

Особливості застосування примусових заходів медичного характеру до психічно хворих, які вчинили кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті

Олена Козерацька

Київський національний університет імені Тараса Шевченка; ДУ «Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю МОЗ України»

Актуальність. Питання лікування осіб, що скоїли сексуальні злочини, продовжують дискутуватися науковцями в усьому світі. Відмічають певну недостатність підготовки фахівців щодо оцінки і лікування сексуальних розладів в медичних і психіатричних закладах, і навіть в судових психіатричних асоціаціях, тобто розуміння, що лікування сексуальних злочинців доступне і може бути успішним та ефективним потребує подальшого обґрунтування. На теперішній час залишаються недостатньо розробленими критерії застосування примусових заходів медичного характеру для осіб, які страждають розладами сексуальної переваги.

Мета дослідження. виявити критерії застосування примусових заходів медичного характеру.

Матеріал та методи дослідження. У роботі наведені результати наукового дослідження, виконаного в рамках дисертації “Судово-психіатрична оцінка осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті”. Для досягнення мети дослідження автором були проаналізовані 287 підекспертних, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті та перебували на судово-психіатричній експертизі (СПЕ) в Київському міському центрі СПЕ з 2000 по 2015 рр. (16 років).

З метою визначення взаємозв'язку між ступенем порушення можливості усвідомлювати свої дії, керувати ними та вирішенням експертних питань усі спостереження були розподілені на 2 групи порівняння: 1 - 200 спостережень (підекспертні, визнані “осудними”); 2 - 14 (підекспертні, визнані “неосудними”); 3 - 73 (“обмежено осудні”), ця група була сформована штучно з групи “осудних”, виходячи з концепції “обмеженої осудності”.

Для досягнення мети були використані наступні методи: анамнестичний, інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, експертний, ситуаційного аналізу, статистичний.

Результати. Критерієм застосування примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) у вигляді спрямування до спеціалізованого психіатричного закладу є визнання особи “неосудною”, надання амбулаторної допомоги в примусовому порядку - “обмежено осудною” та такою, яка страждає на розлад сексуальної переваги.

Висновки. Визначення критеріїв вибору виду примусових заходів медичного характеру, тобто обґрунтованість і достатність рекомендованої примусової міри медичного характеру, необхідно для підвищення якості профілактичних заходів в умовах

примусового лікування.

Актуальність

Питання лікування осіб, що скоїли сексуальні злочини, продовжують дискутуватися науковцями в усьому світі. Відмічають певну недостатність підготовки фахівців щодо оцінки і лікування сексуальних розладів в медичних і психіатричних закладах, і навіть в судових психіатричних асоціаціях, тобто розуміння, що лікування сексуальних злочинців доступне і може бути успішним та ефективним потребує подальшого обґрунтування [1]. У деяких країнах немає такого поняття як примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ). Частіше там використовується визначення заходів безпеки, що набагато ширше по своєму охопленню, ніж примусові заходи медичного характеру. Заходи безпеки застосовуються не лише до осіб, що скоїли злочини в стані порушеної психіки, але і до хворих на хронічний алкоголізм та наркоманію.

Для системи примусового лікування найбільш значимою є проблема критеріїв соціальної небезпеки, яка нерозривно пов'язана з розробкою об'єктивних показників актуальності девіантних потягів, що диктує необхідність створення комплексної програми динамічної діагностики патологічних сексуальних потягів [2].

Лікування і реабілітація хворих відбувається на основі даних, отриманих в результаті психологічного та психіатричного обстежень [3]. Зміна сучасної концепції від «оцінки небезпеки» до «оцінки ризику» розширило спектр оцінки, включивши до нього середовищні, ситуаційні і соціальні впливи [4,5], оскільки вплив психічного розладу на поведінку людини в юридично-значущій ситуації опосередковується через особистісні і соціально-ситуаційні чинники. Водночас, досліджень, присвячених вивченню особливостей примусового лікування психічно хворих у закладах з різноманітними режимами нагляду (у тому числі з посиленням), комплексній оцінці впливу соціально-середовищних та клінічних чинників на тривалість та успішність примусового лікування, якості життя і особливостей соціального функціонування пацієнтів бракує; не систематизовані дані про передумови та чинники скоєння СНД, не виділені індивідуально-психологічні маркери соціальної небезпеки хворих, відсутня однозначна оцінка ролі дефіцитарних і продуктивних психопатологічних розладів як найбільш ймовірних клінічних механізмів повторних СНД. Потребує удосконалення система реабілітації цього контингенту хворих з урахуванням тенденції до гуманізації і правового регулювання психіатричної допомоги [6,7].

