

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ С С С Р

Всесоюзный юридический заочный институт

0-35
На правах рукописи

О В Ч И Н Н И К О В А

Антонина Петровна

ПРИМЕНЕНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ И ОТМЕНА СУДОМ
ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО
ХАРАКТЕРА

/процессуальные вопросы/

Диссертация написана на русском языке

Специальность 12.00.08-
уголовное право и уголов-
ный процесс

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание
ученой степени
кандидата юридических наук

М о с к в а - 1975

ВСЕСОЮЗНЫЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ ЗАОЧНЫЙ ИНСТИТУТ

0-35

На правах рукописи

ОВЧИННИКОВА АНТОНИНА ПЕТРОВНА

2652

ПРИМЕНЕНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ И ОТМЕНА СУДОМ
ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

/процессуальные вопросы/

/диссертация написана на русском языке/

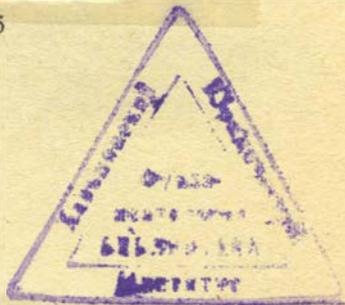
Специальность 12.00.08 – уголовное право
и уголовный процесс

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата юридических наук

код экземпляра 42352



Москва - 1975



Диссертация выполнена на кафедре уголовного процесса
Всесоюзного юридического заочного института

Научные руководители -

доктор юридических наук, профессор ЧЕЛЫЦОВ М.А.
кандидат юридических наук, доцент ТЫРИЧЕВ И.П.

Официальные оппоненты -

доктор юридических наук, профессор БАЖАНОВ М.И.
кандидат юридических наук ГАЛКИН В.М.

Ведущее учреждение: Саратовский юридический институт

Автореферат разослан "15 апреля" 1975 года

Защита диссертации состоится "19 мая" 1975 г. 816 ч.
года на заседании Ученого Совета Всесоюзного юридического за-
очного института /Москва, Старокирочный пер., д.13/.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Челыцов М.А.
доктор юридических наук

Тыричев И.П.

И.П. Козлова

Задачи дальнейшего укрепления законности и правопорядка, всемерной охраны прав личности, поставленные партией, нацеливают уголовно-процессуальную науку на разработку ряда проблем, имеющих важное значение для правильного осуществления правосудия, повышения его эффективности, совершенствования и развития законодательства об уголовном судопроизводстве¹.

Одной из них является проблема принудительных мер медицинского характера, применяемых судом к душевнобольным лицам, совершившим общественно опасные деяния.

Юридическая и судебно-психиатрическая науки уделяли и уделяют внимание проблеме принудительного лечения. Весомый вклад в разработку теоретических и практических основ проблемы внесли П.С.Элькинд, Д.Р.Луниц, Я.М.Калашник, М.И.Рыбальский, А.А.Хомовский, С.Я.Улицкий, В.М.Морковкин, С.Е.Вицин, В.С.Тетерин и др. Однако большинство работ названных авторов относится к концу 50-х и началу 60-х годов и, естественно, не учитывает практики применения законодательства последнего времени. Исключение составляют недавно опубликованные работы А.А.Хомовского и С.Я.Улицкого, которые основаны на обобщении практики последних лет и в этом смысле в известной мере восполняют образовавшийся в науке пробел. Но и в них, как и в любых работах специального назначения, отобран строго определенный круг теоретических и практических проблем. Целый ряд важных вопросов теории и практики принудительного лечения в работах не освещен и продолжает оставаться нерешенным или спорным. Действующее же законодательство и принятые на его основе ведомственные акты недостаточно полно и не во всем последовательно регламентируют отдельные стороны данного института. Это и определило выбор темы диссер-

¹ См. Программа Коммунистической партии Советского Союза. М., 1969, с.106; Материалы XIII съезда КПСС, М., 1971, с.80,81, 204; Постановление ЦК КПСС "О мерах по дальнейшему развитию общественных наук и повышению их роли в коммунистическом строительстве", "Правда", 1967, 22 августа; Постановление ЦК КПСС "О мерах по дальнейшему развитию юридической науки и улучшению юридического образования в стране", "Правда", 1964, 4 августа; Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР "О мерах по дальнейшему улучшению деятельности судебных и прокурорских органов", "Правда", 1970, 1 сентября.

тационной работы.

Настоящая диссертация также не претендует на исчерпывающее исследование института принудительного лечения. В работе рассматриваются лишь основные процессуальные вопросы, возникающие в связи с применением, изменением и отменой судом мер медицинского характера, главным образом те, которые представляют теоретический и практический интерес ввиду своей спорности или недостаточной разработанности.

Диссертация написана на основе изучения трудов классиков марксизма-ленинизма, программных документов КПСС и Советского правительства, юридической и иной специальной литературы, законодательства и ведомственных актов, судебной практики Верховных Судов СССР и РСФСР. В работе широко использованы данные обобщения судебно-следственной и экспертной практики Оренбургской области, статистический и иной архивный материал. Всего изучено 600 уголовных дел, находившихся в производстве судебно-следственных органов Оренбургской области, 100 контрольных карт и 70 историй болезней, хранимых в Оренбургском психиатрическом диспансере, а также соответствующая документация Оренбургской психиатрической экспертной комиссии за период времени с 1960 по 1973 гг. Результаты обобщения приведены в тексте работы, а отчасти поданы в виде специальных таблиц и графиков. Кроме того, использован многолетний опыт личной работы в качестве народного судьи и председателя одного из районных народных судов г. Оренбурга.

Сравнительный анализ действующего законодательства и обобщение практики его применения позволили автору сделать предложения, направленные на совершенствование норм, регламентирующих производство по применению принудительного лечения.

