

УДК 343.226+371.543

**О.В. БЕКЛЕМІЩЕВ**, Запорізький інститут державного та муніципального управління

## ІСТОРІЯ ВИНИКНЕННЯ ІНСТИТУТУ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ

*Ключові слова:* примусові заходи, медицина, історія виникнення

Дослідження історії виникнення інституту примусових заходів медичного характеру дає змогу, по-перше, порівняти досягнення психіатрії на певних етапах і визначити можливість законодавця обґрунтовано та повно закріпити цей інститут у юридичних нормах, по-друге, прослідкувати, яким чином держава в особі уповноважених осіб реагувала на вчинення суспільно небезпечних та караних діянь психічно хворими і які заходи застосовувалися до таких осіб.

При цьому дещо нові аспекти історії примусових заходів медичного характеру викладено у сучасних розробках Г.В. Трахтерова «Вменяемость и невменяемость в уголовном праве», А.Ф. Кистяковського «Исследование о смертной казни», але новизна нашої статті міститься в позитивності направлення-наголошення на необхідність в уточненні юридичної природи примусових заходів медичного характеру з огляду на історію їх виникнення.

Таким чином, перше в законодавчих актах положення, що встановлюють суспільне піклування хворих, калік і вбогих, з'являються після прийняття на Київській Русі християнства (988 рік). Так, за Статутом князя Володимира про церковні суди було визначено, що «церковному або єпископському суду підлягали, крім злочинів і позовів по справам сімейним, чарівники, чаклуни, готувачі отруї та усі справи, які стосуються людей, що знаходяться в церковному відомстві. До них відносилися усі особи, що підлягають піклуванню – вдови, сироти, кульгаві, сліпі; у це-

рковному підпорядкуванні перебували «странноприимные» (рос.) будинки, лікарні, лікарі» [1]. Вказані особи, що підлягали піклуванню, утримувалися в монастирі для застосування церковних засобів лікування з метою «вигнання бісів». Таким чином, дослідження з історії вітчизняної психіатрії XVI-XVII століття розглядаються як епоха монастирського піклування душевнохворих, котре, однак, охоплювало лише їх невелику частину, у той час як інші перебували серед населення. Законодавчі ж положення, що стосуються душевнохворих у кримінальному процесі, вперше з'являються в Росії та Україні у 1669 році в «Новоуказных статьях о татевных, разбойных и убийственных делах» (ст.108), де міститься вказівка на те, що «Аще бесный убьет, неповинен есть смерти» [2], і говорилося про недопущення залучення душевнохворих у свідки нарівні із глухоними й дітьми («а глухих, немых и бесных и которые в малых летах... в обыск не писать и их не допрашивать»). Наступним кроком законодавця було створення так званих совісних судів і видання законів про губернії, у яких вказувалося, що злочини, вчинені божевільними, підлягають розгляду цих судів. В 1775 році були створені Накази суспільного піклування, яким ставилася в обов'язок турбота про будинки для божевільних; з цього часу припинилася обов'язкова місія монастирів по піклуванню за душевнохворими. Поряд із цим, у 1776 р. Катериною II видається спеціальний указ, яким пропонувалося тримати душевнохворих злочинців у Суздальському монастирі не скованими та поводитися з ними «с можливою по человечеству умеренностью» [3].

На рубежі XVIII та XIX століть починається поступове зближення піклування психічно хворих з іншими аналогічними заходами, що здійснюються медициною. Здійснення над душевнохворими опіки також було передбачено сенатським Указом 1815 року; його підставою служило офіційне визнання хворого божевільним. Такі хворі за своїм правовим положенням прирівнювалися

до малолітніх.

У XIX сторіччі в європейських країнах підсилилася увага законодавців до питань судової психіатрії. У цей період у вітчизняному законодавстві закріплюється формула неосудності, що містила два її критерії – медичний і юридичний, вперше з'явилася в російському законодавстві в «Уложенні про покарання кримінальні та виправні» 1845 року й фактично діяла без скільки-небудь істотних змін протягом усього XIX сторіччя, будучи перенесеною й у редакцію цього Уложення 1885 року. Критерії неосудності цієї формули відрізнялися деякою незавершеністю, а сама формула фактично розподілялася по декількох статтях уложення: безумство від народження (ст.95), божевілья (ст.95), хвороба, що доводить до «умоисступления» або абсолютної безпам'ятності (ст.96), старість або дряхлість (ст.97), лунатизм (ст.97), глухонімота (ст.98) [4]. Істотним недоліком вказаної формули була її роздробленість, що вела в судовій практиці до формалізму. Психологічний (юридичний) критерій неосудності був неоднорідним, відрізнявся невизначеною характеристикою психічних порушень, що виключають осудність. Судово-психіатричні питання в юридичному плані продовжували вирішуватися так званими «Совісними судами», створеними ще при Катерині II. В організаційно-адміністративному плані піклування душевнохворих було покладено на «Наказ суспільного піклування», у підпорядкуванні якого перебували «будинки для божевільних» відповідно до закону, також прийнятого ще в XVIII столітті. Психічно хворі за обвинуваченням у вчиненні найбільш тяжких злочинів продовжували утримуватися в Суздальському Спасо-Єфим'євському монастирі ще в 1835 році, причому багато хто з них протягом декількох десятиліть. На десятиліття могло затягуватися перебування хворих і в будинках для божевільних. У справи душевнохворих, визнаних невідповідальними за вчинені злочини та направлених у будинки божевільних, тривало втручання церкви. Крім

