6 месяцев для решения вопроса о наличии оснований для внесения представления в суд о прекращении применения или об изменении такой меры. В УК РФ Федеральным законом от 20.03.2001 внесены изменения, касающиеся положения о том, что освидетельствование может осуществляться и вне зависимости от установленных в законе сроков, с учетом психического состояния лица, по инициативе лечащего врача, по ходатайству самого лица, его законного представителя и (или) близкого родственника через администрацию учреждения [38].

Такое ходатайство подается через администрацию учреждения, осуществляющего принудительное лечение, вне зависимости от времени последнего освидетельствования. Закрепление в уголовном законе

регулярности комиссионного освидетельствования лиц, страдающих психическими расстройствами и находящихся на принудительном лечении, является дополнительной гарантией защиты прав и законных интересов этих лиц.

Представление в суд заключения комиссии врачей-психиатров осуществляется администрация стационара [42].

Первое заключение комиссии врачей-психиатров о продлении применения принудительной меры медицинского характера направляется в суд по истечении 6 месяцев после его начала, а в дальнейшем комиссионные освидетельствования проводятся по общему правилу, а заключение о необходимости продления этих мер направляется в суд один раз в год [29, с. 127].

Суд продлевает принудительные меры медицинского характера при отсутствии оснований для прекращения применения или изменения принудительной меры медицинского характера (ч. 2 ст. 102 УК РФ), иными словами, врачи-психиатры в заключение должны прийти к выводу об отсутствии существенных изменений либо отсутствии данных о стойкости состояния больного и учесть это состояние с точки зрения опасности для него и других лиц. Изменение принудительных мер медицинского характера может произойти как в сторону смягчения, так и в сторону перехода к более жесткому его виду. Для изменения принудительной меры медицинского характера необходимо, чтобы не только отпала необходимость в применении ранее назначенной меры, но и возникла необходимость в назначении иной принудительной меры медицинского характера (ч. 3 ст. 102 УК РФ) [44].

Существует несколько оснований для помещения принудительно обвиняемого в стационар. Более того, есть несколько типов стационаров, которые будут параллельны местам лишения свободы. Есть стационары общего типа, строгого, особо строгого. Психиатры могут проводить диагностику пациентов и, если тот подает надежды на улучшения своего состояния, переводить его из одного типа стационара в другой. Более того, по

итогам лечения, возможен перевод в места лишения свободы, если будет диагностировано, что пациент больше не представляет угрозу обществу.

Современные алгоритмы все еще основаны не на безупречных исследованиях психики личности человека. Дело в том, что в нашей стране исследования пусть и ведутся, но на недостаточном уровне. Не изучены триггеры, которые способны были бы спровоцировать те или иные отклонения в личности, нет также и должного лечения. Некоторые болезни, как уже известно всемирному медицинскому сообществу, невозможно и вовсе вылечить, но при этом в уголовном законодательстве нет нормы, которая могла бы декларировать содержание таких пациентов-преступников.

Ведь очевидно, что они просто не могут существовать в дальнейшем без присмотра специальных медицинских работников. И это существенное упущение в российском законодательстве, потому как круг: преступление – лечение – свобода – преступление, - будет замкнут. По статистике, которая есть на 2017 год, более 34% заключенных с острой формой шизофрении страдают от рецидивов заболеваний и, следовательно, треть из них идут на повторное совершение преступлений.

Также можно говорить и о том, что заключенные, которые помещены на принудительное лечение, должны все-таки иметь возможность осознать, что им важно пройти это лечение. Низкий эффект может быть еще и от того, что люди не могут или не хотят лечиться. В стационарах нередки случаи обманов врачей или попыток побегов. Поэтому важно создать работу стационаров таким образом, чтобы заключенные не могли как повредить медицинскому персоналу.

Как известно, принудительные меры лечения может назначить только суд. Без решения суда обвиняемого нельзя отправить в стационар, потому как это будет нарушение его конституционных прав на свободу передвижения. Однако представляется целесообразным, чтобы конечное решение было не только за судом, но и за психиатром. Конечно, сейчас применяется психиатрическая экспертиза как основное доказательство в суде, но многие

заключенные, видя в стационаре избавления от колонии или тюрьмы, могут симулировать заболевание. Определение психиатрических заболеваний все еще более чем сложная задача, поэтому можно говорить о том, что на каждом заседании суда после экспертизы должен быть врач-психиатр, который будет следить за поведением обвиняемого. И даже при этом не дается гарантия того, что поставленный диагноз верен [45].

Это важно еще и потому, что заключенные, не имеющие психиатрических отклонений, но при этом попавшие в стационар, могут быть опасны для медицинского персонала. Более того, еще важно и то, по какой именно статье совершено преступление. И тем ни менее, это не уменьшает опасности, которая может подстерегать медицинский персонал в случае ошибки суда.

На данный момент времени, принудительные меры медицинского характера не ограничены законодательством ничем, в том числе и сроком лечения. Конечно, с одной стороны это правильно, потому как невозможно точно сказать, сколько именно будет длиться лечение, с другой стороны это дает шанс обвиняемому избежать иных наказаний, потому как можно растянуть лечение на долгие годы.

Но практика также показывает, что в среднем обвиняемый проходит лечение в 1-2 года, а после его выпускают. Для того, чтобы как-то уравновесить это, необходимо обратиться к медицинскому опыту лечения и высчитать среднее значение для каждого распространенного заболевания. Сроки лечения важны и нужны в том случае, когда необходимо четко понимать, в какой промежуток времени подозреваемый выйдет из стационара.

Это обусловлено необходимостью контроля за обвиненными, прошедшими лечение. И, если мы уже говорили о том, что медицинские работники не в силах наблюдать их после лечения, это должен будет сделать участковый на месте адреса, где прикреплен обвиняемый. Это важно для того, чтобы не повторилось прецедента преступления, если вдруг будет обострение заболевания. Такой практики в нашем государстве нет, хотя она оказалась бы

очень полезной.

Поэтому определение сроков в приговоре так важно. Если со стационаром не всегда понятно, сколько будет лечение, можно взять среднее значение с оговоркой в несколько месяцев. А после повторно посмотреть на состояние пациента и, если необходимо, продлить меру, но уже у участкового психиатра по его инициативе.

Все же, лечение – это одно, а помещение на принудительное лечение – иное. В первом случае, это скорее добровольный акт, во втором случае это кара со стороны государства преступника, который совершил преступление, но не может нести полноценное наказание в силу психологических отклонений, которые могут нанести вред ему или обществу, в которое он попадет.

Но наше законодательство совмещает эти два понятия, что недопустимо. Со стороны государства будет правильно снять первичные симптомы, позволить человеку отсидеть оставшийся срок в местах лишения свободы, и только потом отправить на лечение заключенного, но уже по его добровольной инициативе. И лечение будет как раз актом исправления. Нужно помнить, что мы говорим не просто о душевнобольных людях, а о людях, которые совершили преступления.

Впрочем, у этой точки зрения есть и противники, а судебная и правоприменительная практика сложились так, что обвиняемого вылечивают, а после отправляют в свободное плавание.