Непосредственной цели исследования подчинена структура работы, которая состоит из введения и четырех глав. Каждая из специальных глав завершается краткими выводами.

В г л а в е п е р в о й выясняется сущность и назначение принудительных мер медицинского характера.

В соответствии с законом принудительное лечение применяется в отношении трех категорий душевнобольных лиц /ст.ст. 58 УК и

403 УПК¹.

Вменяемость – неперенная логическая предпосылка вины умышленной или неосторожной. Где нет вменяемости, там нет и вины, а значит, уголовной ответственности и наказания /ст.3 Основ уголовного законодательства/. Лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния пребывало в состоянии невменяемости, не является субъектом преступления и не несет ответственности. К такому лицу могут быть применены лишь принудительные меры медицинского характера.

В диссертации формулируется понятие невменяемости и раскрывается содержание ее компонентов – медицинского и юридического критериев. Отмечается основная роль юридического критерия как критерия, непосредственно определяющего состояние невменяемости, указывающего на глубину, степень психических изменений и в этом своем содержании являющегося критерием психологическим. Медицинский критерий, перечисляющий те формы психических заболеваний, которые только и могут влечь за собой состояние невменяемости, презюмирует лишь необходимость распознать заболевание, поставить диагноз болезни.

В отличие от невменяемых лица, совершившие преступление в состоянии вменяемости, но заболевшие до вынесения приговора душевной болезнью, лишавшей их возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, не подлежат наказанию, но оно может быть применено к ним после выздоровления. В отношении этих лиц не встает вопроса о невменяемости. Понятие невменяемости соотносится с конкретным общественно опасным деянием, а в данном случае деяние совершено вменяемым лицом. Речь идет не о состоянии невменяемости, а о неспособности лица осознавать и правильно воспринимать ход судопроизводства и осуществлять предоставленные законом права. Медицинский критерий, представленный в ч.2 от. II УК одним признаком – душевная болезнь, объединяет фактически две группы заболеваний: временные расстройства душевной деятельности и прогрессирующие болезни, влекущие необратимые дефекты психики. Соответственно,

¹ Здесь и в дальнейшем имеются в виду УК и УПК РСФСР.

процессуальный закон предусматривает различные последствия, связанные с установлением того или другого вида заболевания /ст.ст.409, 410 УПК/.

Таким же образом выражен медицинский критерий в отношении третьей категории лиц, что указывает на возможность применения принудительного лечения к заключенным, заболевшим как хроническим душевным заболеванием, так и временным расстройством душевной деятельности. Взгляд, согласно которому лица, заболевшие в местах лишения свободы временным психическим расстройством, направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы мест лишения свободы в порядке, установленном Министерством внутренних дел, является ошибочным. Принудительное лечение применяет только суд, а не органы, исполняющие судебные приговоры.

Однако возможность применения принудительного лечения закон связывает еще с одним и притом дефинирующим условием — общественной опасностью лица, определяемой характером совершенного им деяния и его психическим состоянием /ст.ст.58 УК, 403 УПК/. К лицам, которые по объективной тяжести совершенного деяния и по своим психопатологическим особенностям не представляют угрозы для общества, принудительное лечение не применяется /ст.ст. 60 УК, 410 УПК/.

Степень общественной опасности душевнобольного, следовательно, характеризуется объективной стороной совершенного деяния, которая отражает внешние признаки этого деяния, сами действия, наступившие последствия, причинную связь между содеянным и его последствиями. С другой стороны, общественная опасность душевнобольного характеризуется его психическим состоянием. Характер психического заболевания больного, его форма, глубина, стойкость, особенности психического состояния² и поведения в период совершения общественно опасного деяния — ведущий признак, определяющий общественную опасность совершившего это

1 См. "Научно-практический комментарий УПК РСФСР", М., 1970, с.414.

2 См. Я. Калашник. Критерии общественной опасности психически больных. "Социалистическая законность", 1971, № 3, с.15.

деяние. Субъективная сторона при определении степени общественной опасности невменяемого в ее уголовноправовом значении в расчет не принимается. Вместе с тем болезненные мотивы и побуждения, психологические реакции и намерения больного имеют существенное значение для оценки психического состояния больного и степени его опасности для окружающих и обязательно учитываются отнюдь не только в психологическом аспекте.

Что касается лиц, заболевших душевной болезнью после совершения преступления, то для применения к ним принудительного лечения необходимо установить все элементы состава преступления. Отсутствие хотя бы одного из них делает невозможным назначение принудительного лечения, каким бы тяжким не оказалось психическое заболевание. Характер же деяния, совершенного этими лицами, практически не оказывает влияния на назначение принудительного лечения. Речь идет ведь о таком психическом состоянии, в которое субъект впал после учинения преступного акта, вследствие чего его общественная опасность зависит от психического состояния.

Степень общественной опасности предопределяет классификацию душевнобольных и выбор вида принудительного лечения. По степени общественной опасности душевнобольные подразделяются на лиц, не представляющих большой общественной опасности /ч.1 ст.59 УК/, и лиц, представляющих особую опасность для общества /ч.2 ст.59 УК/. Особая общественная опасность больного может проявиться как в повышенной общественной опасности совершенных им действий, так и в реальной возможности совершения такого рода действий¹.

Итак, для применения принудительного лечения необходимо одновременное наличие трех условий, предусмотренных ст.ст.58 УК и 403 УПК, единство которых составляет понятие оснований, Этим понятием охватывается совокупность достоверно установленных данных, свидетельствующих о совершении общественно опасного деяния лицом в состоянии невменяемости или заболевшем в дальнейшем душевной болезнью, лишающей его возможности пони-

¹ См. С.Я.Улицкий. Проблемы принудительных мер медицинского характера. Владивосток, 1973, с.7.

мать значение своих действий или руководить ими, и указывающих на общественную опасность такого лица, вызванную психическим состоянием здоровья и характером указанного деяния.

