

Опыт амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в условиях объединенной психоневрологической больницы

А. Л. Лещинский

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза является одной из самых распространенных форм экспертизы. Занимаясь ею еще с 1930 г., мы одни из первых выступили в печати с описанием этого вида судебно-психиатрической работы, ее положительных и отрицательных сторон¹. В последующие годы амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза получила свое официальное утверждение и четкое организационное оформление и прочно вошла в повседневную практику работы судебно-следственных органов и психиатрических учреждений.

Не будет преувеличением сказать, что в настоящее время амбулаторная экспертиза, благодаря ее организационной простоте и скорости удовлетворения запросов судебных органов, а также росту и укреплению открытых видов психиатрической помощи (психоневрологических диспансеров) приобрела, по крайней мере, одинаковое значение со стационарной судебно-психиатрической экспертизой. Нужно также учесть, что в ряде городов, областей и автономных республик, где нет крупных психиатрических больниц со специальными судебно-психиатрическими отделениями, стационарная экспертиза крайне ограничена и по существу заменена ее амбулаторной формой.

В то же время нельзя закрывать глаза на то, что в амбулаторной экспертизе, наряду с ее несомненными преимуществами, кроется и ряд недостатков, вытекающих из однократности и кратковременности наблюдения, невозможности произвести некоторые исследования, собрать дополнительные данные, объективный анамнез и т. д. Поэтому, излагая в настоящей работе опыт амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в целях дальнейшего ее улучшения, мы не собираемся противопоставлять ее стационарной экспертизе, которая является и остается наиболее квалифицированной и совершенной формой экспертизы.

Следует еще раз подчеркнуть, что во всех неясных и запутанных случаях, когда амбулаторная экспертиза не обеспечивает полной уверенности в безоговорочной правильности выносимого заключения, необходимо испытуемого направить на стационарное испытание, как бы это ни было сложно, долго и громоздко.

Одновременно следует максимально улучшать амбулаторную экспертизу, которая ныне, в условиях объединенной психоневрологической больницы или психоневрологического диспансера, может принять новые, более совершенные организационные формы.

¹ А. Л. Лещинский и П. В. Мозговой, Журнал «Советская психоневрология», № 1, 1933 г.

Опыту этой работы в новых условиях и посвящена настоящая статья, подытоживающая данные по амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе за 6 лет (1948—1953 гг.) с охватом многих сотен наблюдений, разрешающих делать статистические выводы во многих разрезах.

Амбулаторная комиссия работала при объединенной психоневрологической больнице, имеющей в своем составе стационар и диспансер и обслуживающей психоневрологической помощью всю область, что, в свою очередь, совпадало с территориальным участком принадлежности в судебно-следственном отношении.

Был установлен строгий порядок, по которому перед проведением экспертизы, наряду с ознакомлением с судебно-следственными материалами, наводились справки о данном лице в картотеке диспансера и архиве больницы. Оказалось, что в 27,4% всех экспертиз, проведенных за эти годы, испытуемые в прошлом либо лежали в больнице (9,1%), либо находились на диспансерном учете (18,3%)¹. При этом процент таких лиц за годы наших наблюдений имел выраженную тенденцию к нарастанию: от 24,5% в 1949 г. и 23% в 1950 г. до 30% в 1952 и 1953 гг., что можно объяснить расширением деятельности диспансера, большим охватом психически неполноценных контингентов, лучшей постановкой учета, архива и т. д. Рост этих чисел становится особенно демонстративным при сопоставлении их с нашими наблюдениями, относящимися к 1930—1932 гг., когда испытуемые этой категории составляли только 11,5%.

Таким образом, в последние годы почти в трети всех случаев амбулаторная экспертиза имела возможность получить на своих подэкспертных старые истории болезни, изучение которых давало чрезвычайно большой, психиатрически квалифицированный и, как правило, объективный материал для диагностики и экспертного заключения, без чего последнее было бы в ряде случаев крайне затруднительным или даже невозможным. В то же время использование при амбулаторной экспертизе данных диспансера и больницы в значительном числе случаев освобождало от необходимости направления испытуемого на стационарную экспертизу.

Из обширного числа относящихся сюда наблюдений приведем два случая, иллюстрирующих это положение.

М-в Владимир, 1914 года рождения, обвинялся в хулиганстве. В прошлом многократно находился в различных психиатрических больницах по поводу маниакально-депрессивного психоза. На учете диспансера, в связи с недавним переездом в данный город, состоит только шесть месяцев, но при последнем посещении (за несколько дней до деликта) в истории болезни отмечено ухудшение состояния с нарастающим беспокойством.

