

УДК 340.63; 616.89-07

*В.Р. Илейко***МЕТОДИКА ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ**

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии, Украина

Ключевые слова: посмертная судебно-психиатрическая экспертиза, медицинская документация, оценка.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) как в гражданском, так и в уголовном процессах оценивает психическое состояние лица на определенный, интересующий следствие или суд, промежуток времени, на основании представленных этими юридическими органами материалов. Основными объектами исследования при посмертной СПЭ являются медицинская документация (если таковая имеется) и материалы дела. Последние интересуют эксперта данными, в которых в той или иной форме (прямо или косвенно) отражаются особенности психического состояния, поведения подэкспертного. Эти данные обычно представлены показаниями свидетелей, записями, письмами подэкспертного, другими юридическими документами, отражающими те или иные стороны его психики.

Цель настоящей работы состояла в изучении и анализе объекта посмертного судебно-психиатрического исследования, содержание которого является в большинстве случаев решающим при вынесении экспертного заключения. Таким объектом есть медицинская документация.

Материалом для настоящего исследования послужило изучение 120 случаев посмертной СПЭ в гражданском процессе и, в частности, медицинская документация, которая представлялась юридическими органами при назначении этих экспертиз, а также анализ самих актов СПЭ, в которых эта медицинская документация приводилась и использовалась для обоснования экспертных выводов.

Изучение специальной литературы [1,2,3], анализ тематического материала показали, что, как и в отношении оценок других объектов экспертизы при посмертном судебно-психиатрическом исследовании, на сегодняшний день в судебной психиатрии отсутствует методика оценки медицинской документации, а ее цитирование и анализ в актах СПЭ носит хаотичный, бес-

системный, произвольный характер.

Поэтому в первой части нашей работы мы остановимся на оценке медицинской документации как объекта СПЭ в целом, в другой же части — на основании результатов изучения актов экспертизы, предложим и обоснуем методические принципы ее изложения и анализа.

Прежде, чем приступить к классифицированию и описанию отдельных медицинских документов, следует высказать некоторые замечания, касающиеся этого объекта экспертизы в целом:

1. Любой медицинский документ (история болезни, амбулаторная карта, выписка, консультативное заключение и т.д.) должен обладать признаками документа, с указанием: учреждения, из которого он исходит (название, штамп, печать учреждения), подписями лиц его составивших (оформивших), соответствующими датами (поступления, выписки, осмотра, выдачи).

Отсутствие либо неполнота вышеуказанных признаков должны учитываться при анализе данного документа и его использовании в качестве доказательства экспертных выводов.

2. Медицинская документация, которая поступает на экспертизу до последнего времени, зачастую не обладает признаками предъявляемыми к объекту экспертизы — она не пронумерована, не прошита, не скреплена печатью; не выполняются процессуальные требования изъятия, хранения и доставки медицинских документов на экспертизу. Так, не редки случаи, когда она изымается либо сторонами в процессе — «по устному поручению, просьбе суда», либо третьими лицами, которые опять же оказываются лицами заинтересованными и находятся в родственных, приятельских отношениях со сторонами, либо изымается представителем суда, но через длительное время после начала судебного разбирательства. Медицинская документация хранится на руках у сторон, предъявляется ими в зале судебного заседания, в процессе

проведения экспертизы; доставляется на экспертизу сторонами, их представителями, адвокатами.

Отсюда проистекает проблема, с которой все чаще приходится сталкиваться экспертам, а именно — проблема фальсификации медицинской документации. Следует отметить, что оценка медицинской документации с точки зрения ее правдивости — неправдивости, достоверности — недостоверности и т.п. выходит за пределы компетенции психиатра-эксперта и находится целиком в компетенции юридических органов (при проведении посмертной СПЭ в гражданском процессе — в компетенции суда). Эксперт, получив медицинскую документацию, вынужден изучать, анализировать данные, которые она содержит; когда эти данные фальсифицированы профессионально, т.е. специалистом (выписаны, дописаны, переписаны, вклеены, изъяты и заменены и т.п.), то это чрезвычайно затрудняет, усложняет, а иногда и исключает проведение экспертизы и формулирование однозначных и категоричных выводов. Эксперт, получив из суда подобную документацию, вправе указать в своем заключении (акте СПЭ) и это его право закреплено законом о тех или иных особенностях ведения, оформления медицинского документа, характере имеющихся там записей, их последовательности, наличии вклеенных листов, листов другой фактуры, размера, цвета, иногда — цвете красителя, которым выполнены записи (например, когда в медицинском документе, записи, исходя из дат, ведутся на протяжении нескольких месяцев, лет, при этом они визуальны идентичны и по цвету чернил и по характеру почерка). Однако оценка замечаний эксперта-психиатра входит уже в компетенцию суда, а в последующем, если суд примет это во внимание — в компетенцию соответствующего экспертного исследования.