Принудительное лечение представляет собой вид государственного принуждения. Содержание, цели и особенности этого вида государственного принуждения раскрываются в диссертации в сравнении с уголовным наказанием и другими, известными советскому законодательству принудительными мерами медицинского характера.

С полным основанием принудительное лечение можно характеризовать как особую меру социальной защиты от общественно опасных действий душевнобольных, представляющих по своему психическому состоянию и характеру совершенного деяния угрозу для окружающих, применяемую в целях /1/ ограждения общества от совершения душевнобольным повторных общественно опасных действий, /2/ безопасности душевнобольных от собственных действий, /3/ излечения их от психических заболеваний и приспособления к условиям общественной жизни. В диссертации прослеживается взаимосвязь и взаимообусловленность названных целей и вносятся предложения отразить их во всей полноте в законодательстве.

Отмеченная связь и взаимообусловленность целей не исключает, по мнению диссертантки, признания того, что основной, определяющей целью назначения принудительного лечения является цель юридическая, уголовноправовая - ограждение общества от новых общественно опасных действий душевнобольного.

Государство озабочено прежде всего тем, чтобы обезопасить общество, окружающих от повторных общественно опасных действий душевнобольного, предотвратить возможный ущерб обществу от таких действий. В этом смысле назначение принудительного лечения следует рассматривать в первую очередь как ответную реакцию государства на совершенные душевнобольным общественно опасные действия, проявляемую во властных действиях его специальных органов по ограничению личной свободы душевнобольного, надежной изоляции его от окружающих. Именно поэтому государство относит к исключительной компетенции суда право применения, отмены и изменения принудительного лечения. При этом

указанное право суда реализуется не иначе как в пределах и в порядке, установленных уголовным и уголовно-процессуальным законом и только в отношении душевнобольных, совершивших общественно опасные действия, предусмотренные уголовным законом. Душевнобольные, не совершившие общественно опасных действий, но по своему болезненному состоянию представляющие опасность для общества, не вовлекаются в орбиту уголовного судопроизводства, их действия не составляют предмета уголовноправового регулирования. Забота о здоровье, лечении и обезвреживании таких лиц возложена на органы здравоохранения.

Во всем этом нельзя не видеть того, что принудительное лечение есть особая мера уголовноправового принуждения. В отличие от распространенного в литературе мнения диссертантка считает, что нормы уголовного права, регулирующие применение принудительного лечения, снабжены санкцией, и обосновывает это свое утверждение.

Уголовноправовая окраска принудительного лечения проступает также в тех отношениях и правовых связях, которые возникают, складываются, существуют в связи с совершением невменяемым общественно опасного деяния. В главе под специальным углом зрения исследуются вопросы, касающиеся характера, структуры, особенностей правовых связей и отношений — материальных и процессуальных, выясняется роль в этих отношениях такого подвижного, но объективного фактора, как изменение психического состояния больного после совершения им деяния.

С привлечением соответствующего материала в работе подробно рассматриваются формы принудительного лечения. Одновременно высказывается мнение, что предусмотренная некоторыми УК третья форма принудительного лечения — передача лица на попечение родственников и опекунов при обязательном врачебном наблюдении — принудительным лечением в действительности не является.

Выяснение природы принудительного лечения привело к выводу, что производство по применению этого лечения есть производство по уголовному делу, уголовный процесс, а разбирательство судом

дела - судебная деятельность по осуществлению правосудия. Порядок указанного производства определяется общими правилами судопроизводства и является составной частью единого уголовного процесса /ч.3 ст.403 УПК/. Предусмотренные главой 33 УПК особенности не устраняют, а дополняют общие правила судопроизводства, служат дополнительной гарантией установления истины, прав и законных интересов душевнобольных лиц¹.

Суд, рассматривающий в судебном заседании уголовное дело об общественно опасных действиях душевнобольных и применяющий к ним предусмотренные уголовным законом меры государственного принуждения в указанных выше целях, действующий в коллегиальном составе, в процессуальном порядке, основанном на общих принципах уголовного процесса, с обязательным участием прокурора и защитника, выносящий свое решение в совещательной комнате с охраной тайны ее, осуществляет функцию правосудия, а принимаемые им решения являются актами его.

Сказанное позволяет формулировать принудительные меры медицинского характера как основанные на уголовном законе особого рода меры государственного принуждения, применяемые судом в определенном процессуальном порядке к лицам, совершившим общественно опасное деяние в состоянии чужденности или после совершения преступления заболевшим душевной болезнью, лишающей их возможности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими, и представляющим общественную опасность, вызванную психическим состоянием здоровья и характером этого деяния, состоящие в помещении душевнобольного в психиатрическую больницу общего или специального типа в целях ограждения общества от совершения им повторных общественно опасных действий, охраны безопасности личности больного от собственных действий и приобщения к условиям общественной жизни.

В главе второй "Подготовительные действия и судебному разбирательству" отмечается, что указанные действия в производстве по применению принудительных мер медицинского характера занимают место, аналогичное тому, какое занимает

¹ См. М.С.Строгович, Курс советского уголовного процесса, т. I, М., 1968, с.63.

предание суду в общей системе уголовного судопроизводства, и обладают всеми признаками, свойственными стадии уголовного процесса. Эти действия образуют судебную-контрольную стадию процесса, в которой судья или суд в распорядительном заседании выясняют, собраны ли по делу достаточные фактические данные и имеются ли юридические основания для разрешения в судебном заседании вопроса о применении к лицу, совершившему общественно опасное деяние, принудительных мер медицинского характера.

Автор определяет пределы оценки доказательств в этой стадии, намечает круг разрешаемых в ней вопросов и устанавливает критерий для внесения дела в судебное заседание. Для назначения дела к олучанию необходимо и достаточно, если совокупность собранных доказательств, при подтверждении их в суде, позволит суду считать установленными основания для применения к душевнобольному принудительного лечения.

