1. **Судебно-психиатрическое экспертное заключение и его оценка следствием и судом**

Основным и приоритетным направлением судебной психиатрии является проведение судебно-психиатрической экспертизы, которая находится в ведении государственных opгановздравоохранения. Оперативное руководство осуществляет Министерство здравоохранения через управление (отделы) здравоохранения регионов страны, а методическое и научный Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Производство судебно-психиатрической экспертизы возложено на федеральные и муниципальные психиатрические больницы и психоневрологические диспансеры.

Основные правовые вопросы данного вида экспертизы определены ст. 14 Закона РФ 22 июля 1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Организация и порядок ее проведения регламентированы инструкцией МЗ СССР от 27 октября 1970 г. «О производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР, приказами Министерства здравоохранения РФ от 16 декабря 1993 г. №292 «Об организм: стационарной судебно-психиатрической экспертизы», от 7 апреля 1999 г. №113 «О мерах г совершенствованию судебно-психиатрической экспертизы», Федеральным законом от 31 2001 г. №73 «О государственной судебно-психиатрической деятельности в РФ» и методическими документами ГНЦСиСП им. В.П.Сербского. Кроме того, на работу судебно-психиатрических экспертных комиссий распространяются все соответствующие проведению экспертиз положения Уголовно-процессуального и Гражданского процессуального кодексов РСФСР, времени действующих в России до принятия новых.

Как известно, судебно-психиатрическая экспертиза необходима тогда, когда в ходе судебного следственного процесса потребовались специальные (медицинские) знания в области психиатрии. Следует особо подчеркнуть, что руководящими принципами отечественной судебно-психиатрической школы являются объективность, доказательность и независимость. Они и установив необходимость комиссионного порядка работы экспертов-психиатров, определили цели и задачи данной экспертизы в уголовном и гражданском судебно-следственных процессах, ее формы, а также основания для производства.

Акт судебно-психиатрической экспертизы врачей-психиатров является одним из источников доказательства по уголовным и гражданским делам. Но и он подлежит оценке органами следствия и суда, которые и делают окончательный вывод о невменяемости или недееспособности обследованного ими лица. Юристы определяют этот медицинский документ по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном и объективном разбирательстве всех обстоятельств дела, но всегда руководствуясь своими профессиональными знаниями и опытом законом и правосознанием. В то же время следует помнить, что наличие приводимых в актах судебно-психиатрической экспертизы тех или иных положений для следователя, прокурора и суды не имеет заранее установленной истины. Это возлагает на юристов особую ответственность перед обществом.

Правильное решение вопроса о дальнейшем порядке производства по делу и необходимости применения к лицу принудительных мер медицинского характера при наличии сомнений в психическом состоянии обвиняемого невозможно без назначения и производства судебно-психиатрической экспертизы.

Судебно-психиатрическая экспертиза — это специальное исследование, проводимое одним или группой судебно-психиатрических экспертов с целью дать заключение о психическом состоянии субъекта в уголовном и гражданском судопроизводстве.

Основными задачами судебно-психиатрических экспертиз являются:

а) определение вменяемости — невменяемости;

б) определение дееспособности — недееспособности;

в) определение процессуальной дееспособности в уголовном процессе;

г) определение процессуальной дееспособности в гражданском судопроизводстве;

д) рекомендации по применению принудительных мер медицинского характера;

е) определение возможности психически больных осужденных (по медицинским показаниям) отбывать наказание в исправительных учреждениях.

Большинство судебно-психиатрических экспертиз в России проводится в государственных судебно-психиатрических экспертных учреждениях. В судебной психиатрии функции экспертного учреждения выполняют судебно-психиатрические экспертные комиссии (СПЭК) и судебно-психиатрические экспертные отделения, организуемые при психиатрических учреждениях общего профиля — психиатрических больницах и психоневрологических диспансерах. Экспертные комиссии и экспертные отделения проводят судебно-психиатрические экспертизы на регулярной основе по правилам производства судебных экспертиз в экспертном учреждении. Ведущим в системе государственных судебно-психиатрических экспертных учреждений является Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского (ГНЦС и СП им. В.П. Сербского).

Порядок организации судебно-психиатрических экспертных учреждений определяется ведомственными нормативными актами Минздрава России, которые согласовываются в необходимых случаях с федеральными правоохранительными органами и юридическими ведомствами — Верховным судом РФ, Генеральной прокуратурой РФ, МВД России, Минюстом России (важнейшими среди них являются Инструкция о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 г. и Положение об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии от 5 декабря 1985 г.).

