

СПЕЦИФИКА РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР БЕЗОПАСНОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ В СТРАНАХ АНГЛО-САКСОНСКОГО ПРАВА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье обсуждаются проблемы совершенствования принудительных мер безопасности и лечения. Анализируется специфика отечественной и зарубежной нормативно правовой базы. Рассматриваются подходы к принудительным мерам в странах англо-саксонского права. Высказаны предложения по оценке и внедрению некоторых эффективных приемов, способствующих оптимизации принудительного лечения, используемых в странах семьи общего права.

Ключевые слова: принудительные меры безопасности и лечения, общественно опасное деяние, англо-саксонское право.

V. V. Dukorsky

SPECIFIC IMPLEMENTATION COMPULSORY OBSERVATION AND TREATMENT IN THE ANGLO-SAXON LAW

Problems of improvement of compulsory observation and treatment are discussed in the article. We analyze the specifics of domestic and foreign legal and regulatory framework. Approaches of compulsory observation and treatment in the Anglo-Saxon law. Specific suggestions are made for the implementation of effective methods used in the common law family.

Key words: compulsory observation and treatment, social dangerous act, Anglo-Saxon law.

Психиатрия в отличие от других медицинских специальностей наряду с лечением людей с психическими расстройствами и оказанием других видов медицинской помощи выполняет и довольно специфическую функцию — защиту общества от возможных опасных действий.

Материал и методы

Ограждение общества от общественно опасных действий (ООД), совершаемых лицами с психическими расстройствами, и их лечение традиционно является одной из самых важных медико-социальных функций психиатрии [4,6]. Принудительные меры безопасности и лечения (ПМБЛ) в наиболее тесной форме сочетают в себе задачи, возложенные обществом на специалистов сферы психического здоровья. Вместе с тем кажущийся четким и незыблемым налаженный отечественный механизм реализации ПМБЛ требует оптимизации и новых подходов [2,5]. Мы решили обратить внимание на опыт западных стран, поскольку постсоветские государства по сути находятся, на одном уровне решения рассматриваемой проблемы, и пользуются во многом идентичной нормативно-правовой базой.

Цель исследования: провести аналитический обзор нормативно-правовой базы и основных подходов к реализации ПМБЛ в англосаксонской системе права.

Задачи исследования: 1) рассмотреть особенности зарубежных подходов к реализации ПМБЛ; 2) обозначить, на наш взгляд, эффективные приемы оптимизации ПМБЛ; 3) оценить перспективы применения эф-

фективных зарубежных приемов в Республике Беларусь.

Результаты и обсуждение

задачами ПМБЛ являются лечение и проведение реабилитационных мероприятий с целью излечения или улучшения психического состояния лиц, к которым эти меры применяются [4,5]. ПМБЛ также подразумевают низкую вероятность проявления агрессии в будущем, тем более возможность повторного ООД. Данное положение узаконено в Уголовном Кодексе Республики Беларусь, из статьи 100 которого следует: «...Принудительные меры безопасности и лечения могут быть назначены судом в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния... с целью предупреждения со стороны этих лиц новых общественно опасных деяний, охраны и лечения таких лиц...».

В Республике Беларусь обоснование назначения ПМБЛ и их вида входит в обязанности Государственной службы медицинских судебных экспертиз, реализация указанных мер возложена на психиатрическую службу Министерства Здравоохранения. Реализация ПМБЛ в Республике Беларусь регулируются Уголовным Кодексом (раздел 4) и «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» № 274 от 01.07.1999 г (статьи 15 и 38). Относительно изменения или прекращения ПМБЛ в УК РБ (статья 103) указано, что решение принимается судом на основании заключения комиссии врачей психиатров, которая должна собираться не реже одного раза в шесть

❑ Оригинальные научные публикации

месяцев. В «Законе о психиатрической помощи» вообще отсутствует положение о прекращении, продлении или изменении вида ПМБЛ.

