

С. С. Шум

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України (м. Київ)

АНАЛІЗ ОБҐРУНТОВАНОСТІ ЕКСПЕРТНИХ ВИСНОВКІВ В АКТАХ ПОСМЕРТНИХ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ ОНКОХВОРИХ

В статті наведені результати аналізу актів судово-психіатричних експертиз онкохворих. Проаналізовано обґрунтованість та структуру експертних висновків. Виявлено причини необґрунтованості експертних висновків, наведено рекомендації щодо їх усунення.

Ключові слова: онкохворі, психічні розлади, посмертні судово-психіатричні експертизи, обґрунтованість експертних висновків.

Посмертна судово-психіатрична експертиза (СПЕ) осіб з онкологічними захворюваннями є однією з найскладніших видів експертиз, через відсутність особи, щодо якої вирішуються питання дієздатності, суперечливість та недостатність об'єктивних відомостей про її психічний стан на період укладання цивільних угод [1, 2]. При проведенні СПЕ онкохворих аналізу підлягає численна сукупність психопатологічних, психологічних, соматичних, ситуаційних факторів у їх взаємозв'язку, що обумовлює складність експертних досліджень такого контингенту підекспертних [3, 4].

Прерогативою посмертної судово-психіатричної експертизи осіб з онкологічними захворюваннями в цивільному процесі є встановлення їх здатності усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними (УЗСД та КН) під час оформлення тих чи інших цивільних актів. Розроблення теоретичних, методологічних і практичних аспектів посмертної судово-психіатричної експертизи осіб з онкопатологією є одним з найбільш складних і актуальних завдань сучасної судової психіатрії. Ця проблема набуває все більшого значення у зв'язку з неухильним збільшенням онкологічних захворювань в популяції та постійним збільшенням кількості справ цивільного судочинства, що визначає актуальність роботи.

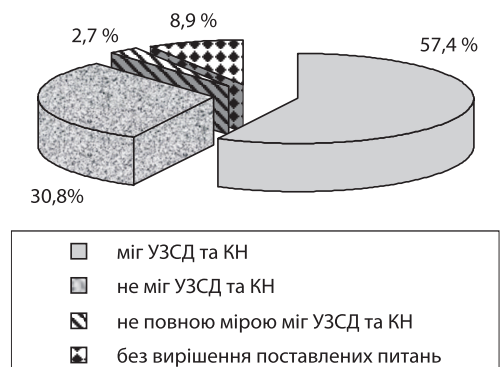
Мета роботи — проаналізувати обґрунтованість експертних діагнозів і висновків, їх доказовість та відповідність наведеним у актах СПЕ даним, з метою з'ясування існуючих судово-психіатричних підходів до визначення здатності осіб з онкологічними захворюваннями усвідомлювати значення своїх дій та/або керувати ними під час укладання цивільних правочинів, для подальшого розроблення критеріїв експертної оцінки психічних розладів в онкохворих.

Матеріалом дослідження були 146 актів посмертних СПЕ з 11 областей України та з архіву Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології. Акти досліджувались методом експертного судово-психіатричного аналізу із застосуванням статистичної обробки результатів.

Згідно з отриманими 146 актами з СПЕК різних регіонів і областей України, більшість експертиз, які проводяться особам з онкологічними захворюваннями є первинними (81,5 %), частка повторних СПЕ складає 18,5 % від загальної вибірки. Всі експертизи проводяться комісійно (100 %), тобто призначається

комісія із залученням двох та більше експертів. Для вирішення питань щодо дієздатності осіб, хворих на рак, у переважній більшості випадків призначаються судово-психіатричні експертизи (94,5 %). Експертизи із залученням судових експертів-психологів призначаються у поодиноких випадках (5,5 %). Це свідчить, що при вирішенні достатньо складних експертних питань щодо дієздатності онкохворих, до проведення експертиз вкрай рідко залучаються експерти-психологи, що є необґрунтованим, враховуючи важкий соматопсихологічний стан пацієнтів, який суттєво впливає на психічне функціонування, вольові процеси та мотивацію в укладанні правочинних угод.