Согласно этим нормативным документам судебно-психиатрические экспертные комиссии подразделяются на амбулаторные и стационарные. Некоторые из них правомочны проводить как амбулаторные, так и стационарные экспертизы (смешанные комиссии).

Для производства стационарной экспертизы при психиатрических учреждениях, имеющих стационарные судебно-психиатрические экспертные комиссии, открываются специализированные

1. **Судебно-психиатрическая экспертиза о возможности принимать участие в воспитании детей**

Решение вопроса о возможности одного из родителей принимать участие в воспитании детей регламентируется содержанием ст.73 Семейного кодекса об ограничении родительских прав. Согласно данной статье:

«1. Суд может с учетом интересов ребенка принять решение об отобрании ребенка у родителей (одного из них) без лишения их родительских прав (ограничение родительских прав).

1. Ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителями (одним из них) опасно для ребенка по обстоятельствам, от родителей (одного из них) не зависящим (психическое расстройство или иное хроническое заболевание, стечение тяжелых обстоятельств и др.). Ограничение родительских прав допускается также в случаях, если оставление ребенка с родителями (одним из них) вследствие их поведения является опасным для ребенка, но не установлены достаточные основания для лишения родителей (одного из них) родительских прав...
2. Иск об ограничении родительских прав может быть предъявлен близкими родственниками ребенка, органами и учреждениями, на которые законом возложены обязанности по охране прав несовершеннолетних детей, дошкольными образовательными учреждениями, общеобразовательными учреждениями и другими учреждениями, а также прокурором.
3. Дела об ограничении родительских прав рассматриваются с участием прокурора и органа опеки и попечительства...».

Следует подчеркнуть, что предусмотренное Семейным кодексом РФ ограничение родительских прав значительно отличается по своему содержанию и процессуальным последствиям от лишения родительских нрав, условия которых также сформулированы в Семейном кодексе РФ.

Закон рассматривает лишение родительских прав в отношении неисполнения своих обязанностей.

По смыслу этой статьи родители (один из них) могут быть лишены родительских прав, если они: уклоняются от выполнения обязанностей родителей, злоупотребляют своими родительскими правами; жестоко обращаются с детьми; являются больными хроническим алкоголизмом или наркоманией; совершили умышленное преступление против жизни и здоровья своих детей либо против жизни и здоровья супруга.

В противоположность этому ограничение родительских прав предусматривает случаи, которых оставление ребенка с родителями или одним из них опасно для ребенка по обстоятельствам, от них не зависящем, в частности, при психическом расстройстве или ином хроническом заболевании. Таким образом, в соответствии с формулировкой задачей судебно-психиатрические. экспертизы является определение психического состояния подэкспертного с учетом ихпсихических расстройств, которые могут определять опасность для ребенка, с обязательна установлением отдаленного прогноза заболевания.

В этих случаях экспертиза чаще проводится в отношении психически больных женщин неблагоприятным течением психического заболевания (шизофрения, эпилепсия, органиченное поражение головного мозга).

Критериями опасности для пребывания с ними ребенка следует считать: наличие клинической карте психического заболевания грубых психопатоподобных расстройств; бредень идей ревности, преследования, отравления, воздействия, направленных на конкретных людей из ближайшего окружения — одного из супругов, детей, внуков и других родственников; преобладание глубокой депрессии с упорными попытками самоубийства.

Такие больные совершают опасные действия по бредовым мотивам — уводят из дома детей препятствуют оказанию им медицинской помощи, пытаются совершить расширенное самоубийство из альтруистических убеждений (прежде чем покончить с собой, убить детей с целью оградить от неминуемых мучений, которые их ожидают, по мнению больных, в состоянии глубокой депрессии).