В зависимости от того, какие характеристики объекта исследования берутся за основу (место обследования и лечения, непосредственность, продолжительность обследования и т.д.) медицинская документация может быть:

а) первичной (история болезни, амбулаторная карта, консультативное заключение) и вторичной (выписка из истории болезни, справка из мед. учреждения);

отражать факт:

б) стационарного либо амбулаторного обследования;

в) кратковременного либо длительного обследования;

г) однократного либо многократного (повторного) обследования;

д) непосредственного либо опосредованного наблюдения.

Отдельный медицинский документ может включать в себя различные из этих характеристик. Так, история болезни (полное название документа — медицинская карта стационарного больного) является первичным документом, отражающим стационарное, длительное (обычно) обследование, записи в которой являются результатом непосредственного, повторного в динамике (врачебные осмотры, дневниковые записи) либо однократного (запись дежурного врача, консультанта) наблюдения.

Характеристики, которые включает в себя медицинский документ, имеют значение при анализе и сопоставлении различных объектов экспертного исследования, выделении главных и существенных признаков, отражающих психическое состояние подэкспертного, при составлении экспертного заключения, выводов.

Так, можно утверждать, что более значимым, имеющим больший вес, будет медицинский документ, являющийся первичным, отражающий длительное обследование, повторное динамичное, непосредственное наблюдение подэкспертного.

Перейдем к описанию отдельных медицинских документов, наиболее часто предоставляемых эксперту в качестве объекта исследования.

1. История болезни или медицинская карта стационарного больного.

Наиболее важные в экспертном отношении моменты, на которых следует фиксировать внимание при исследовании этого документа:

а) каким образом (по скорой помощи, самостоятельно, родственниками), откуда (из дома, улицы и т.д.), с каким предварительным диагнозом и кем, был направлен в медицинское учреждение подэкспертный;

б) оценка его психического (сомато-неврологического) состояния при поступлении (на приемном покое дежурным врачом, в отделении). При этом оценивается уровень психических расстройств (неврогический, психотический), тяжесть соматического состояния и наличие соматопсихотического расстройства. При пребывании на стационарном лечении в психиатрической клинике оценивается глубина (степень выраженности), динамика психических расстройств, их связь (обусловленность) с экзо- либо эндогенными факторами. Оценивается, принимается во внимание и, соответствующим обра-

зом вносится в исследовательскую часть акта не только и не столько диагноз, феноменологические, синдромологические обобщения, психиатрические термины в виде профессиональных штампов, классифицирующих понятий (например, «обнаруживает идеи бреда, отношения, преследования, эмоционально уплощен, холоден, не критичен, дефектен, дементен» и т.д.), а описание этих имеющихся у подэкспертного психических расстройств, наличие которых должно находить отражение в его высказываниях, поведении, отношении к себе, своему состоянию и окружающему.

В медицинской карте стационара соматического профиля оценивается наличие либо отсутствие психических расстройств вообще. При их наличии определяется генез этих расстройств (экзогенные — черепно-мозговая травма, отравление угарным газом, токсическими веществами; соматопсихические — как следствие тяжести состояния и обусловленного им церебрального расстройства, эндогенные — не связанные с соматическим расстройством, вследствие которого подэкспертный госпитализирован). Далее также оценивается глубина и динамика имеющихся психических расстройств.

При оценке истории болезни соматического стационара следует чрезвычайно внимательно и осторожно относиться к отдельным терминам, понятиям, констатирующим те или иные психопатологические феномены. При этом принимая во внимание, что врачи соматического профиля (тем более средний и младший медицинский персонал) не являются специалистами в области психиатрии и то содержание, которое они вкладывают в употребляемые термины и диагностические понятия не всегда соответствует тому содержанию, которое на самом деле соответствует этим понятиям и применяется в психиатрии. Это касается в первую очередь, таких понятий, как «ясное сознание», «критичность», «адекватность — неадекватность», «слабоумие», «дефект» и т.д. Зачастую, в одной и той же дневниковой записи «ясность сознания» может соседствовать с «заторможенностью, вялостью, загруженностью, непониманием сути сложных вопросов, односложными ответами после паузы» и т.п.