Таким образом, можем подвести основные итоги, основываясь на том, что мы уже исследовали. В первую очередь, нужно сказать, что система законодательства до конца не совершенна:

- нет еще четких алгоритмов лечения и поддержки пациентов,
- нет методов их дальнейшей социализации и контроля.

При этом, и нет однозначного понятия о сроках лечения, которые могли бы упростить дальнейший контроль пациентов и недопущение повторных преступлений.

## **Глава 2 Цели и порядок применения принудительных мер медицинского характера**

### **2.1 Применение медицинских мер принудительного характера на анализе судебной практики**

В настоящей системе уголовного права, меры принудительного медицинского лечения – это обязательные меры, которые назначаются судом и носят принудительный характер. Таким образом, можно сделать вывод, что данные меры не могут заменить уголовного наказания, но могут сопутствовать уголовному наказанию или быть предварительным этапом перед отправкой обвиняемого в иное место, где он будет отбывать наказание.

Все это объясняется тем, что принудительные меры медицинского характера необходимы, скорее, малому кругу лиц. Как правило, это душевнобольные люди, которые могут представлять угрозу для окружающих, в том числе в местах лишения свободы. Поэтому такие люди проходят курс лечения и, в зависимости от степени и тяжести преступления, после отправляются или не отправляются в иные исправительные учреждения [43, с. 107].

Развитие законодательства о применении принудительных мер медицинского характера берет свое фактическое начало аж в 12 веке, потому что именно тогда были первые упоминания о душевнобольных в Судной Грамоте Владимира Мономаха.

Однако рассвет развития этого законодательства началось в 18 веке, когда был рассвет и медицины, и науки. Именно благодаря новым знаниям удалось доказать, что душевнобольные люди нуждаются в особенном лечении и в особенной заботе, что такие люди могут быть опасны для общества. Происходит развитие понятий вменяемости, осознанности, понимания того, что совершается противоправное деяние.

Однако методы лечения тех, кого ранее называли «бессными», все еще

было далеко от того, к которому пришла нынешняя медицина и здравоохранения. Для таких пациентов предназначались монастыри, где они лечились с помощью силы Божьей: у них было расписание дня, они должны были молиться и держать пост. С точки зрения медицины, такое лечение не помогло бы больным, поэтому не редко они оставались в монастырях пожизненно, потому как внешний мир служил для них своеобразным триггером, из-за которых они могли вновь совершить преступление.

В конце 18 века, уже на заре новой эры просветления, были созданы «сумасшедшие дома», в которых помещали душевнобольных. Однако методы их лечения там все еще отсутствовали. Очень редко кто изучал психику человека, поэтому все, что могли сделать врачи в таких домах – усмирить пациента не самыми гуманными способами. Законодательство пусть и запрещало это, но все-таки не давало никаких конкретных предписаний, на которые можно было бы опираться. Никаких норм права, которые существовали бы на тот момент, мы так и не нашли в исследованиях. Лишь обрывки о том, что если обвиняемый был душевнобольным, такого преступника следовало бы поместить в «сумасшедший дом», где с ними необходимо общаться «умеренно». Но по факту, никто умеренно не собирался обращаться с такими людьми. Увы, реальность говорит о том, что их притесняли и на собирались в целом лечить, лишь калечили психику еще больше.

Существует несколько точек зрения по которым законодательство пришло в итоге к такой форме применения принудительных мер медицинского характера. С одной стороны, это декларировано тем, что принудительные меры медицинского характера не могут заменять основное наказание, если человек осознавал при этом, что совершил противоправное деяние. Проще говоря, он должен понести то или иное наказание, которое указано в УК РФ, но перед этим необходимо убедиться, что он полностью безопасен для общества, в которое попадет. Потому как места лишения свободы – это своеобразное общество, в которое ему предстоит попасть.

Также, необходимо помнить, что все-таки режим в медицинских учреждениях и в местах лишения свободы разный. Поэтому заменить полностью одно другим просто невозможно. Это как вместо работы отправить гражданина в санаторий, потому что он устал больше остальных из-за переработки. Так не получится сделать ни в гражданской сфере, ни тем более в уголовной, потому как такая замена просто невозможна.

Также еще одна причина незаменяемости таких мер – это необходимость осознанного пребывания в месте лишения свободы, потому как оно выполняет непосредственную функцию по исправлению осужденного. То есть именно в месте лишения свободы он должен осознать свой поступок и исправиться, тогда как в медицинском учреждении такой функции нет, следовательно, основная задача уголовного права в медицинских учреждениях не выполняется.

Таким образом, можно подвести итог, что такие меры в настоящее время носят дополнительный характер и не заменяют (не могут заменять) в большинстве случаев основное наказание.

Куда сложнее преступления, в которых обвиняемый не осознавал противоправность своих действий. В таких преступлениях, к сожалению, имеет место быть разговор о том, что подозреваемый в целом небезопасен для общества и неосознанном поведении. Другой вопрос, если это заболевание невозможно вылечить, тогда может идти речь о помещении на пожизненное лечение в психиатрическую лечебницу и/или помещение на определенный срок с последующем наблюдением [15, с. 117].

Итак, мы уже говорили о том, что судебное заседание с участием душевнобольных – это важное и сложное делопроизводство, потому как нужно помнить не только о том, что это преступники, но и о том, что они не могут отвечать за свои действия.

Многие авторы, исследования которых мы взяли за основу, как раз на этом и основываются. Они считают, что огласка – это не то, что нужно для такого судебного заседания и, несмотря на то, что принцип гласности –

основной принцип судопроизводства, этот судебный процесс не однозначный и нетрадиционный. Более того, участие в судебном процессе душевнобольных крайне редкое, следовательно, это будет скорее исключением из правил, нежели большое отклонение от него.

Но по-нашему мнению, мы не можем в должной степени отделять от обычных заключенных душевнобольных. Люди склонны преувеличивать значимость тех или иных факторов, которые присущи психики. Дело в том, что современные исследования показывают, что не все душевнобольные действительно не могут полностью отвечать за свои действия. Да, конечно, некоторые из них не могут в целом сказать, по каким причинам они совершили преступления, но могут описать момент этого преступления и те чувства, которые пережили. То есть, они понимают, что совершили что-то плохое, но ссылаются на внешние признаки, по которым это сделали. Следовательно, отвечать полностью они не могут, но при этом могут рассказать о преступлении.

На основании этого считаю, что мы можем говорить о гласности правосудия. Это действительно уникальные дела. Как минимум, на них необходимо присутствовать не только студентам-юристам, но и студентам-медикам, чтобы они изучали тонкости человеческой психики. Более того, если такие судебные заседания сделать закрытыми, есть риск увеличения манипуляций и симуляций со стороны больных, так как это будет для них выгодное заседание: никто не сможет ни увидеть, ни услышать приговора, хода разбирательства, поведения обвиняемого. Поэтому закрывать такие судебные заседания – это неправильно. И, к сожалению, большинство ученых сейчас этого не разделяют. Хотя, конечно, есть и те, кто вполне разделяет нашу точку зрения.