Изучая направления современной мировой науки, можно обнаружить, что во всех странах мира все более значительное развитие получают сравнительные исследования. Особое место занимают правовые исследования, пожалуй, они же являются и самыми интенсивно развивающимися в настоящее время. Более того, на базе сравнительного изучения правовых систем сформировалось и завоевывает все большее признание целое научное направление и такая учебная дисциплина, как сравнительное правоведение. Сравнительные исследования ставят своей целью выяснение закономерностей развития правовых систем современности и совершенствование национального законодательства. Значение этих исследований состоит в том, что они позволяют не только подойти под более широким углом зрения к решению многих традиционных вопросов, но и выявить ряд новых проблем с целью их дальнейшего предупреждения [2,15].

В такой связи изучение подходов к ПМБЛ в одной из самых представительных групп государств, а именно в странах из семьи англо-саксонского права, представляется нами целесообразным. Это важно не только в чисто познавательных целях, хотя и это существенно, т.к. является элементом мировой медико-правовой реальности, но и представляет значительный интерес с точки зрения возможности использования зарубежного опыта в отечественной практике.

В отличие от государств романо-германской правовой семьи, где основным источником права является закон, в странах англо-саксонской правовой семьи основным источником права является судебный прецедент. Такая практика позволяет судам не только применять, но и создавать нормы права в процессе рассмотрения конкретных судебных дел. Принятое по делу решение в дальнейшем становится применимым и к другим делам аналогичного характера. Таким образом, решение суда по конкретному делу, обретает силу источника права, то есть получает возможность устанавливать, изменять или отменять правовые нормы. Также необходимо отметить, что еще одной отличительной чертой современной англо-саксонской правовой семьи является общее взаимное влияние права входящих в него стран. Это связано с широким утверждением принципа «убедительного прецедента». При этом судебное решение, утвержденное в одной судебной иерархии прецедентом, может показаться столь убедительным для суда другой судебной иерархии (не только другого штата, провинции или округа, но другой страны). Примером является так называемое правило M'Naghten (формула невменяемости), этот прецедент не только оказал огромное влияние на всю мировую судебную психиатрию, но и до сих пор является действующим в англо-саксонской системе права.

Англо-саксонская правовая семья неоднородна и включает в себя две группы: группу английского права, представленную национальными правовыми системами Великобритании, Северной Ирландии, Канады, Австралии, Новой Зеландии и другими государствами-членами Британского содружества наций, и группу права США.

Хотя родоначальницей англо-саксонского права и является Великобритания, но в США англосаксонское

право имеет более архаичный вид. В то же время в Великобритании в настоящее время наравне с судебными прецедентами руководствуются еще и нормативно-правовыми актами (статутами). Благодаря «чистому прецедентному праву», «предпочтения устному слову» и ярко выраженному состязательному характеру судебного процесса, право США находится в постоянном движении [7].

В США длительность нахождения в психиатрическом стационаре пациентов совершивших ООД и признанных невиновными по причине невменяемости («Not guilty by reason of insanity», NGR) не ограничена. Верховный Суд США в деле *Jones v. United States* (1983) установил, что Конституция Соединенных Штатов позволяет ответчика (который был признан NGR) помещать в психиатрическую больницу до тех пор пока он больше не представляет опасности для себя и окружающих. Еще одним прецедентом, который обладает юридической силой в настоящее время и имеет непосредственное отношение к реализации ПМБЛ в США, является решение Верховного Суда США по делу *Foucha v. Louisiana* (1992). В данном случае Верховный Суд США отменил правило штата Луизиана, которое предусматривало, продление госпитализации индивида, даже если он уже не страдает психическим заболеванием, но представляет опасность для себя или окружающих. Верховный Суд признал такое задержание неконституционным и постановил, что лицо должно быть освобождено, даже если представляет потенциальную угрозу, но больше не страдает психическим расстройством послужившим основанием для признания его невменяемым и помещения в стационар. Так, как если он больше не страдает психическим расстройством, то нет никаких оснований для его дальнейшего задержания.

