

## **Методология формирования экспертных выводов и особенности построения судебно-психиатрического диагноза в уголовном процессе**

*Главное управление судебно-психиатрических экспертиз, Государственной службы медицинских судебных экспертиз, Белорусский государственный медицинский университет*

В данной статье с учетом современного законодательства рассматриваются актуальные вопросы, связанные с практикой судебно-психиатрических экспертиз. Помимо традиционной экспертной проблематики в уголовном процессе (установление невменяемости), разбираются и новые виды судебно-психиатрической экспертизы (определение «уменьшенной» вменяемости и др.) в отношении широкого спектра психических расстройств.

Ситуацию, сложившуюся на сегодняшний день в судебной психиатрии, некоторые из специалистов называют «новой экспертологической реальностью» [1, с.12]. Это довольно близко к истинному положению дел, поскольку в кратчайшие сроки правовая база экспертной деятельности была существенно трансформирована. Вступление в действие Положения о Государственной службе медицинских судебных экспертиз, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь № 808 от 29.декабря 2001 г., а также обновление процессуальных норм, как в уголовном, так и в гражданском судопроизводстве ознаменовали создание современных правовых основ экспертной, в том числе судебно-экспертной, деятельности [2].

В структуре Государственной службы медицинских судебных экспертиз создано Главное управление судебно-психиатрических экспертиз (ГУ СПЭ), в структуру которого входят стационарные и амбулаторные отделы СПЭ в г.Минске, областных центрах и других крупных городах Республики Беларусь. Ежегодно в Республике Беларусь производится порядка 30 тыс. СПЭ. Под эгидой Государственной службы медицинских судебных экспертиз работают свыше 100 медицинских судебных экспертов-психиатров и экспертов-психологов. Профессия «государственный медицинский судебный эксперт – психиатр» введена в Общегосударственный классификатор профессий (позиция 21127 в Едином квалификационном справочнике, вып.35, утвержден Постановлением Минтруда соцзащиты №159 от 27.2.2004г).

Новые тенденции в современной судебной психиатрии с максимальной полнотой гарантируют соблюдение фундаментальных принципов экспертной практики – независимости, непосредственности исследований и личной ответственности эксперта. Вместе с тем новые нормы задали и особые требования к фигуре эксперта, чей высокий профессионализм является основным залогом успешности происходящих в судебной психиатрии преобразований [1]. Именно с этим связано выделение специальности государственного медицинского судебного эксперта-психиатра, объем знаний которого существенно расширяется за счет включения целого ряда вопросов смежных наук и отличается значительной спецификой.

Диагностика – процесс определения природы заболевания или расстройства и отличие его от других возможных состояний. Целью диагностики, проводимой практикующим врачом-психиатром, является установление наличия либо отсутствия психического расстройства. Это основной определяющий фактор последующей

тактики: выбора метода лечения, прогнозирования исхода, проведения реабилитации, ресоциализации, вопросов трудоспособности и т.д. Задачи диагностики в судебно-психиатрической экспертизе иные.

Судебно-экспертный вывод не ограничивается альтернативным определением болезни, ее прогнозом и лечением. Эвристический процесс диагностики психического расстройства и выраженности психических симптомов – это лишь первый синтетический этап построения судебно-психиатрического диагноза на основе информации о прошлом подэкспертного и выявленных в ходе судебно-психиатрического обследования симптомов и синдромов [1]. Данный этап позволяет утвердить или отвергнуть предположение о принадлежности состояния данного лица к одной из категорий медицинского критерия любой из формул, содержащихся в Уголовном кодексе (невменяемости, уменьшенной вменяемости). При этом рамки и категории медицинского критерия не однородны. Например, в формуле невменяемости, несмотря на то, что Уголовный кодекс Республики Беларусь (УК РБ) четко определяет медицинский критерий, как «хроническое психическое расстройство, временное расстройство психики, слабоумие или иное болезненное состояние психики» [3, с. 41], юридическое содержание этих категорий не всегда совпадает с клиническим содержанием конкретного психического расстройства и может не соответствовать академическим представлениям о течении болезни. Так, понятие хронического психического расстройства в Клинической психиатрии предполагает заболевания, которые продолжаются всю жизнь, протекают непрерывно прогрессирующе или приступами с временными улучшениями и ухудшениями психического состояния. К таким расстройствам можно отнести, к примеру, шизофрению, расстройства психики при эпилепсии, биполярное аффективное расстройство и ряд других расстройств психики, удовлетворяющих этим критериям. Однако при шизофрении возможны состояния достаточно глубоких и стойких ремиссий, когда состояние больного близко к практическому выздоровлению (ремитирующая шизофрения) или ремиссий с незначительным проявлением дефектной симптоматики. То же относится и к биполярному аффективному или шизоаффективному расстройству, при которых отмечаются стойкие интермиссии. В таких случаях утверждать о наличии хронического психического расстройства, как медицинском критерии невменяемости, представляется сомнительным.

