Игумнов Сергей Александрович
Кафедра психологии Белорусского
государственного университета
220004. Минск, ул. Кальварийская, 9,
Sigumnov67@gmail.com

Igumnov Sergeij
Psychology Dpt,
Belarusian State University
220004. Minsk, Kalvaryjskaja Str., 9

МЕТОДОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ ВЫВОДОВ ПРИ «УМЕНЬШЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ»

METHODOLOGY OF EXPERT CONCLUSIONS FORMULATION IN CASES OF «DIMINISHED RESPONSIBILITY»

Резюме. Статья представляет собой обзор современных представлений уменьшенной (ограниченной) вменяемости, включая основные дефиниции, обзор законодательных актов и форм их практической реализации в Республике Беларусь. Предлагаются алгоритмы методологии формирования экспертных выводов, базирующиеся на анализе юридического и медицинского критериев уменьшенной вменяемости в определенных ситуациях.

Abstract. The article provides the review of the current approach to diminished responsibility, including the major definitions, legislative acts and forms of its practical realization in the Republic of Belarus. The authors also provide the recommended algorithms of proper methodology of expert conclusion formulation basing on the analysis of contribution of legislative and medical criteria of diminished responsibility in certain situations.

Ключевые слова: Республика Беларусь, уменьшенная вменяемость, законодательство, экспертные выводы.

Key words: Republic of Belarus, diminished responsibility, legislation, expert conclusions.

Уменьшенная вменяемость (в УК Российской Федерации (далее РФ) – «ограниченная вменяемость») – термин, используемый в уголовно-правовой теории для обозначения психического состояния лица, способности которого осознавать характер и общественную опасность своих действий или руководить ими ограничены ввиду наличия у него какого-либо психического расстройства [1].

Современная юридическая наука признаёт, что лица с нарушениями психики пограничного уровня (различные формы расстройств личности, неврозы, остаточные явления черепно-мозговых травм, алкоголизм, наркомания, токсикомания и т.д.) не могут быть приравнены в уголовно-правовом отношении к полностью здоровым [2– 5]. Ввиду этого в той или иной форме концепция ограниченной вменяемости находит выражение в

законодательстве многих стран мира: Франции, ФРГ, Швейцарии, Польши и т.д. В Уголовный кодекс (далее – УК) РФ 1996 года (ст. 22 УК РФ) была введена норма об ответственности лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости [6], которая сразу же вызвала большое количество споров.

Статья 29 УК Республики Беларусь (от 9.07.1999 г.) гласит:

1. Лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии уменьшенной вменяемости, то есть не могло в полной мере сознавать значение своих действий или руководить ими вследствие психического расстройства (заболевания) или умственной отсталости, не освобождается от уголовной ответственности.

2. Состояние уменьшенной вменяемости может учитываться при назначении наказания или иных мер уголовной ответственности, а также служить основанием для применения к лицу принудительных мер безопасности и лечения.

Статья 106 УК Республики Беларусь предполагает применение принудительных мер безопасности и лечения в отношении лиц с уменьшенной вменяемостью [7]:

1. К лицам, совершившим преступление в состоянии уменьшенной вменяемости, а также заболевшим после постановления приговора или во время отбывания наказания психическим расстройством (заболеванием), но не утратившим полностью возможность сознавать значение своих действий или руководить ими, при необходимости судом могут быть применены принудительные меры безопасности и лечения.

2. К лицам, указанным в части 1 настоящей статьи, осужденным к аресту, лишению свободы или пожизненному заключению, принудительные меры безопасности и лечения применяются по месту отбывания наказания, а в отношении осужденных к иным видам наказания или иным мерам уголовной ответственности – по месту жительства путем принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра.

В ныне действующем УК существенно изменились и расширились вопросы, касающиеся медико-правовой компетенции, что отражает общую тенденцию развития медицинского права в Беларуси. На примере нового уголовного закона наглядно проявился процесс сближения национального законодательства с международным правом, приближения его к единым, складывающимся на международном уровне подходам к регламентации многих вопросов. Именно этот подход обусловил включение в УК ряда новых медико-правовых положений. Прежде всего следует отметить, что в УК уточнено понятие невменяемости (ст. 28). Впервые в УК введены понятия уменьшенной вменяемости (ст. 29), состояния аффекта (ст. 31), уточнено понятие состояния опьянения (ст. 30).

Уменьшенная вменяемость трактуется как состояние, в котором лицо не могло в полной мере сознавать значение своих действий или руководить ими вследствие болезненного психического расстройства или умственной отсталости. В таком случае лицо не освобождается от уголовной ответственности, но состояние уменьшенной вменяемости может учитываться при назначении наказания или иных мер уголовной ответственности, а также служить основанием для применения к лицу принудительных мер безопасности и лечения [8].