На практике пациенты проводят в психиатрических больницах примерно то же самое количество времени, что и преступники в тюрьмах, совершившие аналогичные ООД [7]. Для определения сроков лечения проводятся регулярные судебные заседания, на которых принимаются решения о необходимости прекращения или продления лечения. Другой вариант, это инициация судебного заседания для решения данной задачи либо администрацией больницы или даже самим пациентом [15]. Такое решение обычно принимается комиссией при администрации больницы (или межведомственным советом) куда входит: психиатр, психолог, юрист, социальный работник (часто входят и другие лица, включая родственников и других близких пациента). Суд на основании ходатайства администрации медучреждения принимает дело в рассмотрение. В случае если суду недостаточно разумных доводов в пользу выписки пациента, он запрашивает мнение судебного консультанта-психиатра из другого учреждения [13]. После выписки из госпиталя пациент продолжает наблюдаться амбулаторно. Кроме того иницируется система уведомления потенциальных жертв, которая действует через офис адвокатов соответствующего штата.

В Великобритании вопросы принудительного лечения регулируются нормативно-правовыми актами. Согласно «Закону об уголовной процедуре» (1991), а точнее его разделу «Невменяемость и неспособность участвовать в судебном разбирательстве» суд принимает решения относительно лиц, признанных невиновными в связи с невменяемостью [1].

Если обвиняемый признается невменяемым, то к

нему применяется статья 37 третьей части «Закона о психическом здоровье» (1983). Время пребывания в лечебном учреждении не ограничивается в отличие от сроков по приговорам вменяемым лицам. Таким образом, время лечения может быть как меньше, так и больше срока отбывания наказания по аналогичным преступлениям. Однако сроки лечения регулярно пересматриваются. В «Законое о психическом здоровье» также имеется пункт, согласно которому, лишь в том случае применяется стационарное лечение, если за данное преступление по закону назначается лишение свободы. До принятия решения о применении ордера госпитализации суд должен прийти к согласию в том, что данный ордер является наиболее приемлемым. При его использовании должны быть исключены все другие возможные меры – такие, например, как штраф, условное осуждение или пробация [12]. Суд анализирует все обстоятельства дела, и если считает, что наиболее подходящим средством воздействия в данном случае стационарное лечение, то выдает соответствующую санкцию. Суд также может добавить к этой санкции ордер на ограничение в перемещениях. Суть этого ордера заключается, в том, что пациенту запрещено покидать больницу без соответствующего разрешения министра внутренних дел. У администрации больницы также есть все полномочия для пересмотра существующего решения и выписки пациента в любое время, принимается решение на основе мнения ответственного лечащего врача [3,8]. Однако министр внутренних дел окончательная инстанция выписки пациента. Он имеет право отозвать освобождение пациента из больницы (даже если администрация рекомендует этого не делать). Также по истечении первых 6 месяцев лечения (в последующем раз в год) пациент (чаще его адвокат) может обратиться в Трибунал по вопросам психического здоровья. Он создан для урегулирования споров между пациентом и изолирующим органом. Трибунал состоит из юриста, психиатра и имеющего опыт в сфере психического здоровья, представителя гражданского общества. Если пациент не обращается в Трибунал, то министр МВД обязан организовывать трибунал один раз в три года. Также существует рекомендательный совет при МВД. В Совет входит судья, психиатр, социальный работник и работник службы probation. Этот Совет по направлению от министра внутренних дел рассматривает дела пациентов спецбольниц с ордером ограничения на перемещения, которые были при-

знаны особо опасными для окружающих. По результатам проведенного исследования и обсуждения Советом готовится отчет для МВД. При конфликте мнений между рекомендациями ответственного врача и Совета министр будет вынужден выбрать одно из двух. При этом не отдается автоматического предпочтения мнению Совета. При выписке министр внутренних дел ставит несколько условий, которые пациент должен безукоризненно выполнять, иначе его вновь госпитализируют [11].