Под временным расстройством психики в психиатрии чаще подразумевают преходящие психические нарушения, заканчивающиеся полным выздоровлением [1, 4]. В судебной психиатрии критерий временного расстройства психики может применяться и в структуре другого психического расстройства, например нарушении сознания как главном критерии оценки психического состояния лица в момент общественно опасных действий при эпилепсии.

Сложности при экспертной оценке психического состояния возникают и при различных вариантах органических деменций, когда медицинский критерий невменяемости «слабоумие» может быть использован только в случаях далеко зашедшего органического процесса. Если же на фоне деменции присутствуют психотические расстройства, то вполне правомочно использовать медицинский критерий формулы невменяемости «хроническое психическое заболевание». Иными словами внешняя четкость медицинского критерия невменяемости требует специального анализа при выборе используемой юридической терминологии.

Медицинский критерий ст. 29 УК РБ (уменьшенная вменяемость) дан в самой общей форме – «болезненное психическое расстройство или умственная отсталость» [3, с.41], что позволяет весьма широко его трактовать. Но широкое и недифференцированное применение этого критерия неизбежно приведет к дискредитации самого понятия «уменьшенная вменяемость» и затруднению к правоприменению ст. 29 УК РБ. Поэтому требуется очень четкое определение тех клинических расстройств, при которых возможно использование этой правовой нормы, формирование методической основы, принципов и критериев обоснования выводов об уменьшенной вменяемости.

Широкой диапазон психических нарушений, влияющих на правовой статус подэкспертного, предполагает полно и дифференцированно подходить к психическим отклонениям в различных экспертных ситуациях, сравнивая и сопоставляя их с требованиями юридического критерия в каждом конкретном случае.

В совокупности психопатологических проявлений медицинского критерия невменяемости (уменьшенной вменяемости) при одних и тех же психических расстройствах не всегда в равной степени страдают отдельные психические функции, выраженность нарушений этих функций сугубо индивидуальна. Кроме того, не все нарушенные психические функции в равной мере оказывают существенное влияние на поведение подэкспертного в исследуемой ситуации. Преимущественное влияние, например, может оказать бредовая мотивация или когнитивные нарушения, которые препятствуют рефлексии и самокоррекции поведения, существенно ограничивая осмысление фактического характера и общественной опасности своих действий, и (или) эмоциональные нарушения, снижающие осознанный волевой контроль и препятствующие способности своими действиями руководить. Сложность и многогранность взаимовлияния отдельных психических процессов позволяет утверждать, что интеллектуальный и волевой компоненты юридического критерия чаще нельзя разобщать. Они существуют и действуют во взаимосвязи. Между тем в отдельных ситуациях возможно разобщение интеллектуального и волевого компонентов. Такие исключения лишь подтверждают общие правила.

Вторым этапом экспертного решения является сопоставление полученных данных о свойствах психического состояния подэкспертного с интеллектуальным и волевым компонентами юридического критерия в ситуации деликта. Это наиболее сложная и специфическая аналитическая часть судебно-психиатрической диагностики. Невозможно предвидеть все варианты сопоставления, однако экспертный вывод всегда должен выглядеть логичным, понятным, аргументированным и научно обоснованным.

Интеллектуальный и волевой компоненты составляют единую цепь в обосновании юридического критерия невменяемости либо уменьшенной вменяемости. При различных психических расстройствах могут иметь место различные сочетания отдельных его составляющих. Следует учитывать определенное взаимодействие и взаимовлияние интеллектуального и волевого компонентов.