Согласно ст. 407 УПК РСФСР распорядительное заседание суда созывается при наличии оснований к прекращению дела или же при необходимости возвращения дела к рассмотрению, а по УПК Казахской, Киргизской и Грузинской ССР только в последнем случае. Между тем созыв распорядительного заседания, как показывает практика, нередко обуславливается необходимостью отмены избранной в отношении невменяемого меры пресечения, исключения из постановления следователя отдельных эпизодов общественно опасного деяния, применения к действиям душевнобольного более мягкого закона, т. е. необходимостью устранения ошибки без направления дела на рассмотрение. В этом отношении представляется правильной позиция ст. 419 УПК УССР, которая, передавая общую идею ст. 36 Основ, созыв распорядительного заседания связывает с неогласием судьи о постановлении следователя. Законность и обоснованность итогового документа предполагает законность и обоснованность всей предшествующей ему деятельности. При таких условиях любой неправильно решенный на предварительном следствии вопрос может означать незаконность и необоснованность итогового документа.

Диссертантка считает отвечающим общему смыслу п. 12 ст. 34

УПК такой порядок, когда дело вносится в распорядительное заседание на основе мотивированного постановления судьи. Любая другая форма внесения дела в распорядительное заседание не обеспечит активного участия в нем народных заседателей и усложняет задачу прокурора.

В диссертации рассматривается дискуссионный вопрос о круге участников стадии. Анализ ст.ст. 21, 22, 23 Основ, ст.ст. 407, 223 и 225 УПК позволяет утверждать, что судья и суд в распорядительном заседании могут по своему усмотрению вызвать защитника и законного представителя душевнобольного и выслушать их объяснения в связи с заявленными ходатайствами; судья и суд вправе также вызвать и выслушать объяснения как самого душевнобольного, если его состояние здоровья позволило ему возбудить ходатайство и не препятствует непосредственно поддерживать его, так и остальных лиц, заявивших ходатайства на основании предоставленного законом им права. Других оснований для участия названных лиц в данной стадии законом не предусмотрено. Ряд УПК союзных республик право такого вызова оставляют либо за судьей, либо за распорядительным заседанием суда.

Поскольку душевнобольные, психическое состояние которых не препятствует осуществлению процессуальных прав, и законные представители почти не возбуждают ходатайств из-за незнания своих прав, следовало бы в директивном порядке указать, что применительно к ст. 58 УПК прокурор по окончании расследования дела обязан разъяснить этим лицам предоставленное им ст. 223 УПК право направить в суд имеющиеся ходатайства и просить, чтобы эти ходатайства были рассмотрены с их участием, а судья — своевременно известить заявителя о том, кем, когда и в каком порядке будет рассмотрено и разрешено поступившее ходатайство. С этим согласовалась бы норма права о вручении душевнобольному, или его законному представителю, или близкому родственнику копии постановления следователя о направлении дела в суд. В этом случае заявитель имел бы возможность в своем ходатайстве учесть изложенные в постановлении выводы и предложения.

Согласно данным судебной практики адвокаты-защитники тоже редко заявляют ходатайства. Одной из причин является то, что

в предварительном следствии и в судебном разбирательстве часто участвуют разные адвокаты. Адвокаты, участвовавшие при рассмотрении дела и не заключившие соглашения с родственниками душевнобольного на ведение дела в судебном разбирательстве, воздерживаются от подачи ходатайств, считая свои обязанности по защите исчерпанными. Диссертантка осуждает такую практику, полагая, что по общему смыслу закона право возбудить ходатайство принадлежит тому адвокату, который участвовал в предварительном следствии, и на нем лежит прямая обязанность возбудить перед судом ходатайство, если того требуют обстоятельства дела.

Эти, как и другие изложенные в диссертации соображения, лишь отчасти решают проблему действительной охраны прав и законных интересов душевнобольных лиц. Тщательный анализ деятельности судьи и суда в рассматриваемой стадии, учет специфики дел об общественно опасных действиях душевнобольных лиц и их личностных качеств позволили диссертантке высказаться за учреждение такого порядка, при котором все дела данной категории рассматривались бы в распорядительном заседании суда с обязательным участием прокурора и защитника, душевнобольного, если этому не препятствует характер его заболевания, а в необходимых случаях и с участием законного представителя.

В этой же главе рассматривается комплекс практических вопросов, разрешение которых в распорядительном заседании встречает у судей определенные трудности. Основные выводы по ним сводятся к следующему.

- В той мере, в какой ст.405 УПК связывает вступление защитника в дело с момента установления душевного заболевания лица, а не с момента установления состояния невменяемости, которые во времени не всегда совпадают, суд, проверяя выполнение следователем предписаний закона о допуске защитника к участию в предварительном следствии, должен исходить из того, что факт психического заболевания лица может быть, при определенных условиях, удостоверен не только заключением эксперта, но и другими официальными медицинскими документами, примерный перечень которых назван в диссертации. Иное толкование ст.405 УПК может в ряде случаев повлечь за собой неоправданно запоздалое вступ-

ление защитника в дело, поскольку в соответствии с ч.3 ст.404 УПК экспертиза проводится лишь при наличии достаточных доказательств, указывающих, что именно данное лицо совершило общественно опасное деяние, и ею в 90% случаев завершается цикл всех следственных действий.

— Суд, не нарушая права душевнобольного на защиту, не вправе без обращения дела к рассмотрению пополнить фактический состав общественно опасного деяния, указанный в постановлении следователя, как не вправе заменить примененный следователем уголовный закон более тяжким.