Амбулаторная экспертиза была произведена через три месяца после правонарушения, когда в психическом состоянии испытуемого никаких отклонений уже не было, но комиссия, учитывая анамнез и обстоятельства дела и, главным образом, совпадающие во времени данные диспансера, ретроспективно установила у больного наличие во время правонарушения маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза и признала его по данному делу невменяемым.

А-в Павел, 1900 года рождения, обвинялся в тяжелом хулиганстве. Состоит на учете в диспансере пять лет по поводу периодических припадков и постепенной деградации личности. Неоднократные исследования крови и спинномозговой жидкости на реакцию Вассермана давали положительный результат. По поводу диагностированного у него нейролеуза подвергался специфическому лечению. Комиссия подтвердила диагноз, признала больного невменяемым и направила на принудительное лечение.

¹ В совпадающих случаях испытуемые были отнесены к стационарным больным.

Широкое использование старых материалов стационара и диспансера об испытуемых отнюдь не означает, что экспертиза должна во всех случаях обязательно подтверждать диагноз, установленный в этих документах, и выносить судебно-экспертное заключение, исходя только из данных истории болезни.

Здесь следует учитывать, что, во-первых, экспертиза может быть произведена через значительный промежуток времени после наблюдения в стационаре или диспансере, когда имевшееся в прошлом заболевание либо в значительной степени компенсировалось, либо даже полностью прошло.

Во-вторых, не исключены случаи ошибок не только в диспансере, но и в стационаре как в установлении диагноза, так и в определении степени выраженности болезни, что, как известно, в судебно-психиатрическом аспекте имеет особо важное значение. На амбулаторной экспертизе в свете катamnестических данных, а также объективных материалов дела такая ошибка может стать очевидной.

Наконец, следует помнить и о возможности превентивной симуляции, когда правонарушитель перед предстоящим процессом стремится создать себе «психиатрический анамнез», получить справки о пребывании в психиатрической больнице или лечении в психоневрологическом диспансере и т. п. При этом, по понятным причинам, он «скромно» умалчивает о грозящем судебном преследовании, а врачи, видя в нем обычного больного, естественно, верят анамнезу и жалобам притворщика, что иногда приводит, особенно в амбулаторной практике, к досадным ошибкам.

Понятно, что случаев, когда материалы о предыдущем лечении испытуемого могут повести экспертизу по неправильному пути, несравненно меньше, чем положительных фактов облегчения и уточнения экспертного заключения благодаря использованию объективных данных, почерпнутых из истории болезни стационара или диспансера. Все же такие случаи возможны, и все перечисленные варианты источников ошибок встречались и в нашем материале. Поэтому целесообразно привести краткие выдержки из соответствующих наблюдений.

К-в Виктор, 1927 года рождения, обвинялся в 1952 г. в хулиганстве. Находился на учете диспансера с 1948 г. по поводу судорожных припадков после контузии. В 1949 г. уже привлекался к судебной ответственности за хулиганство. Тогда экспертиза признала испытуемого неменяемым как эпилептика, находившегося в состоянии патологического опьянения. Испытуемый был оставлен в больнице на лечение и через два месяца выписан в хорошем состоянии. В дальнейшем припадков не наблюдалось, в диспансер испытуемый больше не обращался, все время работал. Последнее правонарушение было совершено в состоянии обычного опьянения.

Заключение экспертной комиссии: Легкие остаточные явления после закрытой травмы мозга. Опьянение, вменяем.

Интересны в клиническом отношении и в судебно-психиатрическом разрезе следующие две экспертизы, в которых речь шла о двух братьях М-ных, привлекавшихся по одному делу (групповое хулиганство).

М-н Алексей (старший брат), 1928 года рождения, находился в 1952 г. на стационарном лечении в Ижевской психиатрической больнице по поводу шизофрении. Этот диагноз не вызывал тогда никаких сомнений. После курса инсулиншоковой терапии у него наступила хорошая и стойкая ремиссия, подтвержденная катamnестически. Испытуемый работал. За неделю до правонарушения был в диспансере по поводу переосвидетельствования на ВТЭК, и психотических признаков не было обнаружено.

М-н Ким (младший брат), 1930 года рождения. Начало болезни совпало с пребыванием на военной службе. В 1951 г. находился на лечении в Свердловской психиатрической больнице: здесь у него была установлена шизофрения, он был уволен из армии и после соответствующего лечения выписан домой. Диспансерные данные свидетельствовали о наличии у него хорошей ремиссии.

Преступление братья совершили вместе, на улице, оба были в состоянии опьянения. Приставали к прохожим, площадно бранились, пытались вступить в драку.

Комиссия установила в обоих случаях наличие стойкой ремиссии после шизофрении, обычное опьянение и признала обоих братьев вменяемыми.

В других случаях была изменена не только оценка состояния больного, но и клинический диагноз.