При этом, нужно помнить, что даже если в судебном заседании обвиняемый не может полностью отвечать за свои действия, состав суда все еще такой же, как и при любом другом судебном заседании, в том числе защитник. Добавим к этому, что необходимы эксперты, а также опекуны или

попечители, работники медицинского учреждения для того, чтобы оказать помощь и содействие, если у обвиняемого будет обострение.

Этого сейчас не сказано в законодательстве, но это тоже немаловажный фактор, который необходимо учитывать. Такие обвиняемые нуждаются не только в защите в виде адвоката, но и в защите в виде психиатра, законных представителей. Если мы говорим о том, что душевнобольные не могут отвечать за свои действия сами, значит они должны быть под защитой как медицинских работников, так и законных представителей. В случае же обострения заболеваний, именно законные представители должны отвечать вместо обвиняемого перед судом, но при этом ответственность они не могут нести вместо него. Как и говорилось ранее, преступники в большинстве случаев, если обращаться к статистике, понимают, что совершили преступление, просто не могут рассказать о том, почему именно его совершили [43].

Следовательно, мы можем сказать, что в таких заседаниях необходимо расширить состав судебного заседания на официальном уровне. Следовало бы закрепить в Постановлении Пленума и тот факт, что необходимо не только расширение состава суда, но и постоянное наблюдение за обвиняемым, если он находится вне судебного заседания. Это уменьшит число тех, кто симулирует заболевание, чтобы уйти от ответственности за свои поступки. К примеру, Олег Рыльков, который не так давно в очередной раз был в Тольятти, чтобы признаться в очередном преступлении. Он заявил не так давно, что был душевнобольным, когда делал все те преступления, которые были им совершены в 1995-97 годах. Можно сказать, что это попытка амнистии, потому как он отсидел уже много и теперь ему хотелось освободиться.

Суд счел это ложной информацией, но судебные разбирательства длились долгое время. При этом, несмотря на то, что этот случай провальный в связи с давностью дел и заключениями экспертов, которые подтверждают, что Рыльков здоров, это не единичный случай. Нет точной информации о том, сколько преступников в год пытаются таким образом уйти от ответственности

и нет точных статистических данных, сколько в итоге уходят.

Поэтому нужно следить за поведением обвиняемых не только в пределах судебного заседания, но и за его пределами. Симулировать болезнь всегда – невозможно здоровому человеку. И это обязательно бы увидел эксперт. И несмотря на то, что работников не хватает, нужно проработать с практической точки зрения этот вопрос, чтобы было меньше случаев, в которых суды вынуждены потом пересматривать свои ошибки, а число побегов будет уменьшаться. Хотя, конечно, есть исключения, которые нужно обговаривать с врачами перед каждым судебным заседанием [41].

Таким образом, именно это и можно сказать как вывод к вышесказанному. Судебное разбирательство нельзя ни в коем случае закрывать, нельзя оставлять заключенного без надзора и нельзя ни в коем случае не оглашать судебное заседание широкому кругу лиц. Это опыт, который потом поможет, основываясь на аналогичных, и без того немногочисленных, преступлениях правильнее определять наказания обвиняемым со схожими заболеваниями.

Но есть и еще ряд мер, которые применяются судами в следствие подсудности душевнобольных, о которых идет множество дискуссий в научных кругах. Они также должны быть исследованы нами для полноты исследования. В частности, мы должны взять иностранный опыт и иностранное законодательство, которые имеют большое значение и для нашей страны, потому как опыт судопроизводства над психически больными – важный международный опыт.

Психическое расстройство, как оно определено Законом о психическом здоровье 2007 года:

- неспособность к обучению,
- трудности в обучении,
- расстройство аутистического спектра,
- приобретенная травма головного мозга,
- слабоумие.

Другие психические расстройства, когнитивные или неврологические расстройства.

Дополнительную информацию о таких состояниях можно найти в Приложении А. Поэтому данное руководство направлено на то, чтобы обосновать решение о судебном преследовании в отношении целого ряда состояний, которые включают расстройства, инвалидность, нарушения, травмы и заболевания, которые связаны как с мозгом, так и с разумом.

За пределами сферы действия этого руководства прокуроры будут в более широком плане учитывать психическое функционирование подозреваемого или обвиняемого, даже если это не отражено в признанном состоянии: при оценке индивидуальных способностей подозреваемых; при рассмотрении их зрелости - в случае молодых людей, которые продолжают взросльть до середины двадцатых годов - и при признании нейродиверсности, изменений в человеческом мозге и психических функций подозреваемых и обвиняемых.

Существует очень широкий спектр состояний или расстройств психического здоровья, и каждое из них по-разному влияет на людей. Тот факт, что у кого-то есть психическое заболевание или расстройство, может иметь отношение к преступлению, но может и не иметь. По этой причине прокуроры должны подходить к каждому делу с учетом его собственных фактов и существа и оценивать характер, масштабы и влияние этого состояния на человека, а также обстоятельства конкретных преступлений. Состояния или расстройства психического здоровья не всегда являются постоянными: они могут изменяться, в том числе отличаться во время предполагаемого преступления на разных стадиях любого судебного преследования [39].

В то время как некоторые состояния или расстройства психического здоровья различны и легко определяются, существуют также переходы, и у людей может быть ряд связанных с ними состояний. Например, аутизм часто диагностируется наряду с другими состояниями, такими как неспособность к обучению и/или трудности. Могут быть связаны многочисленные сложные

проблемы, например, расстройство личности или посттравматическое стрессовое расстройство в сочетании со злоупотреблением психоактивными веществами. В этом случае важно понимать совокупное воздействие на поведение и возможности соответствующего лица.

Статья 6 Европейской конвенции о правах человека (ЕКПЧ) защищает право на справедливое судебное разбирательство и предусматривает определенные минимальные права для лиц, обвиняемых в совершении уголовного преступления. Статья 14 ЕКПЧ запрещает дискриминацию при осуществлении прав, предусмотренных конвенцией. Раздел 6(1) Закона о правах человека 1998 года предусматривает, что действия государственного органа, несовместимые с правами ЕСПЧ, являются незаконными.

Статья 13 Конвенции ООН о правах инвалидов (КПИ ООН), принятой в 2007 году, предусматривает: «Государства-участники обеспечивают инвалидам эффективный доступ к правосудию наравне с другими, в том числе посредством предоставления процедурных и соответствующих возрасту удобств, с тем чтобы способствовать их эффективной роли в качестве прямых и косвенных участников, в том числе в качестве свидетелей, во всех судебных разбирательствах, в том числе на следственных и других предварительных стадиях».

Обязанность не допускать дискриминации по признаку инвалидности: разделы 13, 14, 15 и 19.