Отмеченные психические расстройства определяют оценку психического состояние подобных больных, как представляющих опасность для ребенка, со всеми вытекающими из этого последствиями. В случае ограничения родителей в их родительских правах или признание родителей недееспособными, а также других случаях отсутствия родительского попечения, защита прав и интересов детей возлагается на органы опеки и попечительства

1. **Определение понятия наркомании, ее формы**

Среди психоактивных веществ выделяют наркотики и токсические вещества. Сюда не относятся лекарственные средства с психотропным эффектом (так называемые психотропные вещества), разрешенные к медицинскому применению фармакологическим комитетом. Под наркотиком понимают вещество, соответствующее следующим критериям:

а) оно оказывает специфическое действие (седативное, стимулирующее, галлюциногенное и т.д.) на центральную нервную систему, что является причиной его немедицинского потребления (медицинский критерий);

б) немедицинское его потребление имеет большие масштабы, и последствия этого приобретают социальную значимость (социальный критерий);

в) в установленном законом порядке оно признано наркотическим средством и включено Минздравом России в список наркотических средств (юридический критерий). Следовательно, к наркотическим средствам относят вещества, которые внесены в Список наркотических средств, определяемый ВОЗ.

Психоактивные средства, не отнесенные к списку наркотиков, обычно называются токсическими. Они обладают всеми психотропными свойствами наркотиков, имеют общие с ними закономерности формирования зависимости. Более того, расстройства вследствие формирующейся зависимости от некоторых токсических средств бывают даже более тяжелыми, чем при употреблении наркотиков. Однако социальная опасность злоупотребления ими пока не столь высока, и вследствие этого они наркотиками не признаны.

Медицинские классификации психоактивных веществ традиционно основываются на особенностях действия различных средств на центральную нервную систему (стимуляторы, галлюциногены, эйфоризаторы, транквилизаторы, седативные средства и т.д.) или на способах введения (ингалянты). Одно и то же вещество в зависимости от дозы и способа введения может оказывать неодинаковое действие.

В соответствии с МКБ-10 к психоактивным средствам относятся: алкоголь, опиоиды, каннабиоиды, седативные или снотворные вещества, кокаин, стимуляторы, включая кофеин, галлюциногены, табак, летучие растворители.

Употребление психоактивного вещества, независимо от способа его введения, приводит к развитию состояния острой интоксикации. Это состояние (синдром), возникающее после приема психоактивного вещества и характеризующееся психическими и телесными нарушениями (симптомами), меняющимися во времени, различными в начале, апогее и на спаде интоксикации.

Среди психических расстройств при состояниях интоксикации выделяют расстройства сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения.

***Опьянение каннабиоидами.*** Каннабиоиды — это вещества, обладающие аналгезирующим, противосудорожным и гипнотическим эффектом. В данную группу входят препараты, приготовленные из различных частей конопли: марихуана (смесь листьев, соцветия), гашиш (смолка, гашишное масло).

Опьянение каннабиоидами характеризуется эйфорией на фоне различных по глубине нарушений сознания, вплоть до онейроидных состояний.

Опьянение обычно сопровождается разнообразными расстройствами восприятия. В начале интоксикации субъективно ощущаются снижение слуха и остроты зрения: звуки кажутся глухими, контуры предметов — расплывчатыми. Затем способность к восприятию окружающего улучшается: цвет окружающих предметов приобретает особую яркость, красочность, звуки — громкость и ясность. Появляются деперсонализационные расстройства в форме нарушения схемы тела, раздвоенности своего «Я». Эти переживания сопровождаются страхом «сойти с ума».

При передозировке гашиша или повышенной индивидуальной чувствительности к нему могут развиваться психотические формы опьянения (гашишные психозы) делириозно-онейроидной структуры в виде сумеречного помрачения сознания, острого параноида. Длительность острых интоксикационных психозов — от нескольких часов до нескольких дней.

*Опийное опьянение.* Опиоиды являются наиболее известными и распространенными в мире наркотиками. Они применяются в медицине как обезболивающие средства уже около XVIII вв.

Опий — это естественный продукт, получаемый из высушенного млечного сока незрелых головок опийного (снотворного) мака. Известно около 20 различных алкалоидов, получаемых из опия. Это морфин, омнопон, кодеин, гидроморфин, дионин, а также героин (диацетилморфин), получаемый из морфина и обладающий в 10 раз большим наркотическим эффектом. К синтетическим опиатам, получаемым в лабораториях, относятся метадон (фенадон), пропоксифен, промедол, меперидин, леморан, деморфан, эстоцин и др.

Состояние интоксикации при употреблении различных алкалоидов опия в общем идентично и характеризуется прежде всего выраженным эйфоризирующим эффектом.

При передозировке опиатов психотические эпизоды, как правило, не возникают, сноподобное состояние переходит в кому. Смерть наступает от паралича дыхательного центра с развитием отека легких. В ряде случаев при передозировке кустарно приготовленного ацетилированного опия могут возникать кратковременные эпизоды делириозного или онейроидного характера.