Н-ев Иван, 1916 года рождения, обвинялся в хулиганстве. Находился на протяжении года на учете диспансера, где в амбулаторном порядке на основании двукратного посещения был поставлен диагноз постшизофренического дефекта с эмоциональной лабильностью. Однако на основании анализа дела и исследования испытуемого экспертная комиссия установила сохранность интеллекта и поведения испытуемого, отсутствие каких бы то ни было признаков шизофрении, хорошую трудовую приспособляемость. Преступление явилось результатом алкогольного опьянения.

Комиссия отвергла старый диагноз шизофрении и признала испытуемого вменяемым.

Наконец, среди наших наблюдений были случаи превентивной агравации в симуляции.

М-в Виктор, 1925 года рождения, обвинялся в хищениях государственного имущества. Впервые обратился в психоневрологический диспансер через полтора месяца после совершения преступления. Высказывал тогда ряд неопределенных жалоб на общую нервность, раздражительность, плохой сон. Диагноз при первом посещении установлен не был. Через две недели явился снова уже за справкой, что был в первый раз на приеме. Заявил врачу, что справку у него требует администрация на работе, фактически же справку спрятал, потом предъявил следствию как доказательство своей психической неполноценности. В справке после слов «на исследовании» оказались дописанными слова «и на лечении», а также вписан безграмотный «диагноз»: «псих. расстрой. умственности».

Комиссия никаких психических расстройств у испытуемого не нашла и признала его вменяемым.

В известной степени к этой же группе относятся лица, которые случайно и однократно появлялись в психоневрологическом диспансере, к примеру, направленные врачами поликлиник для решения вопроса о допуске к определенному виду деятельности (шофера, машиниста) или присланные военкоматами для определения годности к военной службе. Иногда такие лица, признанные в свое время психически здоровыми, в дальнейшем, в связи с привлечением к уголовной ответственности, вспоминают о своем, хотя и мимолетном, знакомстве с психиатрами и на основании этого претендуют на признание их психически больными и невменяемыми.

Иногда формальным поводом претензии на невменяемость или требования о направлении на судебно-психиатрическую экспертизу служило заявление подследственного лица-алкоголика о том, что он лечился в психоневрологическом диспансере. При этом испытуемые, как правило, умалчивали о диагнозе своего заболевания, единственным проявлением которого являлось длительное и упорное пристрастие к спиртным напиткам. Судебно-следственные работники, зачастую не зная о том, что в последние годы в психиатрических учреждениях широко проводится лечение алкоголиков без психических расстройств, легко поддавались «гипнозу» заявления: «лежал в психиатрической клинике» или «ежедневно хожу в психиатрический диспансер». В таких случаях обычно вместо того, чтобы установить причины связи испытуемого с психиатрическим учреждением, немедленно выносилось решение о направлении на экспертизу, чем без какой-либо нужды загружали ее а, главное, совершенно зря затягивалось и усложнялось следствие.

Наконец, в практике нашей работы были случаи с вымышленными заявлениями подследственных и подсудимых о пребывании их в прошлом на лечении в психиатрической больнице. В то же время полученные

при проверке отрицательные данные (никогда в больнице не лежал, на учете диспансера не состоял) имели известное значение и для экспертизы, и для следствия, особенно в отношении лиц, постоянно проживающих в данной области, единственным основанием у которых для направления на экспертизу послужило их ложное заявление о психиатрическом анамнезе.

В этих случаях можно сделать известный упрек следственным работникам, которые легко могли бы установить вымысел без ненужного усложнения и затягивания следствия.

К положительным сторонам органической связи амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы с объединенной психоневрологической больницей относится также возможность в ряде случаев собрать с помощью диспансера (путем обследования на дому или на производстве) дополнительные материалы, необходимые для экспертизы.

С другой стороны, постоянная связь судебно-психиатрической экспертизы с психиатрической больницей имеет положительное значение и для последней, так как данные и заключение экспертизы являлись очень ценными катamnестическими сведениями, которые вносились в соответствующие истории болезни.

Изложенные соображения по поводу амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы в новых условиях относятся в известной степени и к другим видам экспертизы (трудовой, военной).

Для максимального использования организационных преимуществ амбулаторной экспертизы при объединенной психоневрологической больнице необходимо: 1) заблаговременно знать о лицах, направляемых на экспертизу, 2) иметь договоренность с судебно-следственными органами о том, чтобы в случаях, когда направление на экспертизу обосновывалось исключительно ссылками самого испытуемого на его предыдущее лечение в психиатрической больнице (диспансере), предварительно запрашивалась больница как в отношении самого факта лечения, так и по вопросу о целесообразности назначения экспертизы, 3) иметь в больнице хорошо поставленную картотеку и образцово налаженный архив.

Ижевский медицинский институт,
кафедра психиатрии.