Матеріал дослідження

- Дослідження ґрунтується на основі аналізу суцільної вибірки з підекспертних, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному підґрунті та перебували на СПЕ в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2000 р. по 2015 р. (протягом 16 років), усього вивчено 287 підекспертних. Збір інформації проводився шляхом вкопіювання даних з різних офіційних документів (медичні карти стаціонарного хворого, матеріали кримінальної справи, акти СПЕ) в спеціально розроблену карту обстеження, що містить загальні відомості про підекспертного й експертизу, анамнестичні, соціально-демографічні, клінічні й індивідуально-психологічні особливості підекспертних, дані про особу потерпілого, кримінал і посткримінальну ситуацію, поведінку підекспертного в період проведення СПЕ.
- З метою визначення взаємозв'язку між ступенем порушення можливості усвідомлювати свої дії та керувати ними та вирішенням експертних питань усі спостереження були розподілені на 2 групи порівняння: 1 (200 спостережень) –

підекспертні, визнані “осудними”; 2 (14 спостережень) – підекспертні, визнані “неосудними”; 3 (73 спостереження) – “обмежено осудні”. Остання була штучно сформована з групи “осудних”, виходячи з концепції “обмеженої осудності”. Ця концепція базується на системному підході до поняття “обмежена осудність”, що розроблявся в українській судовій психіатрії В.Б. Первомайським [8], А.В. Зайцевим [9].

Методи дослідження: анамнестичний, інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, експертний, ситуаційного аналізу, статистичний.

Результати та їх обговорення

Діагностика розладів сексуальної переваги, визначення форм і типів проводилися згідно з критеріями діагностики Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), а також дефініціями, прийнятими у вітчизняній психіатрії. Експертна оцінка непсихотичних психічних розладів залежить від ступеня їхньої вираженості в поєднанні з наявністю чи відсутністю інших клінічних, соціальних, ситуаційних факторів, вимагає урахування сукупності чинників у межах “актуального психічного стану” особи на період СНД (суспільно-небезпечного діяння) та на час СПЕ(судово-психіатричної експертизи).

Водночас слід зазначити, що складною є експертна оцінка тих випадків, коли розлади сексуального потягу виникли при розладах особистості (психопатіях) або є самостійним видом психічної патології. За такої умови необхідними є психіатрична оцінка стану особи й аналіз сексуальних порушень, що вимагає комплексної експертизи за участі психіатра та сексопатолога. Водночас основна увага приділяється синдромологічній картині самих розладів сексуального потягу [10].

У проведеному клінічному дослідженні в 7 (50%) осіб з групи “неосудних” була виявлена шизофренія параноїдна, безперервно-проградієнтний перебіг, виражений психопатоподібний дефект (МКХ-10: F20.00); 3 (21,4%) – ОУГМ(органічне ураження головного мозку) внаслідок ЧМТ з вираженим психоорганічним синдромом (МКХ-10: F07.9); по 1 (7,15%) – помірна розумова відсталість з вираженими емоційно-вольовими порушеннями (МКХ-10: F71.1), шизоафективний розлад, маніакальний тип, загострення (МКХ-10: F25.0); 1 (0,3%) – епілепсія зі слабоумством (МКХ-10: G40, F01.8).