В Канаде в силу исторических причин также действует смешанное уголовное право (судебные прецеденты, законодательные акты и Криминальный Кодекс Канады (ССС)) [17]. До семидесятых годов двадцатого века СССР в отношении обвиняемых, не подлежащих уголовной ответственности по причине психического расстройства (Not criminally responsible on account of a mental disorder или NCRMD), требовал от судей «держат их в строгом заключении... пока не будет известна воля Вице Губернатора». Закон подразумевал, что все правонарушители с психическими заболеваниями опасны для общества и должны быть помещены под стражу для защиты общества. Не существовало правила разделять правонарушителей, представляющих или не представляющих угрозу для общества. В своем докладе 1976 года Комиссия по Реформе Права рекомендовала отменить данное полномочие Вице Губернатора. Отражением коллективного мнения юристов и специалистов сферы психического здоровья за счет накопленных научных знаний и опыта стало Постановление правительства Канады С-30, которое вступило в силу 4 февраля 1992 года. Изменения, разработанные в новом законе слишком многочисленны и сложны чтобы в деталях обсуждать их в этой статье. Стоит лишь упомянуть о том, что основное достижение заключалось в том, что человек, признанный NCRMD, удерживался до тех пор, пока представлял «серьезную угрозу» для общества. В последующем эти изменения были внесены в Криминальный кодекс.

В настоящее время в Канаде функционируют так называемые Наблюдательные Советы (в каждой провинции свой Совет) [15]. По сути это профильные суды, которые решают вопросы назначения, изменения и отмены принудительного лечения пациентов признанных NCRMD. По вопросам изменения или окончания лечения Совет собирается не реже одного раза в год. Полномочия Наблюдательного совета были расшире-

ны решением Верховного суда в деле *Mazzei v. B.C. (Director AFPS)*. Согласно этого решения, Совет может требовать от сторон выполнения определенных условий. В его компетенцию не входят решения по предписанию или назначению лечения. Однако он может контролировать и требовать пересмотра уже назначенной терапии, особое внимание Совета сосредоточено на соблюдении общественной безопасности и соблюдении прав пациентов.

Действующий Криминальный Кодекс дает право Вице Губернатору назначить 5 членов Наблюдательного Совета. Совет должен обя-

Таблица 1. Количественный состав Наблюдательных Советов Канады

Провинции	Количество членов совета	Члены Совета из других провинций
Newfoundland and Labrador	5	
Prince Edward Island	6	Nova Scotia
Nova Scotia	6	
New Brunswick	6	
Quebec	32	
Ontario	135	
Manitoba	8	
Saskatchewan	5	
Alberta	11	
British Columbia	18	
Yukon	5	Alberta and British Columbia
Nunavut	21	Alberta and Ontario

■ Оригинальные научные публикации

зательно включать в себя специалиста с квалификацией судьи (председатель Совета) и психиатра. Если в составе Совета есть только один психиатр, то должен быть еще врач или психолог имеющий подготовку и опыт в области психиатрии. Также должен быть резервный председатель (заместитель) на случай чрезмерной занятости Совета или отсутствия по какой-либо причине основного председателя. В таблице 1 представлены количественные составы Совета в разных провинциях. Как видно из таблицы, в провинции Онтарио самый представительный совет, это связано с непостоянным его составом. В других провинциях Совет имеет постоянный (профессиональный) состав, а в некоторых возможно привлечение членов Советов других провинций. Когда лицо признается NCRMD, Наблюдательный Совет или Суд выносит решение в соответствии со статьей 672.54 Криминального Кодекса, в соответствии с которой должны сочетаться «необходимость защиты общества» и «минимально обременительные и ограничительные условия для пациента». В ответ на ряд сложностей возникших с трактовкой статьи 675.54 Верховный суд Канады в деле *Winko v. Director of Forensic Psychiatric Institute and the Attorney General of B.C.* (1999) установил, что «значительный риск для общественной безопасности» означает, что поведение должно нести угрозу вреда явно криминального характера. Два других прецедента Верховного суда (*Pinet v. St. Thomas Psychiatric Hospital* (2003) и *Penetanguishene Mental Health Center v. Ontario* (2003)) расшифровывают кодифицированное понятие статьи 675.54 ССС-«минимально обременительные и ограничительные условия для подсудимого». Было установлено, что при выборе лечения должен не просто быть определен его вид, но его план должен содержать множество нюансов содержания в больнице включая конкретные условия ограничения, которые бы соответствовали как интересам пациента так и безопасности общества.