Определены четыре вида принудительных мер безопасности и лечения, применяемых к психически больным [7]:

- 1) принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра;
- 2) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) с обычным наблюдением;
- 3) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) с усиленным наблюдением;
- 4) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) со строгим наблюдением.

Предусматривается, что изменение и прекращение применения к психически больным принудительных мер безопасности и лечения

осуществляется судом на основании заключения врачей-психиатров. Указанная категория больных должна не реже одного раза в шесть месяцев подвергаться освидетельствованию комиссией врачей-психиатров.

Лечение от хронического алкоголизма, наркомании или токсикомании осужденных к аресту, лишению свободы проводится по месту отбывания наказания, а осужденных к иным видам наказания или иным мерам уголовной ответственности – по месту жительства путем принудительного амбулаторного наблюдения и лечения (ст. 107) [7].

Юридический критерий уменьшенной вменяемости заключается в наличии у лица способности: частично осознавать значение своих действий (интеллектуальный признак) и не в полной мере руководить своими действиями (волевой признак). Медицинский критерий уменьшенной вменяемости заключается в наличии у лица болезненного психического расстройства или умственной отсталости.

Уменьшенная вменяемость является видом вменяемости (но никак не невменяемости). При таком состоянии лицо не лишается способности осознавать свои деяния и руководить ими. Поскольку лицо действует осознанно, оно также в состоянии отвечать перед правосудием за свои поступки и может быть исправлено применением к нему наказания [7].

Рассмотрим методологию формирования экспертных выводов и особенности построения судебно-психиатрического диагноза в уголовном процессе [13]. Медицинский критерий ст. 29 УК РБ (уменьшенная вменяемость) дан в самой общей форме – «болезненное психическое расстройство или умственная отсталость» [7, 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.

Широкий диапазон психических нарушений, влияющих на правовой статус подэкспертного лица, предполагает полно и дифференцированно подходить к психическим отклонениям в различных экспертных ситуациях, сравнивая и сопоставляя их с требованиями юридического критерия в каждом конкретном случае [13].

В выборе рекомендаций вида принудительных мер безопасности и лечения, судебно-психиатрические комиссии руководствуются не только характером совершенного деяния [9–12]. 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 [13-15].

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») [16].

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 [17].

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 [16;18].

Экспертное решение включается в Ось 5, поскольку отражает существующую и прогнозируемую социальную адаптацию субъекта, включая оценку риска противоправного поведения.

1. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. М. : Медицина, 2004. 592 с.

2. Курс уголовного права. Общая часть. Том 1: Учение о преступлении / Под ред. Н.Ф. Кузнецовой и И.М. Тяжковой. М., 2002. С. 284.

3. Курс уголовного права. Общая часть. Том 1: Учение о преступлении / Под ред. Н. Ф. Кузнецовой и И. М. Тяжковой. М., 2002. С. 285.

4. Цымбал Е.И. Ограниченная вменяемость: дискуссионные вопросы теории и правоприменительной практики. *Уголовное право*. 2002. № 1. С. 58.
5. Аргунова Ю. Н. Применение нормы об ограниченной вменяемости / Ю.Н. Аргунова // *Российская юстиция*. 1999. № 7. С. 42.
6. Уголовный кодекс Российской Федерации. М. : Эксмо, 2015. 224 с.
7. Уголовный кодекс Республики Беларусь. Минск : Национальный центр правовой информации Республики Беларусь, 2005. 301 с. [http:// kodeksy-by.com/ugolovnyj_kodeks_rb/29.htm](http://kodeksy-by.com/ugolovnyj_kodeks_rb/29.htm)
8. Кралько, А.А. Медико-правовые аспекты нового криминального кодекса Республики Беларусь. *Медицинские Новости*. 2000. № 6. С. 43-46.
9. Агрессия и психические расстройства / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2005. 200 с.
10. Котов В.П., Мальцева М.М. Опасные действия психических больных: генез, принципы дифференциации, риск совершения. Руководство по судебной психиатрии. М., 2004. С. 428-433.
11. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психических больных: психопатологические механизмы и профилактика. М., 1995. 225 с.
12. 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.
13. Новиков В.В., Лапицкий Г.А., Игумнов С.А. Методология формирования экспертных выводов и особенности построения судебно-психиатрического диагноза в уголовном процессе. *Медицинский журнал*. 2006. №3. С.65-67.
14. Шостакович, Б.В. Проблема опасности психически больных. Руководство по судебной психиатрии. М., 2004. С.108-115.
15. Nedopil N. Forensische Psychiatrie. Stuttgart New-York: Thieme, 1996.
16. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб: АДИС, 1994. 302 с.
17. Шостакович, Б.В. Современные проблемы теории и методологии судебно-психиатрического диагноза. Судебная психиатрия. Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики. М. : ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, 2005. С. 220 – 237.
18. Diagnostic Criteria from DSM-IV Published from APA.Washington, 1994. P.37.