цього, Указом 1827 року було передбачено заборону виписувати хворих, що вчинили вбивство, раніше 5-річного контрольного строку видужання. Цим же Указом пропонувалося, щоб після настання поліпшення священики «в особенности обращались к ним с назидательными поучениями». Однак відсутність належної соціальної та медичної допомоги призводило до того, що дуже багато хворих, залишаючись у населенні, і «шляясь по городам, по селам и проезжим дорогам, угрожают в каждый данный момент личной и общественной безопасности, совершая преступления в состоянии невменяемости» [5]. Психічно хворі, потрапляючи у в'язницю, розглядалися як «бешкетники» і «негідники». У місцях позбавлення волі була відсутня кваліфікована, а тим більше спеціалізована медична допомога.

Після поразки революції 1905 р. посилення репресій супроводжувалося різким обмеженням судово-психіатричної експертизи в земських психіатричних лікарнях і передачею її в державні окружні лікарні, створені спеціально для експертизи й утримання так званих «статейних хворих». У політичних процесах судова влада грубо ігнорувала судово-психіатричну експертизу - явно душевнохворим призначалося тюремне ув'язнення. Умови їх утримання призводили до різкого погіршення психічного стану хворих, до самогубств у в'язницях. Таке положення психічно хворих, призвело до того, що в 1910 р. на III з'їзді вітчизняних психіатрів було заявлено протест проти тримання в кайданах душевнохворих арештантів у психіатричних лікарнях. У резолюції з'їзду були прийняті наступні положення:

- судово-психіатричні відділення, крім посиленого нагляду, нічим не повинні відрізнятися від звичайних психіатричних лікарень;
- наручники й кайдани не можуть допускатися далі порога всякої психіатричної лікарні

Переповнення земських лікарень, труднощі утримання деяких кримінальних контингентів, привели до того, що багато психі-

атрів почали пропонувати створення психіатричних відділень при лікарнях у в'язницях. Першим правовим актом Радянської влади, що безпосередньо відносився до правового положення психічно хворих, була інструкція «Про огляд душевнохворих», видана в червні 1918 р. Народним Комісаріатом юстиції, яка врегулювала взаємодію лікарських комісій з тільки що створеними народними судами і вимагала, зокрема, участі представника народного суду в лікарській комісії [6]. Вказана інструкція стосувалася порядку огляду осіб, що страждають розумовими розладами, для призначення або зняття опіки, й передбачала використання цих висновків народними судами. Видання цієї інструкції було проявом уваги, виявленої державою до правового положення психічно хворих. У свою чергу, реформа тюремної справи передбачала виявлення психічно хворих серед ув'язнених, уже 08.05.1919 р. було затверджено Наркоматами охорони здоров'я і юстиції спеціальне «Положення про психіатричну експертизу», що стосувалося огляду душевнохворих і осіб, підозрюваних у розладі психічних здатностей. Положення передбачало можливість виносити постанови про переведення душевнохворих у психіатричні лікувальні заклади або про їх передачу на поруки, а також про дострокове звільнення засуджених, що виявляють явні ознаки душевної хвороби. Направлення в психіатричну лікарню осіб, що вчинили злочин, у перші роки Радянської влади практикувалося відносно рідко, у зв'язку із чим деяка частина хворих, що називалися тоді кримінальними, утримувалася в тюремних лікарнях, де підлягають негайному видаленню.

У 1924 р. консультативна психіатрична допомога в місцях ув'язнення була організована в Києві. Разом з лікувальною та психо-профілактичною роботою серед ув'язнених, у її функції входило й виявлення осіб, що потребують судово-психіатричної експертизи [7].