Обязанность по обеспечению равенства в государственном секторе должным образом учитывать необходимость: ликвидации дискриминации, преследований, виктимизации и любого другого поведения, запрещенного настоящим Законом или в соответствии с ним; содействия обеспечению равенства возможностей между лицами, обладающими соответствующими защищенными характеристиками, и лицами, которые их не разделяют; содействия хорошим отношениям между лицами, обладающими соответствующими защищенными характеристиками, и лицами, которые их не разделяют: раздел 149.

Это требует, чтобы государственные органы выявили недостатки, с которыми могут сталкиваться обвиняемые-инвалиды, и рассмотрели, какие шаги могли бы устраниТЬ или свести их к минимуму, или какие корректировки можно было бы внести [45].

В этом руководстве рассматривается критический вопрос эффективного участия, приведенный ниже. Более глубокому пониманию дискриминации, разумных корректировок и обязанности по обеспечению равенства в государственном секторе может способствовать рассмотрение социальной модели инвалидности. Социальная модель инвалидности может пониматься как означающая, что предрассудки, дискриминация и социальная изоляция, с которыми сталкиваются многие инвалиды, не являются неизбежным результатом их нарушений или заболеваний, а скорее происходят из конкретных барьеров, налагаемых способом организации общества, с которым они сталкиваются ежедневно. Эти барьеры могут быть экологическими (недоступные здания и услуги), поведенческими (стереотипы, предрассудки и дискриминация) и организационными (негибкая политика, практика и процедуры).

Использование социальной модели может помочь прокурорам устраниТЬ или уменьшить последствия этих барьеров и повысить безопасность и защищенность жертв и свидетелей. У разных этнических групп разный уровень и опыт проблем с психическим здоровьем. Это также отражает различные культурные и социально-экономические контексты и доступ к соответствующим культурным особенностям методам лечения и подчеркивает важность перехода от точки зрения людей, находящихся в определенных условиях, к той, которая учитывает их опыт организации общества. Так, например, меры по обеспечению эффективного участия подсудимых лучше рассматривать, искать и выражать как устранение барьеров, создаваемых физической планировкой и языком зала суда, чем меры, необходимые из-за состояния подсудимых.

Прокуроры должны быть осведомлены о части II Закона о психическом

здоровье 1983 года, которая охватывает обязательную гражданскую госпитализацию, опеку и предписания о лечении по месту жительства. Наличие "гражданского отдела" и соблюдение любых предписаний об обращении в сообществе являются факторами, которые необходимо учитывать при рассмотрении решения о возбуждении уголовного дела, продолжении разбирательства и/или освобождении правонарушителей под залог.

Разделы 2-5 Закона о психическом здоровье 1983 года предусматривают процедуру обязательной госпитализации. Наиболее распространенными видами принудительного гражданского содержания под стражей являются:

Допуск к оценке (раздел 2). Это позволяет госпитализировать и содержать человека в больнице, если он страдает психическим расстройством и его необходимо задержать для обследования (или для обследования с последующим лечением) в целях обеспечения его собственного здоровья и безопасности или защиты других людей. Заявление должно быть подкреплено письменными свидетельствами двух врачей. Прием в соответствии с разделом 2 длится до 28 дней и не может быть продлен или продлен. После оценки в течение 28-дневного периода человек может быть задержан в соответствии с разделом 3 или остаться добровольным пациентом [40].

Прием на лечение (раздел 3). Это предусматривает, что человек может быть задержан, если он страдает психическим расстройством, и это необходимо для его собственного здоровья и безопасности или защиты других людей, и лечение не может быть предоставлено, если он не содержится в больнице, и два врача согласны с тем, что соответствующее медицинское лечение доступно. Первоначальное содержание под стражей составляет до шести месяцев, которое затем может быть продлено еще на шесть месяцев с последующим ежегодным пересмотром.

Неофициальный допуск (раздел 131). Также известный как «добровольная госпитализация», раздел 131 позволяет лицам старше 16 лет, нуждающимся в лечении психического расстройства, либо

госпитализироваться, либо оставаться в больнице на добровольной основе. Люди, поступившие неофициально, являются «пациентами» и, в отличие от разделов 2 и 3 выше, не являются «задержанными».

Существует несколько возможных способов, с помощью которых лицо, подвергшееся разделу, может быть уволено. Как время, так и триггер для любого освобождения зависят от типа и возраста задержания. Это произойдет, когда либо ответственный врач-клиницист сочтет пациента подходящим для выписки, либо пациент будет выписан Судом, либо пациент будет выписан менеджерами больницы. Прокуроры должны быть уверены в том, что им известен текущий статус содержания под стражей любого подозреваемого или обвиняемого, и не должны принимать никаких соответствующих решений о пересмотре или освобождении под залог без предоставления этой информации полицией [34].

После лечения в больнице в соответствии с разделом 3 (а не разделом 2) Закона о психическом здоровье 1983 года ответственный врач может распорядиться о том, чтобы лицо было выписано в соответствии с Приказом о лечении по месту жительства (Закон о психическом здоровье S17A 1983 года), если это лицо страдает психическим расстройством, которое требует медицинского лечения, и для их здоровья или защиты других необходимо, чтобы они получали лечение. Лицо, на которое распространяется Распоряжение о лечении по месту жительства, может быть отзвано (S17E), если, например, оно перестанет принимать необходимые лекарства или состояние его психического здоровья ухудшится.

Опека (раздел 7) позволяет некоторым пациентам, страдающим психическими расстройствами и нуждающимся в лечении вне больницы без госпитализации, находиться под определенным наблюдением или контролем в сообществе. Опекунами являются либо местные власти, либо любое другое лицо, принятое местными властями.

Таким образом, мы видим не только оценку со стороны наших отечественных авторов, но и со стороны зарубежного законодательства,

которое в целом соответствует сейчас нашему. Следовательно, все страны находятся примерно на одинаковом этапе познания личности и применения норм принудительного медицинского лечения в рамках судебного заседания.

## **2.2 Проблемы правового регулирования исполнения принудительных мер медицинского характера и способы их решения**

Проблемы, которые стоят перед нынешней системой уголовного права в сфере применения мер медицинского характера весьма обширны, несмотря на то, что практика применения таких мер сложилась очень давно. В первую очередь, это проблема определения необходимости такого лечения. Как и уголовное право, медицина не стоит на месте. Иногда выясняется что то, что ранее считалось веским основанием для помещения в лечебное учреждение обвиняемого, сейчас уже таковым не является. Отсюда вытекает проблема непосредственно помещения ранее осужденных сразу в места лишения свободы или же продолжения излечения. И последняя очерченная нами проблема будет носить скорее социальный характер, потому как существует нехватка медицинского персонала, который бы в последствие наблюдал состояние больных.