2. Амбулаторная карта (медицинская карта амбулаторного больного).

При исследовании амбулаторной карты психоневрологического диспансера в первую очередь принимается во внимание: причина взятия на диспансерный учет, возраст подэкспертного

при этом, генез имевших место психических расстройств, их глубина (уровень), связь с психосоциальными факторами; в дальнейшем — динамика этих расстройств, описание психического состояния подэкспертного при амбулаторных осмотрах, раскрытие, расшифровка приводимых психиатрических терминов, соответствие приводимых симптомов установленному синдрому и нозологии; сопоставление приводимых симптомов, возможность их одновременного проявления, существования, либо наличие взаимоисключающих симптомов (например, депрессии и идей величия, заторможенности и ускоренной речи, умственной отсталости и систематизированного бреда, эмоциональной тупости и лабильности эмоций); оценка психического состояния подэкспертного различными врачами-психиатрами, работниками ВКК, ВТЭК (если подобное имело место); частота посещения подэкспертным диспансера, причины этих посещений.

В амбулаторной карте территориальной поликлиники, диспансера соматического профиля оценивается описание отдельных симптомов психических расстройств, особенностей поведения, высказываний, которые могут свидетельствовать о таковых, описание симптомов астении, церебрастении; описание соматических расстройств, заболеваний, которые могут привести либо способствуют возникновению органического поражения головного мозга, имеют общие патогенетические механизмы с органической мозговой патологией (например, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, атеросклеротическое поражение органов и систем организма).

При раковом заболевании важным является: локализация опухоли, стадия процесса, наличие общемозговых симптомов, проявление раковой интоксикации. При этом заболевании, а также динамических нарушениях мозгового кровообращения, инсультах, важным является оценка состояния сознания, его качественной и количественной сторон.

3. Консультативное заключение, заключения врачебной консультативной, медико-социальной экспертной комиссий, военно-врачебной комиссии и т.п.

Данные медицинские документы являются первичными документами, отражающими непосредственное и однократное обследование испытуемого. Важным в этих документах — дата обследования, наличие развернутого описания психического состояния или лишь заключения с диагнозом и лечебно-социальными рекоменда-

циями, при наличии описания — соответствие приводимых симптомов диагностическим выводам, прогноз, специальные выводы (инвалидность, временная нетрудоспособность, годность к военной службе, профессиональная пригодность).

4. Выписки из медицинской документации (историй болезни, амбулаторных карт), эпикризы, справки из медицинских учреждений и т.д.

Данные документы являются вторичными, т.е. производными от первичных документов, содержание которых в резюмирующем, обобщенном виде они предназначены отражать.

Эти документы составляются зачастую либо средним медицинским персоналом, либо вообще немедицинскими работниками (служащими архива, статистического, организационно-методического отделов).

Эти документы не имеют самостоятельно, а тем более существенного значения в качестве объекта экспертизы, отражающего медицинский факт. Их наличие должно лишь служить поводом для получения подлинников медицинской документации, на основании которых были составлены эти документы. Неприемлемой, свидетельствующей о низком профессиональном уровне, является подмена первичных медицинских документов вторичными и обоснование экспертного заключения лишь на основании их использования. При утере (исчезновении) первичного документа, выписка из него должна оцениваться с учетом вышеуказанного и методических принципов, которые будут приведены ниже.

Изучение актов посмертной СПЭ показывает, что значительное их число включает данные из представленной на экспертизу медицинской документации в достаточном объеме и основная проблема состоит в отсутствии методических принципов их правильного, научно-обоснованного использования и интерпретации. Вместе с тем, в ряде актов СПЭ имеются недостатки, касающиеся изложения медицинских данных. Из них наиболее существенное значение имеют следующие:

1) аморфное изложение всех данных из медицинской документации, без разделения первичных и вторичных документов, без соответствующих ссылок, указаний на происхождение этих данных;

2) ссылка лишь на обобщенные, отрывочные данные — диагнозы, которые устанавливались в процессе стационарного лечения, амбулаторных консультаций, при отсутствии сведений

о подэкспертном, на основании которых эти диагнозы устанавливались;

3) избирательное цитирование данных из медицинской документации, необоснованное и ничем не аргументированное разделение этих данных на более и менее важные;

4) произвольное, субъективное «обобщение» данных медицинской документации, с указанием, например, на отсутствие психических расстройств у подэкспертного на основании лишь того, что он за период пребывания на лечении (амбулаторном наблюдении и т.д.) не осматривался психиатром и ему не устанавливался психиатрический диагноз. В данном случае изложение и анализ данных медицинской документации подменяется их «интерпретацией» без изложения.