***Опьянение снотворными средствами.*** Снотворными являются вещества, вызывающие дремотное состояние и сон. К данной группе относятся производные барбитуровой кислоты (барбитураты) и бензодиазепины. Выделяют барбитураты длительного (фенобарбитал или люминал), среднего (барбамил или веронал, барбитал-натрий или мединал, амитал-натрий или барбамил) и короткого действия (этаминал-натрий или нембутал).

Барбитураты угнетают кору головного мозга, симпатическую нервную систему, дыхательный центр, понижают обмен веществ. Употребляются они вовнутрь и внутривенно. Смертельной дозой барбитуратов считается одномоментный прием около десяти терапевтических разовых доз каждого препарата или их смеси (2 г фенобарбитала, 1 г этаминала натрия). Характерными чертами опьянения снотворными средствами являются заторможенность, лабильность аффекта, нарастающая дискоординация движений. Ориентировка в месте, времени и собственной личности в момент опьянения сохранена. Исключение представляет наркотизация достаточно высокими дозами барбитуратов.

***Острая интоксикация кокаином.*** Кокаин относится к стимуляторам. Типичное кокаиновое опьянение можно охарактеризовать как маниакальноподобное состояние с выраженной эйфорией

и повышенной активностью, самоуверенностью. Одновременно появляются определенная настороженность, склонность к конфликтам. Субъективно ощущается повышение творческих способностей, появление небывалой сообразительности, особой глубины собственных мыслей. Отмечается также приятное самочувствие, легкость во всем теле. Характерным считается половое возбуждение, иногда с тенденцией к гомосексуальности.

***Опьянение психостимуляторами.*** К данной группе наркотических средств, кроме кокаина, относятся амфетамины, разнообразные кустарно изготовленные психостимуляторы (первитин, эфедрон).

Основным эффектом после употребления препаратов данной группы является стимуляция всех психических процессов с выраженной эйфорией, повышением самооценки. Эйфория достигает степени экзальтации, внезапного просветления, «озарения». Вместе с тем возможны быстрая смена эмоциональных переживаний с появлением раздражительности, настороженности, конфликтная, в отдельных случаях воинственная агрессивность. При передозировке психостимуляторов могут развиваться острые параноидные состояния, делириозные и онейроидные (особенно при кокаине) помрачения сознания. Их длительность — до одного-двух суток. Они заканчиваются, как правило, полным выздоровлением с критическим отношением к перенесенному. Для кокаиновых психозов, независимо от их психопатологической структуры, характерны тактильные галлюцинации и ограниченность психоза только периодом интоксикации.

***Острая интоксикация галлюциногенами.*** Галлюциногенами называют вещества, способные при приеме их даже в умеренных дозах вызывать галлюцинации. К ним относятся более 100 естественных и синтетических препаратов. Наиболее известны псилоцибин, обнаруживаемый в грибах, мескалин, содержащийся в кактусе (естественные, природные вещества), лизергин и его производные, диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД) и др.

При употреблении естественных, природных галлюциногенов развиваются психотические формы опьянения с развитием непродолжительных онейроидных эпизодов. При этом окружающее кажется странным, нереальным. Нарушается восприятие времени, схемы тела. Исчезает критика к своему состоянию. Первыми редуцируются нарушения сознания, потом эмоциональные расстройства. Воспоминания на период расстроенного сознания искажены, отрывочны, может наблюдаться частичная амнезия.

***Острая интоксикация ингалянтами.*** Ингалянты — это летучие вещества, которые вдыхают с целью достижения состояния одурманивания. Токсикоманами используются бензол, ксилол, толуол, ацетон и другие кетоны, этиловый и амиловый эфиры, метиловый и изопропиловый спирты и др. Психические нарушения при употреблении ингалянтов характеризуются зрительными галлюцинациями, эйфорией, окружающий мир выглядит ярким, радостным. Эйфорический фон сохраняется на всем протяжении опьянения вплоть до глубокого оглушения.

Среди психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ выделяют синдром зависимости, который, по определению ВОЗ, представляет собой «состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества».

Зависимость характеризуется следующими признаками:

а) овладевающим желанием или неодолимым влечением (компульсией) продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями;

б) тенденцией увеличивать дозу, обнаруживая рост толерантности;

в) возникновением «индивидуальных и социальных проблем», обусловленных злоупотреблением.