Речь пойдет исключительно на примере душевнобольных, потому как это наиболее наглядный пример, хотя проблемы, которые нами очерчены, могут применяться и к иным категориям граждан. Разберемся в них более подробно. В первую очередь, поговорим о том, что медицина не стоит на месте. Отсюда можно сказать, что, к примеру, раньше было веским основанием для помещения в медицинское учреждение, если обвиняемый «слышит голоса», которые приказали ему совершить преступление. Как выяснилось позже, размножение личности не существует как болезни или, если это отклонение и есть, то оно настолько редкое, что заключенные, которым его диагностировали, скорее всего им не обладали. А впервые оно

появилось в 20 веке в США, когда серийный убийца, чтобы избежать наказания, придумал, что у него была вторая личность. По этой теме сняли множество фильмов и было написано много книг, однако врачи так и не смогли доказать, что это заболевание действительно существует. Сейчас это считается разновидностью шизофрении в большинстве случаев, хотя научного подтверждения, что у человека есть несколько личностей, все еще нет [26].

Отсюда вытекают сразу две проблемы: следует ли считать экспертной ошибкой те случаи, которые были приняты за отдельную болезнь, когда обвиняемым удалось избежать наказания и следует ли их немедленно перевести в места лишения свободы. Вторая проблема: как именно диагностировать обвиняемых со скрытыми формами болезней, которые видно лишь тогда, когда срабатывает определенный триггер в определенной ситуации?

На эти два вопроса существуют неоднозначные точки зрения, которые мы подытожим, исходя из собственного мнения и собственных наблюдений. Во-первых, важно помнить, что закон обратной силы не имеет и, если обвиняемый помещен в медицинское учреждение, а болезнь перестала быть основанием для его дальнейшего нахождения там, необходимо принять повторные меры анализа состояния обвиняемого. Если иных причин находится в медицинском учреждении у него нет, следовательно, он может быть переведен для отбывания оставшегося срока наказания в места лишения свободы. Также важно помнить, что одновременно обвиняемый может болеть несколькими расстройствами, к примеру, шизофрения и депрессия. В первом случае, он опасен для окружающих, во втором случае для самого себя. И есть депрессивные признаки утратили свою актуальность в силу новых научных исследований, это не значит, что обвиняемый больше не страдает от депрессии и он может отправиться в места лишения свободы. Важно помнить, что каждое психическое расстройство, которое диагностировано, может привести к тому, что в месте отбывания наказания этот обвиняемый сделает что-то, что будет угрожать или ему, или окружающим. Поэтому лечение важно проводить до

конца.

Далее необходимо отметить проблему диагностики таких заболеваний, потому как психика – это очень тонкая и до конца неизученная структура. То, что мы видим в открытом доступе, позволяет обвиняемым подделывать симптоматику тех или иных заболеваний. Случаев, при которых обвиняемые помещались в медицинское учреждение и там угрожали обществу – много. В том числе, было несколько побегов из лечебниц и больниц для душевнобольных, которые устраивали заключенные, помещенные на пожизненное лечение. Ошибки в диагностике и несовершенные методы работы с обвиняемыми приводят и в местах лишения свободы, и в медицинских учреждениях к неблагоприятным\последствиям, при которых страдают работники таких мест [22].

Отдельно хотелось бы поговорить об обязанностях медицинских работников наблюдать обвиняемых после выписки из больницы, в частности речь идет о душевнобольных. Дело в том, что не хватает сил для наблюдения. Работников очень мало, они часто не успевают следить за теми, кто находится в лечебнице, поэтому о тех, кто выписался, речи не идет вовсе. Но при этом научно доказано, что некоторые болезни, вроде шизофрении, невозможно вылечить до конца. Есть периоды ремиссии и периоды активации болезни, потому такие пациенты не могут всегда находиться в лечебнице, но их и необходимо наблюдать после выписки.

При этом наблюдать, по сути, некому. Получается так, что, к сожалению, проблема стоит остро. Пациент попадает снова в лечебницу после очередного правонарушения, а потом круг замыкается и все по новой.

Та же ситуация с местами лишения свободы. Там недостаточно медицинского персонала, который мог бы следить еще и за больными, которые привезены с психиатрической лечебницы. Плюс, не всегда понятно, как в местах лишения свободы контролировать период повторной вспышки заболевания, потому как осужденные могут симулировать заболевание.

К тому же, не понятно, если в местах лишения свободы действительно у заключенного повторилась обострение той же шизофрении, необходимо ли его на месте лечить, приглашая психиатра, или необходимо снова его поместить в больницу, а после привезти обратно для дальнейшего отбывания наказания. Эти проблемы, к сожалению, на данный момент времени до конца не решены и на их счет существует множество точек зрения.

Но практика показывает, что за душевнобольными не следят после выписки, что диагностировать правильно заболевание в современных условиях так сложно, что в большинстве случаев их сразу направляют в места лишения свободы, а не медицинское учреждение. Это становится одной из причин суицидальных случаев в тюрьмах и колониях. Таким образом, можно говорить о том, что по итогам исследования и сбору материалов мы увидели, что тема до конца не изучена [40].

Необходимо более тщательное исследование, которое невозможно ввиду недостаточности научных знаний о психике человека. Нет понятных алгоритмов выявления заболеваний, нет точного понимания таких заболеваний и нет алгоритма действий, которые нужно произвести в случаях обострения или повторного появления заболевания. Также недостаточность кадров медицинских работников играет большую роль в тех проблемах, которые мы очертили.

К примеру, Олег Рыльков, который не так давно в очередной раз был в Тольятти, чтобы признаться в очередном преступлении. Он заявил не так давно, что был душевнобольным, когда делал все те преступления, которые были им совершены в 1995-97 годах. Можно сказать, что это попытка амнистии, потому как он отсидел уже много и теперь ему хотелось освободиться. Суд счел это ложной информацией, но судебные разбирательства длились долгое время. При этом, несмотря на то, что этот случай провальный в связи с давностью дел и заключениями экспертов, которые подтверждают, что Рыльков здоров, это не единичный случай.

Нет точной информации о том, сколько преступников в год пытаются

таким образом уйти от ответственности и нет точных статистических данных, сколько в итоге уходят. Поэтому нужно следить за поведением обвиняемых не только в пределах судебного заседания, но и за его пределами. Симулировать болезнь всегда – невозможно здоровому человеку. И это обязательно бы увидел эксперт. И несмотря на то, что работников не хватает, нужно проработать с практической точки зрения этот вопрос, чтобы было меньше случаев, в которых суды вынуждены потом пересматривать свои ошибки, а число побегов будет уменьшаться. Хотя, конечно, есть исключения, которые нужно обговаривать с врачами перед каждым судебным заседанием. Таким образом, именно это и можно сказать как вывод к вышесказанному. Судебное разбирательство нельзя ни в коем случае закрывать, нельзя оставлять заключенного без надзора и нельзя ни в коем случае не оглашать судебное заседание широкому кругу лиц. Это опыт, который потом поможет, основываясь на аналогичных, и без того немногочисленных, преступлениях правильнее определять наказания обвиняемым со схожими заболеваниями.

На основании изложенного, можно сделать вывод, о том, что судебное разбирательство о применении принудительных мер медицинского характера осуществляется судами в соответствии с общими условиями уголовного судопроизводства, предусмотренными гл. 33-38 УПК РФ, но с применением специальных норм, закрепленных в гл. 51 УПК РФ.