У 144 (72%) підекспертних з групи “осудних” були здоровими, в 16 (8%) спостерігалось резидуально-органічне ураження головного мозку; 10 (5%) – емоційно-нестійкий РО; 7 (3,5%) – Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю, синдром залежності; 6 (3%) – олігофренія легкого ступеня без виражених емоційно-вольових порушень; 5 (2,55%) – ОУГМ внаслідок ЧМТ з церебрастенічним синдромом; по 3 (1,5%) – наркоманія опійна та збудливий РО(розлад особистості); 2 (1%) – ОУГМ нейроінфекційного генезу з легким психоорганічним синдромом; по 1 (0,5%) – Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання наркотичних речовин групи психостимуляторів(псевдоефедрону), синдром залежності, органічний та епілептоїдний РО(розлад особистості).

У групі “обмежено осудних” (73 пацієнти) більшість досліджуваних було психічно здоровими (52; 71,2%), у 10 (13,8%) випадках відмічалось резидуально-органічне ураження головного мозку з легкою інтелектуальною недостатністю та помірно-вираженими емоційно-вольовими розладами; 4 (5,5%) – РО(розлади особистості); 4 (5,5%) – легка розумова відсталість з помірно вираженими емоційно-вольовими порушеннями; 3 (4,1%) – Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю із змінами особистості, синдром залежності. У більшості осіб цієї групи було виявлене викривлення сексуального потягу (92,2%) компульсивного рівня. На педофілію страждали 48 (67%) пацієнтів, геронтофілію – 3 (4,1%), некрофілію – 1 (1,4%), садизм – 4 (5,6%), ексгібіціонізм – 10 (14 %).



Отже, з аналізу матеріалу дослідження, враховуючи клініко-експертні уявлення про перебіг психічних розладів, особливості реалізації хибного сексуального потягу, була розроблена модель судово-психіатричної оцінки здатності усвідомлювати значення своїх дій і (або) керувати ними в осіб, які скоїли сексуальні злочини ([Рисунок 1](#)).