В ст.7 Основних началах кримінального законодавства СРСР і союзних республік

1924 р. вже було зазначено, що мова йде саме про хворобливі стани, а юридичний критерій неосудності був доповнений його волювою ознакою – нездатністю «керувати своїми діями». Однак у цій статті ще збереглася роз'єднаність медичного і юридичного критеріїв неосудності, що створювало передумови для необґрунтованої екскульпації психопатів, невротиків, осіб, що перенесли травми черепа без важких наслідків і схильних до істеричних реакцій. Що стосується заходів соціального захисту, передбачених Основними началами, то їх метою у відповідності до ст.4 було: «...а) попередження злочинів; б) позбавлення суспільно-небезпечних елементів можливості вчиняти нові злочини; в) виправно-трудоий вплив на засуджених» [8], із чого можна зробити висновок про те, що лікування не є основною метою заходів медичного характеру, передбачених п. б) ст.5 Основних начал.

Тільки у ст.11 КК РСФСР 1926 р., ст.10 КК УРСР 1927 р. вперше був чітко встановлений зв'язок обох критеріїв неосудності, що вказувало на те, що юридичний (психологічний) критерій служить цілям судово-психіатричної оцінки всіх форм психічних розладів, який характеризує такий ступінь психічних змін, що виключає осудність. В 1935 р. у спеціальній Інструкції НКЗ і НКЮ було розглянуто питання про призначення та припинення примусового лікування. Такі питання чітко відносилися до функції судів за наявності обов'язкової судово-психіатричної експертизи, що передувала рішенням суду. До контингенту осіб, яким може бути призначено цей захід, були віднесені: особи, що вчинили злочин у стані психічного розладу, і такі, що були психічно хворими до моменту розгляду про них справи у суді, що занедужали на психічну хворобу після вчинення злочину, а також такі особи, що захворіли психічною хворобою до моменту розгляду про них справи в суді та під час відбування покарання. Припинення примусового лікування здійснювалося з часу виходу у світ Інструкції, на підставі постанови спеціальної

комісії, утвореної головним лікарем установи, з наступним затвердженням цієї постанови судом. У свою чергу, загальносоюзна регламентація примусового лікування була визначена тільки в 1948 р. Інструкцією «Про порядок застосування примусового лікування та інших заходів медичного характеру відносно психічно хворих, що вчинили злочин». У ній, зокрема, було встановлено диференційоване примусове лікування в загальних психіатричних лікарнях і в лікарнях спеціального типу. Далі ця система була регламентована в законодавчому порядку в Кримінальних кодексах союзних республік.

Таким чином, як вбачається з викладеного, на розвиток інституту примусових заходів медичного характеру (примусового лікування психічно хворих осіб) істотно вплинули погляди соціологічної школи кримінального права, що, на наш погляд, спричинило гальмування їх розвитку як у дореволюційний, так і у перші роки радянської влади.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Морозов Г.В., Лунц Д.Р., Фелинская Н.И. Основные этапы развития отечествен-

ной судебной психиатрии. -М.: «Медицина», 1976.

2. Трахтеров В.С. Вменяемость и невменяемость в уголовном праве (исторический очерк). -Харьков, 1992.

3. Курс уголовного права. Общая часть. -Т.2: Учение о наказании /Под ред. Н.Ф. Кузнецовой, И.М. Тяжковой. -М.: ИКД Зерцало-М, 2002. -344 с.

4. Хохлов Н. Полный свод законов уголовных. Уложение о наказаниях уголовных и исправительных. -М.: Тип. Шпомен и Глушкова, 1867. -С.32-35.

5. Ландау Л.А. Призрение душевнобольных заключенных // Тюремный вестник. - 1902. -№ 3.

6. Лунц Д. Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии. - М.: «Медицина», 1966. -37 с.

7. Морозов Г.В., Лунц Д.Р., Фелинская Н.И. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. -М.: «Медицина», 1976. -152 с.

8. Сборник документов по истории уголовного законодательства СССР и РСФСР: 1917-1952 гг. /Под ред. И.Т. Голякова. -М.: Гос. изд-во юрид. лит., 1953. -200 с.

*Беклемищев О.В. Історія виникнення інституту примусових заходів медичного характеру // Форум права. -2007. -№ 1. -С.19-22 [Електронний ресурс]. -Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2007-1/07bovzmx.pdf>*

Розглянуті питання становлення та розвитку примусових заходів медичного характеру, спираючись на етапи розвитку законодавства та психіатричної науки.

\*\*\*

*Беклемищев О.В. История возникновения института мер принуждения медицинского характера*

Рассмотрены вопросы становления и развития мер принуждения медицинского характера, опираясь на этапы развития законодательства и психиатрической науки.

\*\*\*

*Beklemishchev O.V. History of occurrence for compulsion institute of medical measures*

Questions of becoming and development of measures in compulsion medical character are considered, basing on stages of legislation development and a psychiatric science.