Розподіл актів СПЕ за експертними рішеннями показав, що у 84 (57,5 %) випадках особи з онкологічними захворюваннями на час укладання оспорюваних угод визнавалися такими, що могли УЗСД та КН; у 45 (30,8 %) випадках — не могли УЗСД та КН; у 13 (8,9 %) випадках експерти не змогли прийняти рішення стосовно поставлених питань; у 4 (2,7 %) випадках виносились рішення про такий психічний стан, який істотно впливав на здатність УЗСД та КН (рис.).



Структура експертних рішень при посмертних СПЕ осіб з онкологічними захворюваннями

Експертні рішення про здатність УЗСД та КН ґрунтувались на експертних діагнозах.

Згідно з проаналізованими актами, експертні рішення про збереженість здатності УЗСД та КН у 66—76,8 % випадків виносились на підставі відсутності даних про наявність психічних розладів в онкохворих. У решті випадків (18—21,4 %), висновки ґрунтувались на діагностиці різних психічних розладів, які не позбавляли онкохворих УЗСД та КН на час укладання правочинів: органічний емоційно лабільний астеничний розлад — 8 (9,5 %) випадків; легкий когнітивний розлад — 6 (7,1 %); невиражений психоорганічний синдром — 2 (2,4 %); рекурентний депресивний розлад — 1 (1,2 %); пролонгована депресивна реакція — 1 (1,2 %) випадків — таблиця 1.

Таблиця 1

Розподіл експертних рішень та діагнозів у висновках посмертних СПЕ онкохворих

Експертні рішення та діагнози	Кількість актів СПЕ	
	n	%
Міг УЗСД та КН	84	57,4
без психічних розладів	66	78,6
F 06.6	8	9,5
F 06.7	6	7,1
F 07.9	2	2,4
F 33.4	1	1,2
F 43.2	1	1,2
Не міг УЗСД та КН:	45	30,8
F 01	6	13,3
F 05	2	4,4
інші розлади свідомості	28	62,2
F 07.9	8	17,8
F 22.0	1	2,2
Неповною мірою міг УЗСД та КН:	4	2,7
Без вирішення питань:	13	8,9
— без діагнозу, без експертного висновку	10	76,9
— з діагнозом, але без експертного висновку	3	23,1
Разом	146	100,0

В актах СПЕ, які містили рішення щодо неможливості осіб з онкологічними захворюваннями УЗСД та КН на час укладання цивільних правочинів, експертні діагнози відображали більш важкі психічні розлади: розлади свідомості — 30 (66,7 %) випадків; деменцію — 6 (13,3 %); виражене інтелектуальне зниження — 8 (17,8 %); хронічний маячний розлад — 1 (2,2 %).

Експертні діагнози в актах СПЕ були сформульовані переважно за класичними канонами вітчизняної психіатрії. Нерідко вони відображали порушення у різних психічних сферах, співіснування декількох синдромів у одного хворого, наприклад, поєднання астеничного синдромокомплексу з тривожно-депресивними реакціями чи різними формами інтелектуально-мнестичного зниження. Проте, при шифруванні діагнозів відповідно до МКХ-10, експертами встановлювався один шифр, що відповідав одній рубриці психічних захворювань і не відображав повної картини психічного стану під експертних. Цим пояснюються розбіжності між поширеністю виявлених психічних порушень та висвітленням їх у встановлених експертних діагнозах.