Таким образом, можно говорить о том, что по итогам исследования и сбору материалов мы увидели, что тема до конца не изучена. Необходимо более тщательное исследование, которое невозможно ввиду недостаточности научных знаний о психике человека. Нет понятных алгоритмов выявления заболеваний, нет точного понимания таких заболеваний и нет алгоритма действий, которые нужно произвести в случаях обострения или повторного появления заболевания. Также недостаточность кадров медицинских работников играет большую роль в тех проблемах, которые мы очертили.

## **Заключение**

Таким образом, по правовой природе принудительные меры медицинского характера являются уголовно-правовыми мерами безопасности, сущность которых заключается в принудительном лечении лиц, совершивших уголовно-противоправные деяния и представляющих по своему психическому состоянию опасность для общества.

Развитие законодательства о применении принудительных мер медицинского характера берет свое фактическое начало аж в 12 веке, потому что именно тогда были первые упоминания о душевнобольных в Судной Грамоте Владимира Мономаха.

Однако рассвет развития этого законодательства началось в 18 веке, когда был рассвет и медицины, и науки. Именно благодаря новым знаниям удалось доказать, что душевнобольные люди нуждаются в особенном лечении и в особенной заботе, что такие люди могут быть опасны для общества. Происходит развитие понятий вменяемости, осознанности, понимания того, что совершается противоправное действие.

Однако методы лечения тех, кого ранее называли «бессными», все еще было далеко от того, к которому пришла нынешняя медицина и здравоохранения. Для таких пациентов предназначались монастыри, где они лечились с помощью силы Божьей: у них было расписание дня, они должны были молиться и держать пост. С точки зрения медицины, такое лечение не помогло бы больным, поэтому не редко они оставались в монастырях пожизненно, потому как внешний мир служил для них своеобразным триггером, из-за которых они могли вновь совершить преступление.

В конце 18 века, уже на заре новой эры просвещения, были созданы «сумасшедшие дома», в которых помещали душевнобольных. Однако методы их лечения там все еще отсутствовали. Очень редко кто изучал психику человека, поэтому все, что могли сделать врачи в таких домах – усмирить пациента не самыми гуманными способами. Законодательство пусть и

запрещало это, но все-таки не давало никаких конкретных предписаний, на которые можно было бы опираться. Никаких норм права, которые существовали бы на тот момент, мы так и не нашли в исследованиях. Лишь обрывки о том, что если обвиняемый был душевнобольным, такого преступника следовало бы поместить в «сумасшедший дом», где с ними необходимо общаться «умеренно». Но по факту, никто умеренно не собирался обращаться с такими людьми. Увы, реальность говорит о том, что их притесняли и на собирались в целом лечить, лишь калечили психику еще больше

В настоящей системе уголовного права, меры принудительного медицинского лечения – это обязательные меры, которые назначаются судом и носят принудительный характер. Таким образом, можно сделать вывод, что данные меры не могут заменить уголовного наказания, но могут сопутствовать уголовному наказанию или быть предварительным этапом перед отправкой обвиняемого в иное место, где он будет отбывать наказание.

Все это объясняется тем, что принудительные меры медицинского характера необходимы, скорее, малому кругу лиц. Как правило, это душевнобольные люди, которые могут представлять угрозу для окружающих, в том числе в местах лишения свободы. Поэтому такие люди проходят курс лечения и, в зависимости от степени и тяжести преступления, после отправляются или не отправляются в иные исправительные учреждения.

Существует несколько точек зрения по которым законодательство пришло в итоге к такой форме применения принудительных мер медицинского характера. С одной стороны, это декларировано тем, что принудительные меры медицинского характера не могут заменять основное наказание, если человек осознавал при этом, что совершил противоправное деяние. Проще говоря, он должен понести то или иное наказание, которое указано в УК РФ, но перед этим необходимо убедиться, что он полностью безопасен для общества, в которое попадет. Потому как места лишения свободы – это своеобразное общество, в которое ему предстоит попасть.

Также, необходимо помнить, что все-таки режим в медицинских учреждениях и в местах лишения свободы разный. Поэтому заменить полностью одно другим просто невозможно. Это как вместо работы отправить гражданина в санаторий, потому что он устал больше остальных из-за переработки. Так не получится сделать ни в гражданской сфере, ни тем более в уголовной, потому как такая замена просто невозможна.

Также еще одна причина незаменяемости таких мер – это необходимость осознанного пребывания в месте лишения свободы, потому как оно выполняет непосредственную функцию по исправлению осужденного. То есть именно в месте лишения свободы он должен осознать свой поступок и исправиться, тогда как в медицинском учреждении такой функции нет, следовательно, основная задача уголовного права в медицинских учреждениях не выполняется.

Таким образом, можно подвести итог, что такие меры в настоящее время носят дополнительный характер и не заменяют (не могут заменять) в большинстве случаев основное наказание.

Проблемы, которые стоят перед нынешней системой уголовного права в сфере применения мер медицинского характера весьма обширны, несмотря на то, что практика применения таких мер сложилась очень давно.

В первую очередь, это проблема определения необходимости такого лечения. Как и уголовное право, медицина не стоит на месте. Иногда выясняется что то, что ранее считалось веским основанием для помещения в лечебное учреждение обвиняемого, сейчас уже таковым не является. Отсюда вытекает проблема непосредственно помещения ранее осужденных сразу в места лишения свободы или же продолжения из лечения. И последняя очерченная нами проблема будет носить скорее социальный характер, потому как существует нехватка медицинского персонала, который бы в последствие наблюдал состояние больных.

Речь пойдет исключительно на примере душевнобольных, потому как это наиболее наглядный пример, хотя проблемы, которые нами очерчены,

могут применяться и к иным категориям граждан. Разберемся в них более подробно.

В первую очередь, поговорим о том, что медицина не стоит на месте. Отсюда можно сказать, что, к примеру, раньше было веским основанием для помещения в медицинское учреждение, если обвиняемый «слышит голоса», которые приказали ему совершить преступление. Как выяснилось позже, размножение личности не существует как болезни или, если это отклонение и есть, то оно настолько редкое, что заключенные, которым его диагностировали, скорее всего им не обладали. А впервые оно появилось в 20 веке в США, когда серийный убийца, чтобы избежать наказания, придумал, что у него была вторая личность. По этой теме сняли множество фильмов и было написано много книг, однако врачи так и не смогли доказать, что это заболевание действительно существует.

Сейчас это считается разновидностью шизофрении в большинстве случаев, хотя научного подтверждения, что у человека есть несколько личностей, все еще нет.

Отсюда вытекают сразу две проблемы: следует ли считать экспертной ошибкой те случаи, которые были приняты за отдельную болезнь, когда обвиняемым удалось избежать наказания и следует ли их немедленно перевести в места лишения свободы. Вторая проблема: как именно диагностировать обвиняемых со скрытыми формами болезней, которые видно лишь тогда, когда срабатывает определенный триггер в определенной ситуации?