*К синдрому* ***зависимости*** относятся заболевания, традиционно определяемые в отечественной психиатрии и наркологии как алкоголизм, наркомании и токсикомании. Алкоголизм, наркомании и токсикомании — это прогредиентные заболевания, возникающие в результате систематического злоупотребления алкоголем (при алкоголизме), наркотическими (при наркомании) или другими психоактивными веществами, не включенными в список наркотиков (при токсикомании), и характеризующиеся формированием психической и физической зависимости от употребляемого вещества, патологическим влечением к его приему, изменением реактивности организма, абстинентными нарушениями и специфическими изменениями личности.

***Толерантность*** к психоактивному веществу определяется его минимальной дозой, способной вызвать желаемый психофизический эффект (состояние одурманивания, купирование абстинентных нарушений). Для синдрома зависимости характерно первоначально повышение толерантности к психоактивному веществу. Это проявляется в необходимости увеличения доз психоактивного вещества для достижения прежнего эффекта или в необходимости вводить данное вещество все большее число раз в течение суток. В дальнейшем, при регулярном приеме психоактивных веществ, толерантность снижается.

***Психическая зависимость*** от психоактивного вещества — состояние психического комфорта. Оно возможно только в состоянии опьянения, вне опьянения возникает раздражительность, пониженное настроение, постоянные мысли об употребляемом психоактивном веществе. Субъективным проявлением психической зависимости является постоянное стремление больного к повторному употреблению психоактивного вещества, что некоторыми авторами трактуется как обсессивное влечение.

***Синдром отмены*** — это группа симптомов, возникающих при полном или частичном прекращении употребления психоактивного вещества, а также при неадекватной его замене. Он включает физическую зависимость, физическое (компульсивное) влечение и абстинентный синдром.

***Судебно-психиатрическая оценка.*** Значение употребления психоактивных веществ как провоцирующего фактора при совершении противоправных действий общепризнано. Однако нет достаточных оснований для признания лиц, совершивших правонарушение в состоянии непсихотических форм наркотического опьянения, невменяемыми. Это связано с тем, что в какой-то мере даже при тяжелой степени опьянения сохраняется способность разобраться в ситуации, в действиях этих лиц можно установить связь с внешним раздражителем. Здесь имеет место лишь количественное усиление эмоционально-волевых проявлений без развития качественно иных психотических расстройств (бред, галлюцинации, расстроенное сознание), наличие которых полностью лишало бы данное лицо возможности осознавать фактический характер и фактическую опасность своих действий либо руководить ими.

Таким образом, непсихотическое наркотическое опьянение не может рассматриваться в аспекте критериев невменяемости. В соответствии с этим законодательство однозначно относится к оценке лиц, совершивших правонарушение в состоянии опьянения. Согласно ст.23 УК «лицо, совершившее преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением... наркотических средств или других одурманивающих веществ, подлежит уголовной ответственности».

1. **Виды судебно-психиатрической экспертизы**

Судебно-психиатрические экспертизы составляют самостоятельный род судебных экспертиз, включенный в класс судебно-медицинских и психофизиологических экспертиз наряду с судебно-медицинской и судебно-психологической. На судебно-психиатрические экспертизы распространяются классификации, общие для всех судебных экспертиз. Вместе с тем они имеют и свое специфическое деление. Существуют два вида судебно-психиатрических экспертиз — общая и специальная.

Общая классификация включает экспертизу основную и дополнительную, первичную и повторную и т.д.

***Экспертизы основная и дополнительная.*** Основной является экспертиза, назначенная для решения поставленных перед экспертами вопросов. Дополнительной по отношению к ней явится новая экспертиза, назначенная в связи с неполнотой или недостаточной ясностью прежнего (основного) экспертного заключения, но при отсутствии сомнений в достоверности его выводов. Дополнительная экспертиза проводится лишь тогда, когда неполноту либо недостаточную ясность основного экспертного заключения нельзя устранить с помощью допроса эксперта и последнему требуются дополнительные исследования.

Дополнительную экспертизу можно поручить как экспертам, проводившим предыдущую (основную) экспертизу, так и другим экспертам (ч.1 ст.81 УПК, ч.1 **ст.181 ГПК).**

***Экспертизы первичная и повторная.*** Первичная экспертиза проводится впервые по делу в отношении данного лица, повторная — вторично в отношении данного лица при наличии сомнений в обоснованности или правильности выводов первичной экспертизы (ч.2 ст.81 УПК). По делу может быть назначено несколько повторных экспертиз, которые по порядку их назначения именуются второй, третьей, четвертой и т.д.