У 4 (2,7 %) досліджених актах посмертних експертиз виносилось рішення щодо істотного впливу психічних розладів на здатність онкохворих усвідомлювати свої дії та керувати ними, таким чином, що підекспертні неповною мірою могли УЗСД та (або) КН на час укладання правочину. Серед особливостей цих випадків слід відмітити те, що по двом з актів проводилась СПЕ і експертне рішення ґрунтувалось на встановлених психіатричних діагнозах з констатацією помірно вираженого психоорганічного синдрому на тлі глибокої астенії внаслідок онкологічного захворювання. В решті випадках проводилась комплексна судова психолого-психіатрична експертиза, за рішенням якої один підекспертний з астенодепресивним синдромом був визнаний таким, що міг УЗСД, але не повною мірою міг керувати ними; інший з депресивним неврозом

у істероїдної особистості не повною мірою міг УЗСД та КН на час укладання правочину. Вочевидь, що рішення СПЕ ґрунтувалось на порушенні інтелектуального та вольового компонента здатності УЗСД та КН при психоорганічному синдромі помірного ступеня вираженості. А при астенодепресивному синдромі та депресивному неврозі у істероїдної особистості порушувався вольовий компонент здатності керувати своїми діями. Безумовно, у тих випадках, коли є підстави вважати порушення вольового компонента формули дієздатності, доцільно залучати до експертного дослідження експерта-психолога у рамках комплексних судових психолого-психіатричних експертиз. При формулюванні поєднаних синдромологічних діагнозів доречно застосування двох шифрів за МКХ-10, що дозволить більш яскраво відобразити всю гаму психопатологічних порушень у онкохворого та обґрунтувати їх кумулятивний вплив на здатність УЗСД та КН. Враховуючи поодинокість актів з винесенням експертного рішення про «обмежену дієздатність» виявити більш ґрунтовні закономірності не було можливим.

У 13 (8,9 %) актах посмертних СПЕ експерти не змогли винести рішення стосовно психічного стану онкохворого та його здатності УЗСД та КН на час укладання цивільного документа через недостатність відомостей у матеріалах справи, їх суперечливість, неповноту. У 10 (76,9 %) випадках не було встановлено як діагнозу, так і експертного висновку. У 3 (23,1 %) випадках діагноз був визначений, але експерти не дійшли висновку щодо впливу виявлених психічних порушень на здатність УЗСД та можливість КН на час укладання правочину.

З метою зменшення чисельності таких випадків доцільно попередньо ґрунтовно ознайомлюватись із справою, подавати запити до суду з клопотанням надати всі необхідні додаткові матеріали. У разі відмови суду їх надати, відмовляти у проведенні експертизи з причини недостатності матеріалів для вирішення експертних питань.

Аналіз обґрунтованості експертних висновків з урахуванням: 1) обсягу матеріалів, на яких проводилась експертиза; 2) узгодженості та суперечливості даних щодо психічного стану підекспертного на період, що цікавить суд; 3) неупередженого, критичного ставлення експертів до певних фактів з матеріалів справи; 4) додержання принципів презумпції психічного здоров'я та трактування суперечливостей на користь психічного здоров'я підекспертного; 5) відповідності експертних діагнозів і висновків клінічним формам і проявам існуючих психічних захворювань та закономірностям їх перебігу; 6) логічності, обґрунтованості і доказовості відомостей, наведених у акті СПЕ, як самостійному, завершеному процесуальному документі, що є джерелом доказів, виявив таке.

В ході дослідження ми не ставили за мету оцінку правильності експертних висновків, а тільки їх обґрунтованість в мотивувальній частині та відповідність наведеним у акті даним. Згідно з дослідженими актами посмертних СПЕ онкохворих, цілком обґрунтованими експертні діагнози та висновки були у 39,7 % випадків. Недостатньо обґрунтовані рішення, через недостатність матеріалів справи, неповноту та/або суперечливість відомостей щодо психічного стану підекспертного, суб'єктивність в оцінці наведених даних, містились у 60,3 % актів СПЕ.

Частка необґрунтованих експертних висновків достовірно переважала серед актів, у яких виносилося рішення про неможливість онкохворим УЗСД та КН (44,4 % проти 11,9 %, $p < 0,05$). Натомість найбільш обґрунтовані рішення переважали серед актів з констатацією про збереження здатності УЗСД та КН (47,6 % проти 22,2 %, $p < 0,05$).