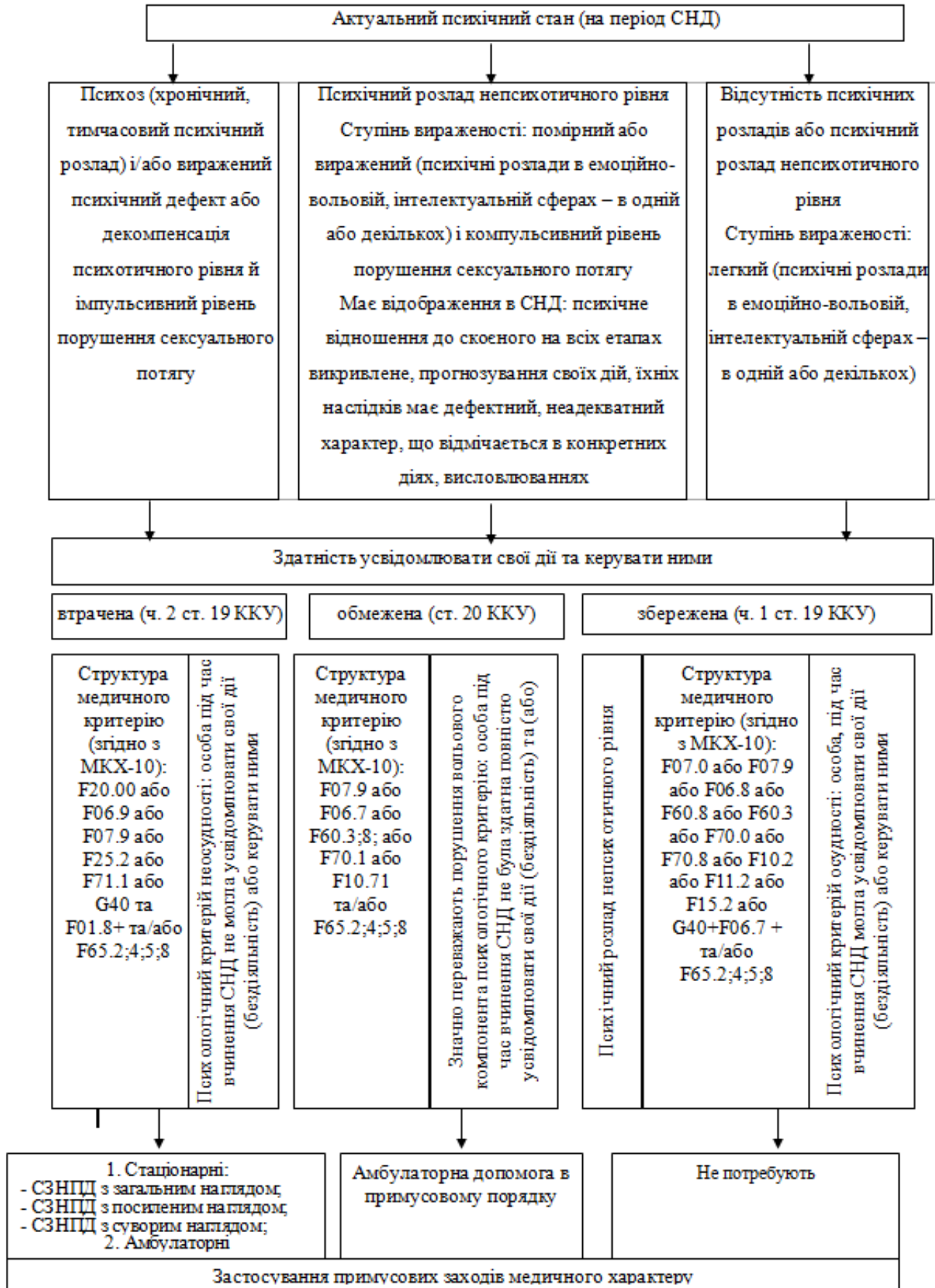


Рисунок 1. 1: Судово-психіатрична модель оцінки здатності усвідомлювати значення своїх дій і (або) керувати ними в осіб, які скоїли сексуальні злочини.

Психічні розлади у рамках осудності вимагають диференційованої оцінки і обліку їх у кожному конкретному випадку. Неможливо передбачити всю різноманітність життєвих ситуацій, які у кожному конкретному випадку могли бути розцінені як пом'якшувальні. Тільки у тому випадку, коли психічні аномалії є істотним елементом в причинному зв'язку, який привів до скоєння злочину і настанню злочинного результату, суд, враховуючи усі обставини справи, може визнати їх пом'якшувальною обставиною. У справах осіб з психічним розладом, що не виключає осудності, суди враховують при призначенні покарання психічні розлади, пом'якшують покарання і можуть призначати примусові заходи медичного характеру. Таким чином, основне покарання може призначатися в сукупності з примусовими заходами медичного характеру [11].

Як було наведено вище, суд виносить постанову про звільнення особи від кримінальної відповідальності і про застосування до нього примусових заходів медичного характеру тільки після визнання доведеним, що діяння, заборонене кримінальним законом, здійснене цією особою в стані неосудності [12]. Обмежена осудність, за умови її зазначення в обвинувальному вироку, надає можливість застосовувати до суб'єкта злочину (добровільно чи примусово) відповідні корекційні заходи – як загальновиховні чи психологічно-корекційні, так і психіатрично-лікувальні [13]. Тобто, обмежена осудність є підставою для визначення умов тримання засуджених в місцях позбавлення волі та призначення примусових заходів медичного характеру [14].

Направлення особи, що страждає на психічний розлад, в психіатричний стаціонар в недобровольному порядку переслідує дві мети: медичну і правову. При цьому пріоритетним є лікування психічно хворих осіб або покращення їх психічного стану. Правовий аспект питання полягає в запобіганні скоєнню нових злочинних діянь. Проте у практичній діяльності останнє положення часто має визначальний характер при призначенні примусового лікування, а саме у виборі його виду і визначенні терміну [15].