Производство повторной экспертизы поручается только другим экспертам (ч.2 ст.81 УПК, ч.2 ст.181 ГПК). Сомнения в обоснованности или правильности заключения первичной экспертизы приводят следователя (суд) к выводу, что эксперт или эксперты, проводившие экспертизу, не справились со своим экспертным заданием.

Не каждая новая судебно-психиатрическая экспертиза данного лица обязательно относится к дополнительной или повторной. Так, стационарная экспертиза, назначаемая в случаях, когда в амбулаторных условиях поставленные вопросы не были решены, по отношению к амбулаторной экспертизе не является ни дополнительной, ни повторной. Обязательным условием дополнительной и повторной экспертизы выступает наличие экспертного заключения, содержащего ответы на поставленные вопросы (хотя бы на часть из них), как результата предыдущих экспертных исследований. Однако это прежнее заключение и его выводы не удовлетворяют орган, назначивший экспертизу, с точки зрения либо ясности и полноты, либо достоверности. Если же члены амбулаторной экспертной комиссии пришли к выводу, что амбулаторно решить экспертные вопросы невозможно и требуется стационарное обследование испытуемого, то по сути нет и самого экспертного заключения. Эксперты амбулаторной комиссии фактически составляют письменный документ о невозможности дать заключение, хотя и оформляют его традиционные психиатрической практики актом судебно-психиатрической экспертизы. Данное обстоятельство не всегда учитывается в жизни, что приводит к терминологической путанице и неправильным по существу процессуальным решениям.

Судебно-психиатрическая экспертиза в суде не может рассматриваться дополнительной или повторной по отношению к экспертизе того же лица на предварительном следствии, даже если она назначена судом по мотивам неполноты, неясности, **необоснованности** или сомнений в правильности прежних экспертных выводов. Судебное разбирательство самостоятельной стадией уголовного процесса, представляет собой и новое сам исследование всех доказательств. Оно проводится в специфических уел obi: разбирательства, отличных от условий доказывания на предварительном следствии, исследуется как бы заново, а не в дополнение к уже исследованному. Вместе с т обращать внимание на основания, по которым суд назначает новую экспертизу. Если она по мотивам неполноты или недостаточной ясности, то ее можно поручить как тем же. та: экспертам. Если же основаниями ее назначения являются сомнения в обоснованности и правильности предыдущих экспертных выводов, то ее следует поручать только другим экспертам. Логика такого подхода аналогична тому, что нашла отражение в законе применительно к дополнительным и повторным экспертизам.

1. *Единоличная* ***и комиссионная*** *экспертизы.* Эта классификация строится в зависимости числа проводящих экспертное исследование экспертов. Единоличная экспертиза проводится экспертом, а комиссионная — несколькими (двумя и более) экспертами (комиссией экспертов)

Согласно Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР от 27 октября 1970 г. амбулаторные и стационарные судебно-психиатрические экспертизы проводятся с комиссиями, состоящими не менее чем из трех экспертов-психиатров. Правда, относительно амбулаторной экспертизы имеется оговорка (примечание к п. 18 Инструкции): «В тех: местах, где комиссия в составе трех психиатров не может быть создана, допускается комиссия двух психиатров, а в исключительных случаях амбулаторная экспертиза может производиться одним врачом-психиатром». Для стационарной экспертизы подобной оговорки нет. Следовательно все стационарные экспертизы должны быть комиссионными. Судебно-психиатрические экспертизы в кабинете следователя и в зале судебного заседания могут производится как единолично, так и комиссионно (п.25 и 26 Инструкции). Обычно это единоличные экспертизы, например, в судебное заседание вызывается, как правило, один из членов комиссии давшие экспертное заключение в медицинском учреждении.

*Экспертизы однородные и комплексные.* Однородные экспертизы проводятся представителями одной отрасли науки, а комплексные — экспертами, которые являются специалистами разных научных отраслей. Судебные психиатры обычно проводят комплексные экспертизы совместно с судебными психологами, судебными медиками, судебными сексопатологами.

Кроме того, в уголовном процессе по его стадиям и по органу, назначившему экспертизу можно выделить: экспертизы на предварительном следствии и экспертизы в стадии разбирательства; экспертизы, назначенные лицом, производящим дознание, судом, судьей единолично.