Виды ПМБЛ в Беларуси соответствуют таковым мерам в США, Великобритании и Канаде: амбулаторное лечение, лечение с обычным, строгим и усиленным наблюдением. Постепенно (по мере улучшения психического состояния и снижения риска насилия) пациенту предоставляется все больше свобод и возможностей. Если пациент ведет себя активно и ответственно, а его психическое состояние стабилизировалось, то его выписывают со стационарного лечения. Однако в отличие от Беларуси, в США, Великобритании и Канаде существует разветвленная комплексная система с привлечением технологий психиатрии, юриспруденции, психологии и социологии для решения вопросов оптимизации ПМБЛ. Комплексный подход объединяет перечисленные страны англо-саксонского права. В основе комплексного подхода-полипрофессиональная комиссия специалистов. В США это комиссия при администрации больницы; в Великобритании-рекомендательный совет при МВД и Трибунал по вопросам психического здоровья; в Канаде Наблюдательный Совет. Подходы у этих комиссий сходные, поэтому есть смысл объединить их описание.

Целенаправленные усилия комиссий направлены на решение вопросов оптимизации лечения. Необходимость комиссионной работы продиктована комплексным характером решаемого вопроса. **Краеугольным камнем в определении продолжительности лечения является оценка риска повторного ООД.** В общем виде

можно выделить четыре принципа, которые соблюдаются при принятии решения комиссиями.

- Индивидуализация. Специалисты принимают во внимание, что самые опасные люди не опасны все время, даже большую часть времени. Учитывается, что персональный риск проявления насилия является субстанцией динамической и на проявление агрессии влияет индивидуальное сочетание интрапсихических и внешних факторов. Установление этих факторов, позволяет прогнозировать риск совершения повторного ООД гораздо более достоверно. С учетом выявленных особенностей проявления агрессии и выстраивается индивидуальный прогноз и план реабилитации.

- Комплексность. Участники комиссии получают полную и разностороннюю информации о пациенте и окружающей его обстановке. Медицинские, социальные, психологические и юридические совместные усилия различного рода профессионалов, приносят свой вклад в разработку и осуществление оценки и прогноза. Комплексный характер сведений является основой, так как медико-социальный паспорт, план интервенции и программы реабилитации представляются как единое целое, а процедура формализации упрощается, поскольку отпадает необходимость энергоемких межведомственных согласований.

- Преемственность. Преемственность важна, поскольку реабилитационный процесс характеризуется этапностью. Прежде всего, преемственность предполагает наличие взаимосвязей между стационарным и амбулаторным звеном. В процедуре амбулаторного наблюдения участвуют не только врачи, но и социальные работники, представители властей, органов внутренних дел, самое активное участие принимают родственники пациента.

- Контрактность. Контрактность является ключевым принципом, он подразумевает активное участие самого пациента. Формирование мотивации и ответственности является основой индивидуальной программы реабилитации. За каждый жест ответственности за свое поведение, пациенту предоставляется все больше возможностей и свобод. Несоблюдение возложенных на себя обязанностей возвращает пациента на предыдущий уровень предоставляемых свобод.