Рішення питань про термін застосування примусових заходів медичного характеру і наслідків застосування цих заходів відрізняється у законодавстві різних країн. Наприклад, у США звинувачувані, відносно яких винесений виправдувальний вердикт з причини неосудності, не підлягають звільненню. У штаті Коннектикут у справах, де особа звільняється від кримінальної відповідальності за неосудністю, суддя визначає термін, протягом якого вона повинна знаходитися у психіатричному закладі, поки не буде визнана адекватно сприймаючою обставини вчиненого злочину. У цьому випадку суддя передає контроль над засудженим наглядовій раді штату до закінчення призначеного терміну. В інших штатах такі особи повинні утримуватися в психіатричній лікарні до тих пір, поки їх психічний стан не перестане бути суспільно небезпечним [16,17]. У деяких штатах створені наглядові ради (review boards), на які покладаються піклування і відповідальність за осіб, що знаходяться на лікуванні після визнання їх неосудними. Ради спостерігають за лікуванням і можуть встановлювати умови, які мають бути виконані для того, щоб людина була відпущена з установи [18]. Слід зазначити, що в США навіть якщо підсудний засуджений і відбув призначений термін покарання, він може бути поміщений в психіатричну лікарню.

Зазвичай обґрунтуванням для утримання осіб у режимній установі не в кримінальному порядку служить те, що там їх лікуватимуть. Проте, відносно осіб, що здійснюють злочинні дії сексуального характеру, встановлено, що багато з них лікуванню не підлягають. В таких випадках у деяких штатах влада направляє цих людей до режимних установ – в інтересах безпеки суспільства [19].

За своїм змістом сфера виконання примусового лікування складна і різноманітна. Вона

охоплює окрім власне лікувальної роботи також організацію періодичних лікарських оглядів для постановки перед судом питання про продовження призначених заходів або зміну їх видів; організацію системи безпеки психіатричних стаціонарів, що здійснюють примусове лікування; систему документації, необхідної для належного здійснення примусового лікування тощо [20,21].

Амбулаторна психіатрична допомога у примусовому порядку може надаватись обмежено осудному засудженому як у спеціальному медичному закладі, так і в медичних частинах спеціальних установ Державного департаменту з питань виконання покарань України, якщо засуджений відбуває покарання, пов'язане з обмеженням чи позбавленням волі. У цих установах особи проходять також медико-соціальну реабілітацію, оскільки унаслідок психічних розладів вони потребують створення умов для адаптації до режиму виправних установ [22].

Примусове лікування в психіатричному стаціонарі загального типу може бути призначено особам: що скоїли СНД і знаходяться зараз в психотичному стані, у випадках відсутності виражених тенденцій до порушень лікарняного режиму і сприятливого прогнозу щодо терапевтичного купірування психозу; особам з явищами недоумства, іншими психічними розладами, що вчинили СНД, спровоковані зовнішніми обставинами; особам з тимчасовим психічним розладом, що розвинувся після скоєння СНД, але до оголошення вироку; особам, що пройшли примусове лікування в психіатричних стаціонарах спеціалізованого типу, у тому числі з інтенсивним спостереженням (в порядку зміни міри медичного характеру); хворим, що демонструють під час амбулаторного примусового лікування погіршення психічного стану і зростання суспільної небезпеки [23,24].

Лікування в стаціонарі спеціалізованого типу з посиленням наглядом рекомендується особам з хронічними психічними розладами чи недоумством, що виявляють схильність до повторних СНД; особам, що страждають на тимчасовий психічний розлад, що розвинувся після здійснення СНД, але до винесення вироку, у разі загрози здійснення нових діянь; особам з хронічними психічними розладами після примусового лікування в стаціонарі спеціалізованого типу з інтенсивним спостереженням; особам, що виявили під час застосування менш строгої міри погіршення психічного стану і зростання небезпеки скоєння СНД [25].

Примусове лікування в стаціонарі спеціалізованого типу з суворим спостереженням рекомендоване особам, що представляють особливу небезпеку: з хронічними психічними розладами або недоумством, що виявляють тенденцію до скоєння повторних тяжких або особливо тяжких СНД; виявляють стійкі антисоціальні тенденції, що проявляється у скоєнні багатократних СНД і грубих порушеннях лікарняного режиму; особам, що страждають на тимчасовий психічний розлад, що розвинувся після здійснення СНД, у разі загрози здійснення ними нових тяжких діянь; при погіршенні психічного стану після попереднього лікування і/або при виникненні небезпеки, якщо це робить неможливим проведення призначених їм лікувально-реабілітаційних заходів в попередніх умовах і вимагає їх переведення в умови стаціонару спеціалізованого типу з інтенсивними умовами спостереження [25].