На эти два вопроса существуют неоднозначные точки зрения, которые мы подытожим, исходя из собственного мнения и собственных наблюдений. Во-первых, важно помнить, что закон обратной силы не имеет и, если обвиняемый помещен в медицинское учреждение, а болезнь перестала быть основанием для его дальнейшего нахождения там, необходимо принять повторные меры анализа состояния обвиняемого. Если иных причин находится в медицинском учреждении у него нет, следовательно, он может

быть переведен для отбывания оставшегося срока наказания в места лишения свободы.

Также важно помнить, что одновременно обвиняемый может болеть несколькими расстройствами, к примеру, шизофрения и депрессия. В первом случае, он опасен для окружающих, во втором случае для самого себя. И есть депрессивные признаки утратили свою актуальность в силу новых научных исследований, это не значит, что обвиняемый больше не страдает от депрессии и он может отправиться в места лишения свободы. Важно помнить, что каждое психическое расстройство, которое диагностировано, может привести к тому, что в месте отбывания наказания этот обвиняемый сделает что-то, что будет угрожать или ему, или окружающим. Поэтому лечение важно проводить до конца.

Далее необходимо отметить проблему диагностики таких заболеваний, потому как психика – это очень тонкая и до конца неизученная структура. То, что мы видим в открытом доступе, позволяет обвиняемым подделывать симптоматику тех или иных заболеваний.

Случаев, при которых обвиняемые помещались в медицинское учреждение и там угрожали обществу – много.

В том числе, было несколько побегов из лечебниц и больниц для душевнобольных, которые устраивали заключенные, помещенные на пожизненное лечение. Ошибки в диагностике и несовершенные методы работы с обвиняемыми приводят и в местах лишения свободы, и в медицинских учреждениях к неблагоприятным\последствиям, при которых страдают работники таких мест.

Отдельно хотелось бы поговорить об обязанностях медицинских работников наблюдать обвиняемых после выписки из больницы, в частности речь идет о душевнобольных.

Дело в том, что не хватает сил для наблюдения. Работников очень мало, они часто не успевают следить за теми, кто находится в лечебнице, поэтому о тех, кто выписался, речи не идет вовсе.

Но при этом научно доказано, что некоторые болезни, вроде шизофрении, невозможно вылечить до конца.

Есть периоды ремиссии и периоды активации болезни, потому такие пациенты не могут всегда находиться в лечебнице, но их и необходимо наблюдать после выписки.

Таким образом, можно говорить о том, что по итогам исследования и сбору материалов мы увидели, что тема до конца не изучена.

Необходимо более тщательное исследование, которое невозможно ввиду недостаточности научных знаний о психике человека.

Нет понятных алгоритмов выявления заболеваний, нет точного понимания таких заболеваний и нет алгоритма действий, которые нужно произвести в случаях обострения или повторного появления заболевания.

Также недостаточность кадров медицинских работников играет большую роль в тех проблемах, которые мы очертили.

## **Список используемой литературы и используемых источников**

1. Агафонов В.В. Криминалистика: учебное пособие для среднего профессионального образования / В.В. Агафонов, А.Г. Филиппов. 8-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 184 с.
2. Баранов В.М. Правоотношения, возникающие при применении принудительной психиатрической терапии // Правовое государство: теория и практика. 2018. № 1 (51). [Электронный ресурс]/ Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravoootnosheniya-voznikayuschie-pri-primenenii-prinuditelnoy-psihiatricheskoy-terapii>, свободный (дата обращения: 24.01.2021) - Загл. с экрана.
3. Боровиков В.Б. Уголовное право. Общая и Особенная части. Практикум: учебное пособие для вузов / В.Б. Боровиков. 4-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 375 с.
4. Васеловская А.В. Критерии применения принудительных мер медицинского характера // Право и политика. 2019. № 8. [Электронный ресурс]/ Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kriterii-primeneniya-prinuditelnyh-mer-meditsinskogo-haraktera>, свободный (дата обращения: 24.01.2021) - Загл. с экрана.
5. Васеловская А.В. Правовая природа принудительных мер медицинского характера: уголовно-правовой и Уголовно-исполнительный аспекты // Вестник Кузбасского института. 2019. № 3 (40). [Электронный ресурс]/ Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravovaya-priroda-prinuditelnyh-mer-meditsinskogo-haraktera-ugolovno-pravovoy-i-ugolovno-ispolnitelnyy-aspeky>, свободный (дата обращения: 24.01.2021) - Загл. с экрана.
6. Васеловская А.В. Особенности принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания // Вестник Кузбасского института. 2019. № 1 (38). [Электронный ресурс]/ Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-prinuditelnyh-mer-meditsinskogo->

haraktera-soedinennyh-s-ispolneniem-nakazaniya, свободный (дата обращения: 24.01.2021) - Загл. с экрана.

7. Дело № 1-2/2015 от 23.11.2015 //

РосПравосудиеURL:<https://rospravosudie.com> (дата обращения: 24.02.2016)

8. Дело № 1-10/2015 от 29.06.2015 //

РосПравосудиеURL:<https://rospravosudie.com> (дата обращения: 20.02.2016).

9. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1 // Правовой сервер КонсультантПлюс.

М. : 1997-2021. – Режим доступа: [www.consultant.ru/document/ccons\\_doc\\_LAW\\_4205/](http://www.consultant.ru/document/ccons_doc_LAW_4205/), свободный (Дата обращения: 11.01.2021) - Загл. с экрана.

10. Козочкин И.Д. Уголовное право США: учебное пособие для вузов / И.Д. Козочкин. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 218 с.

11. Колмаков П.А. К вопросу о проблемных аспектах правового регулирования принудительных мер медицинского характера // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право». 2018. № 2. [Электронный ресурс]/ Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-problemnyh-aspektah-pravovogo-regulirovaniya-prinuditelnyh-mer-meditsinskogo-haraktera>, свободный (дата обращения: 24.01.2021) - Загл. с экрана.

12. Колмаков П.А. О некоторых проблемных ситуациях правового регулирования принудительных мер медицинского характера // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право». 2017. № 2. [Электронный ресурс]/ Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-nekotoryh-problemnyh-situatsiyah-pravovogo-regulirovaniya-prinuditelnyh-mer-meditsinskogo-haraktera>, свободный (дата обращения: 24.01.2021) - Загл. с экрана.

13. Конституция Российской Федерации принята на всенародном голосовании 12.12.1993 г. (ред. от 01.07.2020) // Правовой сервер КонсультантПлюс. – М.: 1997–2021. – Режим доступа:

[http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_28399/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/), свободный (Дата обращения: 11.01.2021) - Загл. с экрана.

14. Криминалистика в 5 т. Том 2. Методология криминалистики и криминалистический анализ: учебник для бакалавриата, специалитета и магистратуры / И.В. Александров, В.Я. Колдин, О.А. Крестовников, С.А. Смирнова; под общей редакцией И.В. Александрова; под редакцией В.Я. Колдина. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 167 с.

15. Криминалистика в 5 т. Том 3. Криминалистическая техника: учебник для вузов / И.В. Александров [и др.]; под общей редакцией И.В. Александрова; ответственный редактор Н.Н. Егоров. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 216 с.