В связи с этим следует обратить внимание на неполное совпадение понятий «экспертиза назначенная судом» и «экспертиза, проводимая в суде». Назначенная судом экспертиза может быть проведена как в суде (в зале судебного заседания или в ином помещении суда) или медицинском учреждении. В последнем случае само проведение экспертизы ничем не отличается от экспертиз, порученных экспертам медицинского учреждения следователем, хотя порядок назначения экспертизы следователем и судом разный. Данное обстоятельство значимо в том отношении, что для судебных психиатров «экспертов суде» есть экспертиза судом назначенная и в суде проводимая, тогда как ст.288 УПК «Производить экспертизы в суде», на которую при этом обычно ссылаются, имеет более широкое содержание.

Нормы этой статьи касаются, прежде всего, особого порядка назначения экспертизы в судебном заседании. Сами же экспертные исследования могут проводиться и вне суда (в медицинском учреждении). В гражданском процессе судебно-психиатрическая экспертиза назначается только судом (судьей).

***Специальная классификация.*** Существует несколько специальных классификаций судебно-психиатрических экспертиз. Наиболее известная из них состоит в разделении этих экспертиз на амбулаторные, стационарные, в кабинете следователя, в суде, заочные и посмертные. Данная классификация содержит, по сути, нескольких классификаций, построенных по разным основаниям и слитых затем в подобие единой классификации.

По месту проведения экспертных исследований судебно-психиатрические экспертизы можно разделить на проводимые в медицинском учреждении и вне его. К первым относятся амбулаторные и стационарные экспертизы.

Основная характерная черта амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы заключается в однократном характере психиатрического освидетельствования испытуемого (судебно-психиатрическое экспертное освидетельствование, т.е. освидетельствование как элемент судебно-психиатрической экспертизы, необходимо отличать от освидетельствования, как следственного действия, предусмотренного уголовно-процессуальным законом, ст.181 УПК). Судебно-психиатрическое освидетельствование состоит из экспертного опроса испытуемого и наблюдения за ним в ходе экспертных исследований. Освидетельствование как следственное действие заключается в осмотре обвиняемого, подозреваемого, свидетеля или потерпевшего для установления на их теле «следов преступления или особых примет». Это освидетельствование не имеет отношения к судебно-психиатрической экспертизе.

Однократность, непродолжительность амбулаторного освидетельствования служит подчас поводом для сомнений в надежности экспертных выводов. Но эти сомнения необоснованны. Дело в том, что даже в день амбулаторного освидетельствования система исследовательских действий экспертов отнюдь не сводится к непродолжительному комиссионному обследованию испытуемого.

Предварительно эксперты изучают все материалы дела, относящиеся к предмету экспертизы, включая медицинскую документацию, если таковая имеется. В день освидетельствования перед заседанием комиссии один из экспертов (врач-докладчик) опрашивает испытуемого и заносит данные психиатрического опроса в историю болезни. Ко времени собственно комиссионного освидетельствования эксперты обладают уже значительной по объему информационной базой, достаточной для выдвижения основных экспертных гипотез. После комиссионного психиатрического освидетельствования эксперты совещаются между собой. В ходе совещания экспертов формулируются экспертные выводы. Таким образом, амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в целом складывается из системы разнообразных и достаточно продолжительных исследовательских действий. Возможности амбулаторной экспертизы не столь малы и позволяют на многие экспертные вопросы давать окончательный ответ.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза заключается в длительном наблюдении за испытуемым в условиях психиатрического стационара. При стационарной экспертизе, помимо клинических, применяются и лабораторные методы исследования. Срок стационарного обследования не должен превышать 30 дней. В случае невозможности вынести окончательное решение в этот срок экспертная комиссия выносит решение о необходимости продления срока обследования. Копия решения направляется органу, назначившему экспертизу.

*Экспертизы, проводимые вне медицинского учреждения.* Экспертиза в кабинете следователя состоит в однократном психиатрическом обследовании испытуемого и (или) изучении материалов дела психиатром-экспертом. Экспертизу в кабинете следователя необходимо отличать от консультирования следователей судебными психиатрами. Консультирование — внепроцессуальное действие и на него не распространяются законодательные нормы, регулирующие порядок производства судебной экспертизы.