У країнах, де по судовому рішенню направляють на лікування, зазвичай діє правило, за яким особа, що поміщається до психіатричної установи, у тому випадку, коли вона визнана неосудною, не може знаходитися там більше, ніж вона б отримала при покаранні у вигляді позбавлення волі за це правопорушення.

Водночас, сьогодні значна частина питань, що стосуються виконання примусових медичних заходів, не може вирішуватися з опорою на чинне законодавство. Так, вважається необхідним, в першу чергу, законодавчо проголосити загальне правило, що до осіб, до яких застосовуються примусові заходи медичного характеру, застосовуються ті ж медичні методи обстеження і лікування, що й до всіх психічно хворим з аналогічними формами психічного розладу. Іншими словами, спочатку потрібно легалізувати принцип своєрідного

«терапевтичного рівноправ'я» всіх без виключення психіатричних пацієнтів, і щоб подібного роду правові норми були викладені в законі, спеціально присвяченому виконанню примусових медичних заходів, а не були розсіяні у вигляді окремих норм по всьому медичному законодавству. Обмежено осудній особі може бути призначена тільки амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку або госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом. Неосудність особи служить підставою для призначення і застосування примусових заходів медичного характеру передбачених ст.94ККУ країни [26].

При науковому дослідженні встановлено, що більшість підекспертних не потребували ПЗМХ (200; 69,9%). Примусове амбулаторне лікування було необхідне 74 (25,6%) особам, ПЗМХ в спеціальному закладі з надання психіатричної допомоги з суворим наглядом – 7 (2,5%) із суворим наглядом, 5 (1,8%) – посиленням, 2 (0,7%) – загальним спостереженням (Таблиця 1).

| ПЗМХ | Частота | % | Кумулятивний % |
|--|---------|-------|----------------|
| Не потребує | 200 | 69,9 | 69,9 |
| Потребує амбулаторного примусового лікування | 73 | 25,6 | 95,5 |
| ПЗМХ в психіатричній лікарні з суворим наглядом | 7 | 2,5 | 100,0 |
| ПЗМХ в психіатричній лікарні з посиленням наглядом | 5 | 1,8 | |
| ПЗМХ в психіатричній лікарні з звичайним наглядом | 2 | 0,7 | |
| Усього | 287 | 100,0 | |

Таблиця 1. Розподіл підекспертних за потребою застосування примусових заходів медичного характеру

Критерієм застосування примусових заходів медичного характеру у вигляді спрямування до спеціалізованого психіатричного закладу є визнання особи “неосудною”, надання амбулаторної допомоги в примусовому порядку – визнання особи, яка скоїла кримінальне правопорушення на сексуальному підґрунті, “обмежено осудною” та такою, яка страждає на розлад сексуальної переваги.

Висновки

Визначення критеріїв вибору виду примусових заходів медичного характеру, тобто обґрунтованість і достатність рекомендованої примусової міри медичного характеру, необхідно для підвищення якості профілактичних заходів в умовах примусового лікування.

Посилання

1. Bradford JM, Fedoroff P, Gulati S. Can sexual offenders be treated?. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2013;36(3-4). doi:https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.004
2. Scherba S, Frolova M. *Peredacha Lits, Stradaiushchikh Psikhicheskimi Rasstroistvami, Dlia Provedeniia Prinuditelnogo Lecheniia V Stranakh SNG*. JurLitinform; 2012.
3. Andrews D, Zinger I, Hoge RD, Bonta J, Gendreau P, Cullen FT. Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*. 1990;28(3). doi:https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x
4. Llewellyn DJ. The Psychology of Risk Taking: Toward the Integration of Psychometric and Neuropsychological Paradigms. *The American Journal of Psychology*. 2008;121(3). doi:https://doi.org/10.2307/20445472
5. Taylor-Gooby P, Zinn JO. Current Directions in Risk Research: New Developments in Psychology and Sociology. *Risk Analysis*. 2006;26(2).