В приведенных ниже примерах представлены некоторые алгоритмы сопоставления медицинского критерия и интеллектуального и волевого компонентов юридического критерия невменяемости либо уменьшенной вменяемости:

а). В экспертной практике встречаются случаи, когда эмоционально-волевые расстройства слабо-выражены, однако интеллектуальные-весьма значительны. Такое сочетание психических нарушений, как один из частных случаев, встречается у лиц,

страдающих умственной отсталостью. Казалось бы, не представляющие опасности, не склонные к конфликтам и каким-либо асоциальным действиям, достаточно адаптированные к жизненным условиям, такие лица в экстремальной ситуации, в силу неспособности принятия быстрого, адекватного и социально-приемлемого решения, иногда предпринимая общественно-опасные деяния в связи с возникшим состоянием растерянности, переходящей в агрессию. В таких случаях можно говорить о влиянии интеллектуального компонента юридического критерия на волевой и соответствующим образом формулировать для органа назначившего экспертизу экспертный вывод. Завершающая мотивировочная часть заключения должна содержать разъяснение при обосновании юридического критерия. Примерная схема обоснования может быть следующей: несмотря на то, что подэкспертному изначально не присущи значительные эмоционально – волевые расстройства, он, в силу выраженной интеллектуальной недостаточности, не мог принять быстрое, осознанное, социально приемлемое и контролируемое решение в данной конкретной субъективно сложной для него ситуации. В связи с тем, что отсутствовала возможность адекватно оценить обстановку и осознанно в данной ситуации прогнозировать последствия своих поступков, подэкспертный не мог контролировать и свое поведение. То есть в период времени, относящийся к инкриминируемому лицу деянию, присутствовал не только интеллектуальный, но и волевой компонент юридического критерия.

б). Способность подэкспертного лица к осознанию противоправности совершенного, приносимого вреда обществу, ущемления прав и законных интересов других лиц, причиняемых его поведением (экспертный критерий «сознавание общественной опасности своих действий») не всегда свидетельствуют о возможности сознавать фактический характер своих действий как способа и средства для достижения своих целей с учетом социальных норм. В конкретном случае обоснование юридического критерия могло бы быть следующим: когнитивные нарушения не препятствовали подэкспертному лицу формально сознавать противоправность своих действий в ситуации инкриминируемого ему деяния. Однако, в силу характерной для него торпидности мышления, он в исследуемой ситуации не мог охватить в целом происходившие события и принять адекватное решение. Нарушения причинно-следственных связей и отношений, свойственные мышлению подэкспертного, не позволяли ему в период времени, относящийся к инкриминируемому ему деянию, оценить обстоятельства, прогнозировать развитие событий и последствия своих действий...(далее следует вывод о невозможности сознавать фактический характер своих действий).

в). В судебно-психиатрической экспертной практике возможны ситуации, когда снижение критики обусловлено не столько нарушениями мышления и интеллектуальной недостаточностью, сколько влиянием на критические функции эмоционально-волевых расстройств, снижающих осознанный контроль ситуации. Это возможно при психических нарушениях у лиц, страдающих эпилепсией, когда интеллектуальный критерий может нарушаться не столь существенно, однако ярко выражены специфические расстройства личности, проявляющиеся аффективной заряженностью, негибкостью поведения, склонностью к накоплению отрицательно окрашенных переживаний, непониманием мотивов поступков и эмоций других людей, формированием труднокорректируемых суждений в сочетании с аффективной взрывчатостью, брутальностью [4]. В состоянии тяжелых дисфорий непароксизмального характера такие лица могут совершать агрессивные действия,

сопровождающиеся особой тяжестью. Мотивируя экспертный вывод, следует пояснять, что личностные особенности, непосредственно влияя на волевой компонент, опосредованно способствовали снижению уровня осознания и адекватного прогнозирования последствий совершенного.

г). В отдельных, достаточно редких случаях осознание противоправности поступка и фактического характера своих действий не приводит к адекватному регулированию поведения и отказу от неправомерных действий. Такие ситуации возможны, например, при расстройствах личности, патологических расстройствах привычек и влечений. Изолированное применение эмоционально-волевого компонента юридического критерия экспертами-психиатрами должно быть тщательно взвешено и обдуманно. Аргументированное обоснование такого экспертного вывода должно содержать сведения о динамике психического расстройства и убедительные доводы о причинах, не позволяющих руководить (в полной мере руководить) своими действиями.