16. Криминалистика в 5 т. Том 4. Криминалистическая тактика: учебник для вузов / И.В. Александров [и др.]; под общей редакцией И.В. Александрова; ответственный редактор И.М. Комаров. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 179 с.

17. Криминалистика в 5 т. Том 5. Методика расследования преступлений: учебник для вузов / И.В. Александров [и др.]; под общей редакцией И.В. Александрова. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 242 с.

18. Криминалистика : учебник для вузов / И.В. Александров [и др.]; под редакцией И.В. Александрова. 2-е изд., испр. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 376 с.

19. Криминалистика в 3 ч. Часть 1: учебник для вузов / Л.Я. Драпкин [и др.]; ответственный редактор Л.Я. Драпкин. 2-е изд., испр. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 246 с.

20. Криминалистика в 3 ч. Часть 2 : учебник для вузов / Л.Я. Драпкин [и др.] ; ответственный редактор Л.Я. Драпкин. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 230 с.

21. Назаренко Г.В. Принудительные меры медицинского воздействия: раздел «Меры общественной безопасности» // Lex Russica. 2017. № 8 (129). [Электронный ресурс]/ Режим доступа:

<https://cyberleninka.ru/article/n/prinuditelnye-mery-meditsinskogo-vozdeystviya-razdel-mery-obschestvennoy-bezopasnosti>, свободный (дата обращения: 24.01.2021) - Загл. с экрана.

22. Полубинская С.В. Назначение принудительных мер медицинского характера // Труды Института государства и права РАН. 2016. № 4 (56). [Электронный ресурс]/ Режим доступа:<https://cyberleninka.ru/article/n/naznachenie-prinuditelnyh-mer-meditsinskogo-haraktera>, свободный (дата обращения: 24.01.2021) - Загл. с экрана.

23. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 07.04.2011 № 6 «О практике применения судами принудительных мер медицинского характера» // Российская газета 2011. № 84.

24. Сверчков В.В. Уголовное право: учебник для среднего профессионального образования / В.В. Сверчков. 8-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 702 с.

25. Сверчков В.В. Уголовное право. Общая и Особенная части : учебник для вузов / В.В. Сверчков. 8-е изд., перераб. и доп. Москва т: Издательство Юрайт, 2021. 702 с.

26. Сверчков В.В. Уголовное право. Общая часть: учебное пособие для среднего профессионального образования / В.В. Сверчков. 10-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 251 с.

27. Сверчков В.В. Уголовное право. Общая часть: учебное пособие для вузов / В.В. Сверчков. 10-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 251 с.

28. Сверчков В.В. Уголовное право. Особенная часть: учебное пособие для вузов / В.В. Сверчков. 10-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 280 с.

29. Татьянина Л.Г. Дискуссионные вопросы производства о применении принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях // Вестник Удмуртского университета. Серия «Экономика и право».

2019. № 5. [Электронный ресурс]/ Режим доступа:  
<https://cyberleninka.ru/article/n/diskussionnye-voprosy-proizvodstva-oprimenenii-prinuditelnogo-nablyudeniya-i-lecheniya-u-vracha-psihiatra-v-ambulatornyh-usloviyah>, свободный (дата обращения: 24.01.2021) - Загл. с экрана.

30. Уголовно-процессуальный кодекс РФ от 18 декабря 2001 г. № 174-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 19.12.2020) // Правовой сервер КонсультантПлюс. М. : 1997-2021. – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_34481/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34481/), свободный (Дата обращения: 11.01.2021) - Загл. с экрана.

31. 3. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ (ред. от 08.12.2020) / Правовой сервер КонсультантПлюс. М. : 1997-2021. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>, свободный (Дата обращения: 11.01.2021) - Загл. с экрана.

32. Уголовное право. Общая часть. В 2 т. Том 2 : учебник для вузов / И.А. Подвойкина [и др.]; ответственные редакторы И.А. Подвойкина, Е.В. Серегина, С.И. Улезько. 5-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 280 с.

33. Уголовное право. Общая часть. В 2 т. Том 1: учебник для вузов / И.А. Подвойкина [и др.]; ответственные редакторы И.А. Подвойкина, Е.В. Серегина, С.И. Улезько. 5-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 299 с.

34. Уголовное право в 2 т. Том 1. Общая часть: учебник для вузов / А.В. Наумов [и др.]; ответственные редакторы А.В. Наумов, А.Г. Кибальник. 5-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 410 с.

35. Уголовное право в 2 т. Том 2. Особенная часть: учебник для вузов / А.В. Наумов [и др.]; ответственные редакторы А.В. Наумов, А.Г. Кибальник. 5-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 499 с.

36. Уголовное право зарубежных государств. Общая часть: учебник для вузов / А.В. Наумов [и др.]; под редакцией А.В. Наумова, А.Г. Кибальника. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 285 с.

37. Уголовное право России. Общая часть: учебник для бакалавриата, специалитета и магистратуры / О.С. Капинус [и др.]; под редакцией О.С. Капинус. 2-е изд. Москва: Издательство Юрайт, 2019. 704 с.

38. Уголовное право зарубежных стран в 3 т. Том 2. Общая часть. Франция. Германия. Италия. Япония: учебник для вузов / Н.Е. Крылова, В.Н. Еремин, М.А. Игнатова, А.В. Серебренникова; под редакцией Н. Е. Крыловой. 5-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 263 с.

39. Уголовное право. Особенная часть. В 2 т. Том 1 : учебник для вузов / И.А. Подвойкина [и др.]; ответственные редакторы И.А. Подвойкина, Е.В. Серегина, С.И. Улезько. 5-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 494 с.

40. Уголовное право. Особенная часть: преступления против общественной безопасности и общественного порядка : учебник для вузов / В.М. Алиев [и др.]; под общей редакцией В.И. Гладких, А.К. Есаяна. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 352 с.

41. Уголовное право. Особенная часть. Практикум : учебное пособие для среднего профессионального образования / И.А. Подвойкина [и др.]; под редакцией И.А. Подвойкиной, С.И. Улезько. 2-е изд., испр. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 422 с.

42. Уголовное право. Особенная часть. Практикум : учебное пособие для вузов / И.А. Подвойкина [и др.] ; ответственные редакторы И.А. Подвойкина, С.И. Улезько. 2-е изд., испр. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 422 с.

43. Уголовное право России. Особенная часть в 2 т. Том 1 : учебник для вузов / О.С. Капинус [и др.] ; под редакцией О.С. Капинус. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 556 с.

44. Уголовное право России. Особенная часть в 2 т. Том 2 : учебник для вузов / О.С. Капинус [и др.] ; под редакцией О.С. Капинус. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2021. 639 с.

45. Уголовное право. Особенная часть в 2 т. Том 2: учебник для вузов / И.А. Подвойкина [и др.]; ответственные редакторы И.А. Подвойкина, Е.В. Серегина, С.И. Улезько. 5-е изд., перераб. и доп. Москва : Издательство Юрайт, 2020. 536 с.