5) игнорирование данных медицинской документации (всех или некоторых), при этом они либо вообще не приводятся в акте СПЭ, либо приводятся, но не анализируются и не принимаются во внимание;

6) обоснование выводов только данными из вторичных медицинских документов - выписок, эпикризов, справок, при этом подлинники первичных документов вообще не рассматриваются, оказываясь вне экспертного исследования;

7) приведение большого количества второстепенных данных (касающихся соматического, неврологического состояния подэкспертного), которые не несут фактической информации о его психическом состоянии на интересующий суд (следствие) период времени.

Методологической основой посмертной СПЭ, как и других видов судебно-психиатрической экспертизы, являются: системный подход и метод презумпции [4]. Ими определяются методические принципы изучения, изложения и анализа данных медицинской документации в акте СПЭ.

В отношении медицинской документации, на этапе ее изучения и внесения в исследовательскую часть акта СПЭ, следует придерживаться следующих правил:

а) на экспертизу должны быть представлены первичные документы — подлинники медицинской документации, при их отсутствии, недостаточности, подмене вторичными документами, они должны быть запрошены и до их предоставления экспертиза не должна проводиться. При утере подлинников, с предоставлением юридическим органом официального документа об утере, невозможности предоставления подлинников медицинской документации, должны

быть запрошены и изучены вторичные документы с изложением их содержания, указанием характера этих сведений в исследовательской части акта;

б) в исследовательской части акта СПЭ должны быть изложены все данные первичной медицинской документации, которые в той или иной степени касаются и отражают психическое состояние подэкспертного на протяжении его жизни и в интересующий суд (следствие) период времени.

Помимо указания во введении акта СПЭ о тех объектах, которые были представлены для исследования на экспертизу, необходимо указывать источник той или иной медицинской информации в исследовательской части акта (N документа, кем выдан или к какому мед. учреждению относится, N листа амбулаторной карты, истории болезни, если нумерация существует).

Анализ, обобщение данных медицинской документации, их сопоставление с данными, полученными при исследовании других объектов экспертизы, проводится в мотивировочной части акта СПЭ, с использованием принципа согласованности данных [5,6].

Данные медицинской документации при этом оцениваются по следующим параметрам:

- времени возникновения психических расстройств у подэкспертного, причины их возникновения, динамика этих расстройств, а также возникновение и течение других психических расстройств на протяжении его жизни с подробным детальным анализом проявления этих расстройств на интересующий суд (следствие) период времени;

- соответствие описания психического состояния при поступлении, пребывании в стационаре, выписке, синдромологическому и нозологическому диагнозам, которые при этом устанавливались;

- наличие либо отсутствие описания представленных медицинских феноменов;

- соответствие критериев, фактических данных в истории болезни имеющимся научным (отечественным и международным) стандартам диагностики;

- соответствие психического состояния подэкспертного во врачебных дневниковых записях, записям среднего и младшего медицинского персонала, а также описанию его состояния специалистами — консультантами; при необходимости оценивается адекватность проводимого лечения и его влияния на психическое состояние подэкспертного;

- соответствие описываемой тяжести соматического состояния, данным о его психическом состоянии.

Данные, представленные в амбулаторной карте анализируются на предмет:

- причины обращения (взятия на диспансерный учет), начальных проявлений психических, психосоматических, соматопсихических расстройств, их динамике (характер течения, причины обострения, восприимчивость к проводимому лечению и т.д.);

- наличия либо отсутствия описания представленных медицинских феноменов, либо наличия обобщения в виде синдрома, нозологии, описанных психических расстройств;

- соответствия описания психического состояния установленному диагнозу;

- соответствия описания психического состояния подэкспертного при амбулаторных осмотрах таковому при его стационарном обследовании, если таковое имело место.

Как подчеркивалось выше, эпикризы, выписки, справки не могут служить для экспертов заменой подлинников медицинских документов при утере последних. Данные о психическом состоянии лица, представленные во вторичных документах, должны оцениваться на предмет их соответствия данным о психическом состоянии подэкспертного из других объектов экспертного исследования, при отсутствии существенных противоречий могут приниматься во внимание в качестве фактических данных.