Причинами винесення необґрунтованих експертних рішень були:

1) недостатність матеріалів, поданих на експертизу. При цьому експерти у більшості випадків не запитували у суду додаткові матеріали, а виносили рішення за наявними, але явно недостатніми, документами;

2) суперечливість відомостей щодо психічного стану підекспертного, з суб'єктивним перебільшенням експертами одних та недооцінкою інших даних, без логічного їх роз'яснення у мотивувальній частині;

3) порушення принципу презумпції психічного здоров'я, коли експертами «можливий психічний розлад» бездоказово розцінювався як «реальний» на підставі власного клінічного досвіду, без підтвердження даними з матеріалів справи;

4) більшість актів СПЕ через відсутність рубрифікації частин акта, неповноту інформації, нехтування пояснень у мотивувальній частині або відсутність цієї частини взагалі, не відповідали вимогам самостійного, завершеного, процесуального документа, який є джерелом доказів у суді;

5) поширеною помилкою в експертних висновках була констатація дієздатності/недієздатності замість можливості/неможливості усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, що виходило за рамки компетенції судово-психіатричних експертів, тому що встановлення дієздатності / обмеженої дієздатності / недієздатності є виключно прерогативою суду.

Згідно з усіма 146 проаналізованими актами посмертних СПЕ осіб з онкологічними захворюваннями, питання, які ставляться для вирішення перед експертами, у переважній більшості випадків є типовими (125 — 85,6 %), тобто судді запитували чи хворів підекспертний будь-якими психічними розладами на час укладання оспорюваного правочину та чи міг він усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними на час укладання правочину. У 11 — 7,5 % випадків додатково до типових ставились питання про вплив «сильнодіючих» препаратів на психічний стан та на здатність УЗСД та КН. У решті (10 — 6,8 %) випадків питання стосувались психологічного стану підекспертних, особливостей їх характеру, реагування на онкохворобу тощо, що потребувало залучення до експертизи психологів або ж ставились питання, які взагалі виходили за межі компетенції експертів-психіатрів.

Під час аналізу повторних СПЕ, частка яких з усіх досліджених актів становила 27 — 18,5 %, було з'ясовано, що відсутність розбіжностей експертних висновків при повторних СПЕ спостерігалась тільки у 5 (18,5 % актів). В решті випадків експертні рішення при кожній повторній експертизі значно різнились. Найсуттєвішою була частка випадків, коли експертні рішення повторних СПЕ кардинально різнились між можливістю УЗСД та КН (дієздатністю) та неможливістю УЗСД та КН (недієздатністю) стосовно одного і того ж підекспертного при проведенні повторних експертиз (12 — 44,4 % випадків). Більш логічними і зрозумілими були випадки, коли первинна

експертиза не змогла дати відповідь на поставлені питання, а повторна СПЕ винесла експертне рішення (8 — 29,6 %). У двох випадках (7,4 %) первинними експертизами виносилося рішення щодо неможливості підекспертним на час укладання правочину повною мірою УЗСД та КН (обмеженої дієздатності), але при повторних СПЕ ці підекспертні визнавалися такими, що могли повною мірою УЗСД та КН («дієздатними») — таблиця 2.

Основними причинами розбіжностей експертних висновків при призначенні та проведенні повторних експертиз були суперечливість та/або недостатність даних щодо психічного стану підекспертних у матеріалах справи. Ці причини можливо усунути запитом додаткових медичних, за потребою — інших матеріалів (характеристик, додаткового допиту свідків тощо). Немаловажну роль серед причин розбіжностей висновків відігравали різні методологічні підходи експертів до вирішення поставлених питань. Але в цілому, посмертні СПЕ онкохворих є одними з найскладніших видів експертиз, що обумовлює високий відсоток випадків розбіжностей експертних висновків при повторних експертних дослідженнях.