— Распорядительное заседание суда не полномочно вернуть дело прокурору по мотивам, что следствие не было приостановлено в отношении лица, заболевшего после привлечения в качестве обвиняемого временной душевной болезнью и нуждающегося в принудительном лечении. Ст.ст.195 и 188 УПК такого права следователю не предоставляют, а § 31 инструкции "О порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных лиц, совершивших общественно опасные действия" расходится с прямым и ясным смыслом закона.

В главе рассматриваются и многие другие вопросы, связанные с проведением подготовительных действий к судебному разбирательству.

В главе третьей, посвященной судебному разбирательству, автор исходит из того, что судебное рассмотрение дел о душевнобольных лицах, сохраняя свою специфику, строится на общих основах судебного разбирательства всех уголовных дел /ст.408 УПК/. Оно основано на строжайшем соблюдении законности, выражающих ее принципов уголовного процесса и вытекающих из них специфических правил /общих условий/, закрепленных в ст.ст.241, 242, 243, 248, 249 и др. УПК.

В диссертации прослеживаются не все принципы, а главным образом те, применение которых отличается своеобразием или же особенно тесно связано с рассматриваемым производством.

Принцип всесторонности, полноты и объективности проявляет себя прежде всего в обязанности суда выяснить все обстоятельства, входящие в предмет доказывания. Особенности, присущие предмету дока-

звания по этим делам, проистекают из психических свойств личности и не оказывают влияния на цель и пределы доказывания. Установление истины по делам душевнобольных столь же необходимо, сколь необходимо достижение истины для постановления приговора. С точки зрения данного принципа недопустимо перемещать центр тяжести с выяснения самого факта совершения общественно опасного деяния на исследование психического состояния душевнобольного. Ошибка в выводе о том, имело ли место общественно опасное деяние и совершено ли оно душевнобольным, как правило, порождает и ошибку в выводе о применении принудительного лечения.

Значение принципа непосредственности определяется требованием, обязывающим суд черпать доказательства по возможности из первоисточника и принимать по делу решения на основе доказательств, бывших предметом судебного рассмотрения. В этом своем содержании принцип непосредственности воспрещает суду исходить из того, что факт совершения общественно опасного деяния органами предварительного следствия уже установлен и суду остается только решить, какую меру медицинского характера надлежит применить к душевнобольному. Непосредственность предполагает, чтобы суд сам тщательно проверил все материалы дела, заново исследовал все доказательства.

С этой точки зрения правильно поступают те УПК, которые считают обязательным участие эксперта-психиатра в судебном заседании.

Диссертантка не разделяет мнения тех, кто полагает, что УПК РСФСР, БССР и Азербайджанской ССР не предусматривают обязательного участия эксперта в судебном заседании. Указание ст.407 УПК РСФСР на обязанность судьи вызвать в судебное заседание эксперта в случаях необходимости противоречит ст.408 того же УПК, предлагающей суду выслушать ранее данное экспертом заключение. Выслушать же ранее данное экспертом заключение можно только при его участии в судебном заседании. При таком положении применению подлежит ст.408 УПК как специальная статья закона, соответствующая к тому же нормам права, выражающим принцип непосредственности. Учитывая, однако, низкий процент участия экспертов в судебном заседании / 12% /, в работе предлагается соответствующим образом изменить редакцию ст.407 УПК.

Сформулированный в ст. 38 Основ принцип равенства прав участников судебного разбирательства сохраняет общую направленность и при рассмотрении дел по применению мер медицинского характера. Этот принцип обеспечивает всем участникам судебного разбирательства равную возможность отстаивать свои взгляды по вопросам, разрешаемым судом.

В связи с действием указанного принципа в главе рассматривается процессуальное положение прокурора, защитника, законного представителя и, конечно, душевнобольного.

Диссертантка не оправдывает редакцию ст. 407 УПК РСФСР и аналогичных ей статей УПК других союзных республик. Вызов душевнобольного в судебное заседание должен быть обязателен там, где этому не препятствует состояние здоровья больного. Сама по себе неспособность лица давать показания и участвовать в исследовании доказательств еще не предвещает отрицательного решения вопроса. Присутствие душевнобольного в суде может иметь значение для непосредственного исследования психического состояния, определения степени его опасности для общества, а в конечном счете для правильного решения вопроса о применении принудительного лечения.

Основанием для решения вопроса о возможности участия душевнобольного в судебном заседании должно быть письменное удостоверение лечащего или наблюдающего врача, являющееся в смысле ст. 69 УПК документом по делу. Им может быть и заключение эксперта, данное на предварительном следствии, если в нем сделан вывод по этому поводу и если, по мнению экспертов, состояние больного не подвержено изменению более или менее длительный период времени.

С позиции общего определения понятий "участник процесса" и "участник судебного разбирательства" диссертантка делает вывод, что душевнобольной является и тем, и другим.

То обстоятельство, что психически больные часто не понимают значения судебной процедуры, своих действий и редко призываются к рассмотрению дел /в среднем по 6 делам из 100/, а если и призываются, то далеко не в полной мере используют свои права, положения вещей не меняет. Бывает и так, когда характер душевного заболевания не препятствует реализации прав или, по крайней мере, существенно не влияет на их осуществление.

Для обрисовки процессуального положения существенна не фактическая возможность реализации субъектом своих прав, а юридическая основа его участия в процессе, общая направленность деятельности. Если субъект объективно не способен сам осуществить свои права и защитить свой интерес, права и интересы его защищает специально уполномоченное на то лицо - защитник. Стать на иную точку зрения - значит признать, что душевнобольной, способный себя защищать, является участником процесса и судебного разбирательства, а душевнобольной, лишенный такой возможности, ни тем, ни другим не является.

Отсюда следует, что душевнобольной в судебном заседании обладает правами, предусмотренными ст. 38 Основ и конкретизирующими ее ст. ст. 246, 272, 276, 277, 280, 283, 296 и некоторыми другими ст. ст. УПК. Для большей определенности и практического удобства следовало бы принять сделанное в литературе предложение, указав в законе, что душевнобольной в судебном заседании пользуется правами подсудимого /С.Я.Улицкий, А.А.Хомовский/.