Государственная деятельность любого вида разделена на несколько уровней. Это касается и регуляции ПМБЛ. Условно можно выделить четыре уровня регуляции [1]. Проведем сравнение по этим параметрам между Беларусью и странами англо-саксонского права.

Первый уровень-уровень политических решений. Он неизмеримо важен, поскольку здесь разрабатывается основа, на которой государство строит законодательную базу. Законодательная основа Республики Беларусь сходна с основами стран англо-саксонской семьи, поскольку сроки принудительного лечения не определены и зависят от психического состояния пациента и оценки уровня его общественной опасности.

Второй уровень-это уровень практических мероприятий, он обеспечивает реализацию поставленных государственной политикой задач. Это уровень, где профессионалы разных областей выполняют конкретные программы. В отечественной программе охраны общества на протяжении длительного времени сформировалась тенденция в стремлении удерживать больного «до последнего» в психиатрическом стационаре. Вместе с тем она не находит оснований ни с точки зрения защи-

ты общества, ни с точки зрения интересов самого пациента. Основная трудность заключается в том, что в судебном процессе по решению вопроса об окончании стационарного вида ПМБЛ психиатр вынужден выступать не только в своем прямом врачебном качестве, но и в роли адвоката. Этот аспект указывает на непосильность задачи, которую возложили на психиатра, особенно если учесть, что судья кроме своей роли выполняет еще и роль прокурора. Полипрофессиональная комиссия могла бы снять некоторые существующие трудности. Благодаря участию в процессе сразу нескольких квалифицированных и непредвзятых специалистов, судьям не приходится основываться исключительно на интуиции и своем жизненном опыте. Идея обязательности проведения оценки риска коллегиально, лидировала на последнем конгрессе Международной ассоциации судебно-психиатрических служб и нашла поддержку и одобрение у наших российских коллег [2,5].

Третий уровень-это уровень исследовательский и образовательный. Он предполагает соответствующее развитие науки, приобретение знаний и совершенствование профессиональной подготовки специалистов в области оценки риска повторных ООД. В западных странах регулярно проводятся конференции и семинары, посвященные новым научным достижениям в «оценке риска» насилия у лиц с психическими расстройствами и методам его предотвращения. Благодаря этому и многочисленным исследованиям сформировался так называемый структурированный подход к оценке риска насилия. Он включает в себя классическое «клиническое суждение» (субъективный опыт и знания специалиста) и применение стандартизированных методик. Методики обеспечивают прогноз качеством «прозрачности», так как используются объективные данные и установленные методы их сравнения. Это делает результаты открытыми инспектированию, а когда необходимо-и критическому отзыву. С другой стороны, присутствуют положительные стороны «клинического суждения», такие как тонкие нюансы личности и ситуации, которые недоступны для стандартизированных оценочных методик. Благодаря этому подходу специалисты могут с более чем 80% точностью прогнозировать агрессивное поведение в будущем. Обращает на себя внимание, что если все же вопреки прогнозу пациент преступает закон, то правонарушение, как правило, малозначительно и не представляет какой-либо реальной угрозы для общества.

В заключение необходимо указать, что принудительное лечение невменяемых в США, Канаде и Великобритании применяется сравнительно не часто. В США из-за труднодостижимости «невменяемости»; в Великобритании и Канаде благодаря развитой системе раннего вывода людей с психическими расстройствами из системы уголовного правосудия в гражданское [7,8,16].

Как видно из всего вышеизложенного, сроки лечения лиц, признанных невменяемыми в США, Великобритании и Канаде также не определены, как и в Беларуси. Однако в отличие от Беларуси, там существует разветвленная комплексная система с привлечением технологий психиатрии, юриспруденции, психологии и социологии для решения вопросов оптимизации ПМБЛ. В основе комплексного подхода находится полипрофессиональная комиссия специалистов. Создание подобной комиссии в Беларуси для решения вопросов свя-

занных с ПМБЛ является перспективной задачей и многообещающим проектом. Это позволит группе специалистов сформировать объективное, систематизированное, основательное и независимое мнение, что в свою очередь облегчит задачу суду, и снимет непомерную ответственность с психиатра. Вместе с тем предстоит огромная работа по подбору наиболее подходящего состава комиссии. Все специалисты комиссии должны пройти соответствующую подготовку, получить соответствующие знания и опыт. Также предстоит большая работа по созданию и утверждению системы отчетности и утвержденной схемы с четкими определениями и алгоритмами.