doi:<https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2006.00746.x>

6. Nykyforov Y. *Kliniko-Psykhopatolohichni I Sotsialno-Psykholohichni Osoblyvosti Khvorykh Na Shyzofreniiu, Yaki Znakhodiatsia Na Prymusovomu Likuvanni Z Posylenym Nahliadom*. Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education; 2004.
7. Melnyk V, Melnyk A, Shchekhlova Y. *Kliniko-Sotsialni Kryterii Suspilnoi Nebezpeky Khvorykh Na Shyzofreniiu.*; 2007.
8. Pervomayskiy V, Ileyko V. Sistemnyi podkhod k poniatiiu ogranichennaia vmeniaemost. в: *Materials of the International Conference Forensic and Social Psychiatry of the 90s.* ; 1994.
9. Zaytsev A. K voprosu o formule ogranichennoi vmeniaemosti. в: *Problems of Legality: Republican Interdepartmental Scientific Collection.* ; 2002.
10. Kamenskov M. Strukturno-dinamicheskie osobennosti parafilii kak modeli addiktivnykh rasstroistv. *Social and Clinical Psychiatry.* 27(3):56-62.
11. Zepin M. *Obmezheni Osudnist Osib Iz Psykhopatychnymy Rozladamy: Yurydyko-Psykholohichna Kharakterystyka*. Kyiv National University of Internal Affairs; 2007.
12. Marchak V. *Yurydyko-Psykholohichnyi Zmist Obmezhenoi Osudnosti*. National Academy of Internal Affairs; 2011.
13. Mischenko E. *Prinuditelnye Mery Meditsinskogo Kharaktera V Ugolovnom Sudoproizvodstve*. Jurlitinform; 2010.
14. Fedorova E. *Prinuditelnye Mery Meditsinskogo Kharaktera, Primeniaemye K Psikhicheski Bolnym*. Siberian Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia; 2010.
15. Vilkovala T, Markova T. *Ugolovno-Protseessualnoe Pravo Rossiiskoi Federatsii*. Yurayt; 2014.
16. Appelbaum P. Law & Psychiatry: Does the Constitution Require an Insanity Defense?. *Psychiatric Services.* 2013;64(10). doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ps.6401004>
17. Greku V. Meditsinskie i iuridicheskie svoistva prinuditelnykh mer meditsinskogo kharaktera. *Modern fundamental and applied research.* 2013;1(1):102-109.
18. Spasennikov B, Spasennikov S. *Prinuditelnye Mery Meditsinskogo Kharaktera V Ugolovnom Prave Rossii*. Jurlitinform; 2012.
19. Marchak V. Osoblyvosti zastosuvannia prymusovykh zakhodiv medychnoho kharakteru do obmezheni osudnykh osib. *Bulletin of the Academy of the Prosecutor's Office of Ukraine.* 2007;4:51-55.
20. Mischenko E. Problemy dosudebnogo proizvodstva po delam o primenenii prinuditelnykh mer meditsinskogo kharaktera. *Bulletin of the Orenburg State University.* 2006;3:114-117.
21. Len V, Knyha M. *Prymusovi Zakhody Medychnoho Kharakteru: Tsili I Pidstavy Zastosuvannia*. Dnieper metallurgist; 2011.
22. Fahndrich E, Eichler G. Zwangseinweisung und Gemeindepsychiatrie. *Psychiatr Prax.* 1995;22(4):150-153.
23. Greku V. *Problemnye (osnovnye) Voprosy Primeneniia Prinuditelnykh Mer Meditsinskogo Kharaktera Po Rossiiskomu Ugolovnomu Zakonodatelstvu*. Training Center Master; 2013.
24. Zaitsev O. Spivvidnoshennia osudnosti, neosudnosti ta obmezhenoi osudnosti. в: *State and Law. Legal and Political Sciences: A Collection of Scientific Papers.* ; 2003.
25. Trubetskoi V. O primenenii prinuditelnykh mer meditsinskogo kharaktera k osuzhdennym za prestupleniia. *Human: crime and punishment.* 2010;3:49-52.
26. Kryminalnyi Kodeks Ukrainy vid 5 kvitnia 2001 roku. *Information of the Verkhovna Rada of Ukraine.* 2001;25-26.