В выборе рекомендаций вида принудительных мер безопасности и лечения, судебно-психиатрические комиссии руководствуются не только характером совершенного деяния [5,6,7]. В обосновании того или иного вывода о применении принудительных мер безопасности и лечения в экспертном заключении учитывается и отмечается актуальное психическое состояние лица и вероятностный прогноз, обуславливающий степень социальной опасности [8, 9 ].

Формулирование и обоснование экспертного заключения в юридическом смысле является завершающей и, вместе с тем, интегративной стадией судебно-психиатрического диагноза. Естественно, что окончательное решение по этим вопросам, их утверждение и законная сила является исключительной прерогативой суда. Заключение эксперта является одним из доказательств при расследовании в уголовном процессе. Влияние психических расстройств на поведение человека в криминальной ситуации чаще всего носит характер логически аргументированной гипотезы, кроме тех случаев, когда эти расстройства носят отчетливый психотический характер и отражаются в криминальном поведении.

Абсолютизация нозологического принципа в судебной психиатрии при современном развитии психиатрической систематики уходит в прошлое. Привычная для отечественной судебной психиатрии нозологическая парадигма вступает в известное противоречие с используемой в Республике Беларусь Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (раздел V «Психические и поведенческие расстройства») [10]. Вместе с тем, хотя принятая классификация дисциплинирует диагностическое мышление эксперта и представляет определенные стандарты диагностических построений, в случае формального ее использования, из-за статичности стандартов подхода в ряде экспертных ситуаций снижается диагностическая ценность и доказательность обоснования экспертного заключения. Поэтому особенности построения судебно-психиатрического диагноза заключаются именно в многоосевом (мультиаксиальном) ракурсе его оценки. Это полностью согласуется с традиционными для отечественной судебно-психиатрической школы (Д.Е. Мелехов, Б.В.Шостакович и др.) представлениями о «функциональности» диагноза в соответствии с поставленной перед судебным психиатром задачей [11]. По мнению Б.В.Шостаковича, в судебной психиатрии любой экспертный диагноз a priori является функциональным, поскольку в квалифицированном экспертном заключении в обязательном порядке учитываются: наличие и степень выраженности

психопатологической симптоматики – Ось 1; почва, на которой эта симптоматика развивается (расстройства личности и умственная отсталость – Ось 2; наличие соматических нарушений, находящихся в причинной связи с психическим состоянием («актуальный психофизический статус») – Ось 3; влияние психотравмирующих обстоятельств и отрицательных воздействий окружающей среды – Ось 4; уровень социальной адаптации и прогноз – Ось 5 [11,12]. Экспертное решение включается в Ось 5, поскольку отражает существующую и прогнозируемую социальную адаптацию субъекта, включая оценку риска противоправного поведения.

### **Литература**

1. Руководство по судебной психиатрии/ Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича, А.А.Ткаченко. – М.: Медицина, 2004. – 592 с.
2. Положение о Государственной службе медицинских судебных экспертиз. Утверждено Указом Президента Республики Беларусь № 808 от 29.декабря 2001 г.
3. Уголовный кодекс Республики Беларусь.-Мн.: Национальный центр правовой информации Республики Беларусь, 2005.-301 с.
4. Агрессия и психические расстройства/ Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича, А.А.Ткаченко. Т.П.-М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, 2005. – 200 с.
5. Котов В.П., Мальцева М.М. Опасные действия психических больных: генез, принципы дифференциации, риск совершения. //Руководство по судебной психиатрии. М.,2004. С. 428-433.
6. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психических больных (психопатологические механизмы и профилактика). М., 1995.-225 с.
7. Назарова Н.В. Особо опасные агрессивные действия психически больных в аспекте их профилактики (клинико-катамнестическое исследование): Автореф.дис... канд.мед.наук. М., 1990. – 28 с.
8. Шостакович Б.В. Проблема опасности психически больных //Руководство по судебной психиатрии. М.,2004. С.108-115.
9. Nedopil N. Forensische Psychiatrie. Stuttgart – New York: Thieme,1996.
10. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (10-й пересмотр). Классификация «Психических и поведенческих расстройств.-СПб.: АДИС,1994.-302 с.
11. Шостакович Б.В. Современные проблемы теории и методологии судебно-психиатрического диагноза// Судебная психиатрия. Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики/ Под ред. акад. РАМН Т.Б.Дмитриевой.-М.: ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, 2005.-С. 220 – 237.
12. Diagnostic Criteria from DSM-IV Published from APA.-Washington, 1994.-P.37