Диссертантка останавливается также на пределах осуществления в судебном заседании принципа гласности и на вопросах, связанных с участием народных заседателей в рассмотрении данной категории дел.

В главе подробно исследуется содержание каждой части судебного разбирательства.

Автор не принимает рекомендаций об упрощении некоторых форм проведения подготовительной части судебного заседания и высказывается за полное и безусловное выполнение всех норм главы 22 УПК, включая нормы, обязывающие председательствующего объявить состав суда, разъяснить душевнобольному право заявить отводы и предоставить ему и законному представителю возможность изложить свои соображения по заявленным другими участниками судебного разбирательства ходатайствам.

Хотя ст. 274 УПК не говорит о разъяснении прав законному представителю, подобная обязанность председательствующего вытекает из ст. 58 УПК. Полное разъяснение прав законному представителю особенно важно потому, что он представляет интересы такого лица, которое ограничено в возможности защиты своих интересов или вовсе лишено ее.



2652

Если внесенное нами предложение о вручении душевнобольному копии постановления следователя о направлении дела в суд /законному представителю или близким родственникам/ получит поддержку и признание, то, очевидно, при выполнении судом требований ст.271 УПК должен быть проверен факт своевременности вручения этой копии, а в установленных законом случаях и копии определения распорядительного заседания суда со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Исследование доказательств на судебном следствии, по мнению диссертантки, не может быть начато с оглашения заключения эксперта, данного на предварительном следствии. Эксперт должен представлять заключение не ранее того, как будут выяснены обстоятельства, относящиеся к предмету экспертизы /ст.288 УПК/. Порядок этот основан на принципах устности и непосредственности и от него нельзя отойти.

Поскольку судебнопсихиатрическая экспертиза призвана исследовать психическое состояние лица, выслушивание объяснений душевнобольного должно предшествовать даче экспертом заключения. Допрос же законных представителей и потерпевших следует производить до допроса свидетелей, чтобы гарантировать им права как участникам процесса.

Диссертантка присоединяется к мнению, что допрос душевнобольных, способных сообщать сведения о фактах, содействует уяснению имевших место обстоятельств /П.С.Зилькинд/, но в то же время не находит возможным говорить о показаниях душевнобольных как об источниках доказательств, так как они не являются равновидностью показаний подсудимого, а к другим источникам доказательств их отнести нельзя.

Касаясь допроса врача как свидетеля по обстоятельствам, составляющим врачебную тайну, диссертантка отстаивает право суда производить такой допрос без каких-либо ограничений.

Значительное место отведено в главе вопросам, связанным с производством судебнопсихиатрической экспертизы в суде. Среди них особенно подробно исследуется имеющий принципиальное значение для практики вопрос о компетенции эксперта-психиатра.

С точки зрения диссертантки эксперт при исследовании психи-

ки испытуемого применяет не один медицинский критерий. Одна лишь констатация болезни лишила бы суд возможности проанализировать значение имеющихся психических аномалий, соотносить их с совершенными действиями, так как юридические представления сами по себе не объясняют влияния паталогических изменений психики на состояние рассудка и воли субъекта, проявляемых в этих действиях. Определив душевную болезнь, врач должен высказать свое мнение о том влиянии, которое она оказала на сознание и волю лица, совершившего общественно опасное действие, или - что то же - показать, как душевная болезнь проявилась во вне, в поведении и действиях этого лица.

Взгляд эксперта-психиатра на душевную болезнь в уголовном деле не может быть однозначным взгляду психиатра-клинициста на ту же болезнь в обычной обстановке. В судебной практике сплошь и рядом приходится сталкиваться с таким положением, когда испытуемый в общепсихиатрическом смысле признается душевнобольным, а в судебнопсихиатрическом здоровым /по отдельным видам заблуждений свыше 50%/.

Законодательная формула "суд выслушивает заключение эксперта о психическом состоянии испытуемого" не ограничивает компетенцию эксперта рамками диагноза заболевания. Ст.408 УПК требует от эксперта не заключения о болезни /диагноз подразумевается само собой/, а заключения о психическом состоянии полэкспертного в момент совершения им общественно опасного деяния или после его совершения. Вопрос же о том, находилось ли лицо в состоянии невменяемости, ст.11 УК сводит к вопросу, могло ли оно отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. Ст.409 УПК и передает это положение ст.11 УК, предлагая эксперту сказать: оказала ли влияние душевная болезнь на состояние рассудка и воля испытуемого, а если да, то как расстройство рассудка и воли проявилось в этом деянии. Постановка перед экспертом такого вопроса правомерна, естественна и необходима.

Невменяемость-вменяемость является элементом предмета доказывания, фактическим обстоятельством, подлежащим установлению по уголовному делу /п.п.3 и 4 ст.409 УПК/. Оно доказывается всеми доступными средствами доказывания, в том числе заключением эксперта. Прав И.Л.Петрухин, что невменяемость как уголовно-пра-



вовое понятие и как обстоятельство, устанавливаемое экспертом, по своему фактическому содержанию совпадают¹. Суд и эксперт решают по существу один и тот же вопрос, но подходит к нему с разных точек зрения и делают разные выводы. Для эксперта вменяемость не больше, чем такое психическое состояние, которое не лишает субъекта возможности осознавать свое поведение и руководить им. Для суда вменяемость суть такое состояние, которое позволяет субъекту вменить в вину содеянное, поставить его в положение виновноответственного. Вряд ли поэтому можно сомневаться в правомерности постановки перед экспертом вопроса о вменяемости-невменяемости в том конкретном содержании и выражении, о котором было сказано, и оспаривать магистральное направление судебной практики - "заключение судебнопсихиатрической экспертизы, не содержащее ответа на вопрос о вменяемости, не может быть признано доказательством по делу"².