Таким образом, по результатам проведенного анализа видно, что ПМБЛ в наиболее тесной форме сочетают в себе задачи, возложенные обществом на специалистов сферы психического здоровья. Изучение подходов к ПМБЛ в других странах представляет значительный интерес с точки зрения возможности использования в отечественной практике лучших составляющих зарубежного опыта, приемлемых для нашего юридического, социального и культурного менталитета.

Литература

1. Бойко, О. В. Охрана психического здоровья / О. В. Бойко. – Москва: Academia, 2004. – 268 с.
2. Булыгина, В. Г. Измерение рисков насилия в судебной психиатрии / В. Г. Булыгина // Психологическая наука и образование. – 2011. – № 1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru>. – Дата доступа: 29.08.2011.
3. Деменева, А. В. Обзор законодательства и судебной практики Великобритании по вопросам защиты прав пациентов психиатрических учреждений / А.В. Деменева // Независимый психиатрический журнал. – 2006. – № 4. – С. 20 – 22.
4. Дмитриева, Т. Б. Проблемы и перспективы судебно-психиатрической службы в Российской Федерации / Т.Б. Дмитриева // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С. 4 – 9.
5. Казаковцев, Б. А. Совершенствование деятельности психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением / Б. А. Казаковцев, Б. А. [и др.] // Психическое здоровье. – 2011. – № 5. – С. 3 – 21.
6. Скугаревская, Е. И. Длительные госпитализации пациентов, страдающих шизофренией, в связи с совершенным общественно опасным деянием / Е. И. Скугаревская, А. Д. Балашов // Медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 28 – 31.
7. Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и психиатрии права / В. В. Мотов. – Москва: М: Фолиум, 2008. – 252 с.
8. Faulk basic forensic psychiatry 3rd ed. / J.H. Stone [et al.]. – Oxford: Blackwell Science, 2000. – 318 p.
9. Haque, Q. Staging the HCR-20: towards successful implementation of team-based structured professional judgement schemes / Q. Haque, C. D. Webster // Adv. In Psychiatric Treatment. – 2012. – Vol. 18, № 1. – P. 59 – 66.
10. Impact of Clinical Training on Violence Risk Assessment / D. E. McNeil [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 165, № 2. – P.195 – 200.
11. O'Connor, N. Risk assessment: dealing with uncertainty / N. O'Connor, S. Clark // Psychiatrist. – 2012. – Vol. 36, № 2. – P. 78 – 79.
12. Oxford Handbook of Psychiatry 1st ed. / D Semple [et al.].-Oxford: Oxford University Press, 2005. – 976 p.
13. Principles and practice of forensic psychiatry / R. Rosner [et al.]. – New York: Hodder Arnold Publicatio, 2003. – 980 p.
14. Restraint and Seclusion in Psychiatric Treatment Settings: Regulation, Case Law, and Risk Management / P. R. Recupero [et al.] // J. Am. Acad. Psychiatry Law. – 2011. – Vol. 39, № 4. – P. 465 – 476.
15. Textbook of Forensic Psychiatry / R.I. Simon [et al.]. – Washington: American Psychiatric Publishing, 2010. – 726 p.
16. The Canadian contribution to violence risk assessment: history and implications for current psychiatric practice / H. Bloom [et al.] // Can. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 50, № 1. – P. 3 – 11.
17. The Clinical use of risk assessment / G. D. Glancy [et al.] // Can. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 50, № 1. – P. 12 – 17.

Поступила 29.02.2012 г.