Экспертиза в суде (в судебном заседании) проводится обычно в тех случаях, когда судебно-психиатрическая экспертиза данного лица уже проводилась на предварительном следствии либо проводилась по определению суда, но в медицинском учреждении. Первичные судебно-психиатрические экспертизы в суде возможны, хотя на практике встречаются редко.

Помимо экспертиз, проводимых в медицинском учреждении (амбулаторных и стационарных), в том учреждении, где расположен орган, ответственный за производство по делу, и где ведется само это производство (в кабинете следователя, в зале судебного заседания), возможны также экспертизы «в ином месте». В качестве такого места может выступать территория следственного изолятора. Такого рода экспертизы по содержанию своей исследовательской деятельности практически не отличаются от амбулаторных экспертиз, проводимых в медицинском учреждении, поэтому в самостоятельный вид судебно-психиатрической экспертизы амбулаторные экспертизы в следственном изоляторе не выделяются.

Одним из возможных видов судебно-психиатрических экспертиз по месту их проведения является экспертиза на дому у испытуемого, которого по состоянию здоровья крайне затруднительно, а в определенный момент, быть может, и невозможно доставить в медицинское учреждение (нетранспортабельность испытуемого). Подобного рода экспертизы получили распространение в судебно-психиатрической практике по гражданским делам (о признании гражданина недееспособным). Очевидно, не исключены они и в уголовном процессе, например экспертиза потерпевшего, который находится у себя дома, прикованный к постели тяжелым недугом.

Данный вид судебно-психиатрических экспертиз прямо не предусмотрен законом или подзаконными нормативными актами, вместе с тем не противоречит ни одной из юридических норм, регулирующих порядок производства судебных экспертиз. Следовательно, его можно признать допустимым, но только для тех случаев, когда для такой экспертизы имеются достаточные основания.

Каждый вид экспертизы должен использоваться строго по назначению с учетом всех возможностей, которые он предоставляет. Если экспертный случай сложен и требует длительного стационарного наблюдения, то амбулаторным обследованием ограничиться нельзя, поскольку это чревато экспертной, а затем и судебной ошибкой. Необоснованное назначение стационарной экспертизы дает экспертам лишнюю и ненужную работу, увеличивает сроки экспертизы, а с ними и сроки производства по делу. Содержание в психиатрическом стационаре лица, в этом не нуждающегося, надлежит расценивать как серьезное нарушение прав этого лица.

По иному признаку производится деление судебно-психиатрических экспертиз на очные и заочные. Очные экспертизы предполагают обязательное психиатрическое освидетельствование испытуемого, заочные — проводятся без такого освидетельствования и базируются только на изучении материалов дела.

Заочные экспертизы, проводимые в отношении умершего лица, называются посмертными. Заочные экспертизы назначаются в отношении лиц, которые по тем или иным причинам не могут быть освидетельствованы экспертами (например, лицо находится за пределами России). Посмертные судебно-психиатрические экспертизы назначаются преимущественно по гражданским делам (для определения психического состояния завещателя во время составления им завещания). Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза возможна также в рамках уголовного дела, проводимого, например, с целью реабилитации умершего.

По процессуальному положению испытуемого все судебно-психиатрические экспертизы делятся в уголовном процессе на экспертизу обвиняемого (подозреваемого), экспертизу потерпевшего и экспертизу свидетеля, а в гражданском процессе — на экспертизу лица, в отношении которого рассматривается вопрос о его дееспособности, экспертизу гражданского истца, экспертизу гражданского ответчика и экспертизу свидетеля, экспертизу по признанию недействительности сделки (ст. 177 ГК). Часть вопросов, решаемых психиатрами-экспертами, специфична для каждого из перечисленных процессуальных субъектов. Вопрос о психических расстройствах, исключающих вменяемость, относится только к обвиняемому (подозреваемому), а вопрос о психических расстройствах, обусловливающих беспомощное состояние лица, — исключительно к потерпевшему.

Влияние психических расстройств на возможность дачи показаний может устанавливаться применительно к свидетелю, потерпевшему и даже обвиняемому.

Наконец, последняя из классификаций судебно-психиатрических экспертиз — по предмету исследования. Это экспертизы, назначаемые при решении вопроса о вменяемости — невменяемости, беспомощном состоянии, способности к даче показаний и пр.

**Список использованной литературы:**

1. О.И. Петров – «Судебная психиатрия»- Учебно-методический комплекс – Новосибирск 2007