После окончания судебного следствия суд выслушивает заключение прокурора и мнение защитника по вопросам, разрешаемым определением. В работе раскрывается содержание выступлений прокурора и защитника, определяется порядок их выступлений по групповым делам, по которым, наряду с вменяемыми, фигурируют невменяемые лица, делается вывод о праве душевнобольного произнести слово после выступлений прокурора и защитника.

Глава завершается объемным параграфом об определениях, выносимых судом по делу. В нем дается подробная характеристика основных видов определений, разъясняются условия для их вынесения, проводится разграничение определений с точки зрения правовых последствий, выявляются и группируются наиболее типичные ошибки, встречающиеся в судебной практике, определяется судьба заявленного по делу гражданского иска, решается вопрос о частных определениях суда.

Сопоставление ст.ст. II и 58 УК, 403, 409 и 410 УПК показало правильность практики тех судов, которые находят возможным применить принудительное лечение к лицам, заболевшим после соверше-

¹ См. И. Л. Петрухин. Экспертиза как средство доказывания в советском уголовном процессе. М., 1964, с. 131.

² "Бюллетень Верховного Суда СССР", 1961, № 4, с. 20.

ния преступления временным расстройством душевной деятельности и нуждающимся в нем.

Указывая на необходимость строго следовать предписаниям ст. 410 УПК об условиях вынесения определений об освобождении от уголовной ответственности и от наказания с применением принудительного лечения, диссертантка вместе с тем усматривает несоответствие ст. 410 УПК материальной природе данных институтов и предлагает внести уточнение в редакцию этой статьи. Общественно опасное деяние, совершенное неизменяемым, обуславливает не освобождение от уголовной ответственности /таковой он не подлежит/, а прекращение уголовного дела по п.2 ст.5 УПК. Хроническая же душевная болезнь лица, наступившая после совершения преступления, также требует прекращения дела, но с применением ч.2 ст.11 УК.

Диссертантка высказывается за предоставление душевнобольному и законному представителю права обжалования определений, вынесенных судом в порядке ст.410 УПК, которым они, вопреки мнению ряда процессуалистов, в настоящее время не пользуются.

В г л а в е ч е т в е р т о й исследуются вопросы, связанные с рассмотрением судом оснований к отмене или изменению мер медицинского характера.

Необходимость в дальнейшем применении принудительного лечения отпадает там, где цели применяемых мер достигнуты: лицо выздоровело или наступило такое изменение состояния здоровья, при котором оно перестало представлять угрозу для общества и самого себя¹.

Что душевнобольной может не представлять опасность для общества, но быть опасным для самого себя, следует и из общего смысла ч.2 ст.60 УК и ч.2 ст.56 Закона РСФСР о здравоохранении. В той мере, в какой ч.2 ст.60 УК говорит "об изменении характера заболевания, при котором отпадает необходимость применения назначенных судом мер, а не об изменении психического состояния душевнобольного"², ч.2 ст.56 Закона о здравоохранении предусматривает возможность и необходимость принудительной госпитализации душевнобольного, представляющего опасность для самого себя. Лишь

¹ См. С.Я.Улицкий, назв. работа, с.8.

² См. п.23 Инструкции. "Ежылеть Верховного Суда СССР", 1967, № 4, с.38.

при одновременном наличии обоих условий отпадает необходимость в дальнейшем сохранении принудительного лечения и возникают основания для отмены ранее принятой меры медицинского характера. По данным проведенного обобщения в принудительном лечении нуждаются 83% больных, признанных невменяемыми.

Изложенные в ст. 412 УПК основания для отмены принудительного лечения являются исчерпывающими и расширительному толкованию не подлежат. Суд не вправе при наличии оснований отказать в отмене принудительной меры медицинского характера, ссылаясь на обстоятельства, не предусмотренные законом, как не вправе наряду с отменой принудительной меры перевести лицо из психиатрической больницы общего типа в психиатрическую больницу по месту жительства, исходя из того, что психическое состояние лица не позволяет находиться дома.

Прекращение принудительного лечения в отношении выздоровевшего лица, совершившего преступление во вменяемом состоянии, но заболевшего затем душевной болезнью, сопровождается возобновлением производства по делу, если отсутствуют основания к прекращению дела. В диссертации рассматривается несколько различных процессуальных ситуаций, возникающих при этом.

В том случае, когда отмена принудительного лечения предполагает производство предварительного расследования, суд, по мнению диссертантки, сам должен возобновить производство по делу, не ограничиваясь отменой принудительной меры.

Ст. ст. 412 и 413 УПК не говорят об отмене и изменении принудительного лечения в отношении лиц, заболевших временной душевной болезнью, но, поскольку принудительное лечение к ним применимо, общие правила распространяются и на них.

Особое место занимает тот случай, когда лицо, признанное невменяемым в момент совершения общественно опасного действия, позднее, в процессе исполнения определения, новым внутрибольничным медицинским исследованием признается по отношению к этому деянию вменяемым. Судебная практика иногда придает выводам такого исследования силу заключения повторной экспертизы и рассматривает эти выводы в качестве оснований для отмены по вновь открывшимся обстоятельствам вынесенного судом определения. Однако составленный такой комиссией акт не является заключением экспертизы в процес-

суальном смысле слова, так как он получен по инициативе медицинского учреждения и не в процессуальном порядке. Ошибочное же заключение первоначальной экспертизы, не будучи заведомо ложным, не имеет значения вновь открывшегося обстоятельства даже тогда, когда ошибка в экспертных выводах обнаружена процессуальным путем. Единственно правильный путь отмены необоснованного определения суда — это порядок судебного надзора.