При наличии медицинской документации на интересующий суд период времени, с описанием в ней психического состояния подэкспертного, решение диагностических и экспертных вопросов должно исходить из анализа (преимущественно, статического) психопатологических феноменов с их констатацией на основании принятых диагностических стандартов и оценки их глубины, т.е. способности лица осознавать свои действия и руководить ими.

При отсутствии медицинской документации непосредственно на интересующий суд период времени, должен применяться динамический анализ психического состояния подэкспертного, основывающийся на правилах принципа презумпции [7]: признанием презумированного положения истинным до тех пор, пока не будет доказано противоположное и толкованием сомнений, которые невозможно устранить в пользу данного лица.

Например, если до события юридической сделки отсутствуют медицинские (и другие)

данные о наличии у лица нарушений психики, то действует презумпция психического здоровья. При этом психическое здоровье лица не должно доказываться, оно презумировано и доказательств требует наличие у этого лица психической болезни. Отдельные, малосущественные, противоречивые сведения о тех или иных расстройствах психической деятельности, т.е. сомнения в его психической полноценности, если их невозможно устранить, должны трактоваться в пользу состояния, которое менее ограничивает права этого лица, т.е. в пользу презумированного положения - психического здоровья подэкспертного.

Если же в представленных материалах имеются убедительные данные о наличии у подэкспертного в прошлом, до события юридической сделки, определенного психического заболевания, выраженных психических расстройств исключающих способность осознавать свои действия и руково-

дить ими с неблагоприятной в целом динамикой, то на период сделки должно презумироваться наличие психического заболевания, а утверждение о выздоровлении, стойком улучшении психического состояния, восстановлении способности осознавать свои действия и руководить ими должно доказываться. В данном случае сомнения тракуются в пользу наличия психического заболевания.

При отсутствии медицинской документации вообще, разрешение экспертных и диагностических вопросов должно основываться на изучении и анализе других объектов экспертного исследования (показания свидетелей, юридические документы), которые содержат информацию о психическом состоянии подэкспертного.

Изложенные принципы оценки медицинской документации помогут составлению доказательного экспертного заключения, отвечающего требованиям закона и современному уровню экспертной теории и практики.

В.Р. Илейко

МЕТОДИКА ОЦІНКИ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ПРИ ПОСМЕРТНІЙ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗИ У ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

Український науково-дослідний інститут соціальної, судової психіатрії та наркології

На підставі вивчення спеціальної літератури та 120 випадків посмертної СПЕ описані особливості дослідження і аналізу медичної документації при цьому виді експертного дослідження, викладено основні помилки, які виникають при цьому. Запропоновано методику оцінки медичної документації з метою забезпечення обґрунтованості експертних висновків. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2001. — № 1 (8). — С. 35-40).

V.R.Ilejko

METHOD FOR ESTIMATION OF MEDICAL DOCUMENTS WITH POSTHUMOUS FORENSIC PSYCHIATRY EXPERTIZE IN CIVIL TRIAL

Ukrainiane Reserch Institute of Social, Forensic Psychiatry and Narcology

120 cases of posthumous forensic psychiatry expertize and special literature were studied. On basic of this peculiarities of analysis were indicate and main mistakes with this investigation of were mark. Method for estimation of medical documents were proposed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2001. — № 1 (8). — P. 35-40).

Литература

1. Холодковская Е.М. Дееспособность психических больных в судебно-психиатрической практике. -М., 1967. - 112с.
2. Боброва И.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе // Судебная психиатрия. Руководство для врачей. -М.:»Медицина», 1988. -С.75-77.
3. Шостакович Б.В., Ревенок А.Д. Психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. -К.:»Здоровья», 1992. -184с.
4. Первомайский В.Б. Невменяемость и пределы

компетенции психиатра-эксперта: Дисс.докт.мед.наук. -Киев, 1996. -360с.

5. Первомайский В.Б. Судебно-психиатрическая экспертиза: десять основных принципов. -Киев, 1998. - 20с.

6. Первомайский В.Б. Принципы судебно-психиатрической экспертизы // Журн. психиатрии и медицинской психологии. - N 1(4).-1998. -С.7-10.

7. Первомайский В.Б. Презумпции в психиатрии // Вісник асоціації психіатрів України. -Київ, 1995. N 2. -С.7-17.

Поступила в редакцию 24.05.1999г.