Таблиця 2

Розбіжності експертних висновків при проведенні повторних експертиз

Розбіжність експертних висновків при повторних СПЕ	Всього	
	n	%
Відсутні розбіжності	5	18,5
Дієздатний ↔ недієздатний	12	44,4
Обмежено дієздатний ↔ дієздатний	2	7,4
Без вирішення питань ↔ дієздатний/недієздатний/обмежено дієздатний	8	29,6
Разом	27	100,0

Таким чином, підсумовуючи результати дослідження актів посмертних СПЕ осіб з онкологічними захворюваннями, можна відзначити такі закономірності.

Для вирішення судом питання щодо можливості осіб, хворих на рак, усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними переважно призначались судово-психіатричні експертизи (94,5 % випадків), частка комплексних судових психолого-психіатричних експертиз була необґрунтовано мізерною (5,5 %), враховуючи можливість порушення мотиваційної складової вольового компонента формули дієздатності онкохворих.

Експертні комісії, виносячи діагнози, не користуються своїм правом виносити подвійні шифри за МКХ-10, що не відображає повноти клінічної картини психопатологічних розладів та нівелює медичний критерій «дієздатності». В свою чергу, це є однією з причин недостатньої обґрунтованості юридичного (психологічного) критерію в експертних висновках.

Висока частка необґрунтованих експертних висновків в актах, де виносилося рішення про нездатність осіб з онкологічними захворюваннями усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час укладання цивільних угод, свідчить про відсутність чітких критеріїв експертної оцінки психічних розладів у хворих на рак та підтверджує актуальність наукових розробок у цьому напрямку.

Список літератури

1. Королева, Е. В. Современные аспекты посмертной судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе / Е. В. Королева // Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т. П. Печерниковой: Сб. науч. тр. ; под ред. Т. Б. Дмитриевой, А. Ю. Березанцева. — М.: ФГУ «ГНЦССПН Росздрава», 2009. — С. 119—128.

2. Илейко, В. Р. Оценка психических расстройств вследствие онкологических заболеваний при посмертной судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе / В. Р. Илейко // *Арх. психіатрії*. — 2003. — Т. 9, № 3 (34). — С. 55—58.

3. Бутылина Н. В. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза при психических расстройствах, связанных с тяжелыми соматическими заболеваниями / Н. В. Бутылина // *Руководство по судебной психиатрии* / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. — М.: Медицина, 2004. — С. 369—374.

4. Харитоновна, Н. К. Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у лиц с соматической патологией в гражданском процессе / Н. К. Харитоновна, Е. В. Королева // *Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии*. Моск. обл. психиатрическая больница № 8. — Орехово-Зуево, 2009. — С. 231—241.

Надійшла до редакції 28.02.2011 р.

С. С. Шум

*Український НІІІ соціальної, судової психіатрії
і наркології МЗ України (з. Київ)*

**Анализ обоснованности экспертных выводов
в актах судебно-психиатрических экспертиз
онкобольных**

В статье приведены результаты анализа актов судебно-психиатрических экспертиз онкобольных. Проанализирована структура и обоснованность экспертных заключений. Выявлены причины необоснованности экспертных заключений, приведены рекомендации для их исключения.

Ключевые слова: онкобольные, психические расстройства, посмертные судебно-психиатрические экспертизы, обоснованность экспертных заключений.

S. S. Shum

*Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the
Ministry of Health of Ukraine (Kyiv)*

**Analysis of the validity of expert conclusions
in acts of postmortem forensic psychiatric examinations
of cancer patients**

The results of analysis of acts of forensic psychiatric examinations of cancer patients. Analyzed the feasibility and structure of expert opinions. The causes of invalidity of expert opinions, recommendations are given for their exclusion.

Key words: cancer patients, mental disorders, post-mortem forensic examination, the validity of expert opinions.