При изменении формы принудительного лечения важно учитывать, что повышение общественной опасности душевнобольного не всегда является следствием ухудшения состояния здоровья, а улучшение состояния здоровья не всегда понижает социальную опасность душевнобольного. В одних случаях ухудшение психического состояния, обусловленное негативным развитием болезни, ослабляет патологическую активность больного, а порой полностью парализует ее и делает больного менее опасным или вовсе безопасным для общества и самого себя. В других случаях с развитием болезни приобретенные душевнобольным до или после психического заболевания криминальные навыки не сглаживаются и упорно держатся. Бывает и так, что при повороте болезни в сторону улучшения криминальные навыки, на время затухшие, вспыхивают с новой силой и обнаруживают себя в действиях душевнобольного. Эти и другие факторы, влияющие на степень общественной опасности больного, должны быть учитываемы при решении вопроса об изменении формы принудительного лечения.

Обращаясь к рассмотрению поводов к отмене и изменению принудительного лечения, автор акцентирует внимание на необходимости унифицировать законодательство в определении круга субъектов, полномочных ходатайствовать об отмене и изменении медицинских мер, и предлагает в перечень субъектов включить, в частности, лицо, о котором ставится вопрос, законных представителей и представителей наблюдательных комиссий исполкомов.

Исходя из того значения, какое имеет заключение врачебной комиссии для возбуждения администрацией медицинского учреждения вопроса об отмене и изменении мер медицинского характера и для правильного разрешения дела судом, диссертантка указывает, что оно должно содержать в себе развернутое сопоставление физическо-

го, неврологического, психического состояния лица как в момент поступления его в больницу, так и в момент освидетельствования. Невыполнение данных требований нередко порождает преждевременную отмену принудительного лечения, что, в свою очередь, влечет за собой многократное помещение одних и тех же больных в психиатрические больницы.

Снятие принудительного лечения с лиц, принадлежащих к особо опасным группам психически больных, требует принятия чрезвычайных мер предосторожности как в отношении полноты и законченности курса принимаемых лечебных мероприятий, так и социальной адаптации, исключающих возможность рецидива и обострения болезни. В этой связи заслуживает внимания высказанное в литературе предложение о том, чтобы изменение вида психиатрической больницы — со специального на общий — допускалось лишь при наличии у больного постоянного места жительства, семьи, жилья и прописки. При отсутствии названных условий таких больных необходимо помещать в психиатрические больницы колониального типа с широким вовлечением в лечебно-трудовой процесс.

Следует также поддержать предложение о том, чтобы принудительное лечение с больных, находящихся в специальных психиатрических больницах, снималось не сразу, а сначала изменялось по форме.

Переходя к процессуальному порядку рассмотрения в суде дел об отмене и изменении мер медицинского характера, диссертантка отмечает, что содержащиеся в ч.1 и ч.5 ст.369 УПК правила не отражают всех особенностей этого производства и оставляют вне правового регулирования немало вопросов, возникающих в судебной практике. С ее точки зрения судебное рассмотрение оснований к отмене и изменению мер медицинского характера должно опираться на нормы главы 33 УПК, которые бы с достаточной полнотой регулировали процедуру разбирательства и заключали в себе все необходимые гарантии законности и обоснованности принимаемых судом решений по отмене и изменению указанных мер. Во всех УПК союзных республик следовало бы предусмотреть обязательность проведения судьей подготовительных действий к судебному разбирательству, а последнее проводить с обязательным участием защитника и лица, подвергнутого принудительному лечению, если этому не препятствует характер его заболевания.

Обязательным, кроме того, должно быть участие в судебном заседании члена врачебной комиссии, давшего заключение о психическом состоянии душевнобольного, и районного психиатра или заменяющего его лица, под контроль которого может быть передан больной. Их участие во многих случаях предотвратит случаи преждевременной отмены принудительного лечения. Эксперт-психиатр /член врачебной комиссии/ окажет несомненную помощь суду в разрешении дела, представив обоснование судебно-психиатрического акта о снятии принудительного лечения с вытекающим из него прогнозом болезненного процесса и соответствующими рекомендациями. Районный психиатр, в свою очередь, заинтересован в том, чтобы под его контролем находилось только такое лицо, которое не представляет общественной опасности.

Четкое отражение должно найти в законе право близких родственников и законных представителей душевнобольного, потерпевшего и представителей наблюдательных комиссий участвовать в судебном заседании.

В главе исследуются особенности рассмотрения судом оснований к отмене и изменению принудительного лечения, определяется круг вопросов, подлежащих разрешению в определении суда, сопоставляются нормы УПК об обжаловании принимаемых судом решений. Диссертантка не видит оснований для сохранения в УПК различий относительно обжалования определений суда и предлагает установить общую норму, наделяющую правом на обжалование определений защитника, лицо, о котором решается вопрос, его близких родственников, законных представителей и иных заинтересованных лиц, потерпевшего /его представителя/ и представителя наблюдательной комиссии.

Рассмотрение процессуальных вопросов переплетается с исследованием вопросов предупреждения повторных общественно опасных действий со стороны душевнобольных лиц.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ ОПУБЛИКОВАНЫ В СЛЕДУЮЩИХ РАБОТАХ АВТОРА:

1. Некоторые процессуальные вопросы применения принудительных мер медицинского характера. Сб. "Труды Всесоюзного юридического заочного института", вып. XXII, часть II. М., 1972.

2. О порядке рассмотрения судом оснований отмены или изменения принудительных мер медицинского характера. Сб. "Законность, правопорядок и правовая культура". Материалы 3-й межвузовской научно-теоретической конференции адъюнктов и аспирантов. М., 1974.

3. Практика применения принудительных мер медицинского характера. Бюллетень по обмену опытом. Оренбург, изд. отдела юстиции и областного суда, 1975.

5. Демократические основы советского правосудия. Блокнот агитатора, журнал отдела пропаганды и агитации Оренбургского обкома КПСС, 1974, № 3.