

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

*На правах рукописи*

Потемкин Борис Евгеньевич

**КЛИНИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ  
ОРГАНИЗАЦИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
В ОТДЕЛЕНИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ  
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

14.01.06. - психиатрия

Диссертация на соискание  
ученой степени кандидата  
медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук,  
профессор  
Ткаченко Андрей Анатольевич

Москва - 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА 1 КАТЕГОРИЯ «СЛОЖНОСТИ» КАК СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ ФАКТОР МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	13
1.1 Проблемы объективной оценки сложности судебно-психиатрических исследований .....	13
1.2 Категория «сложности» применительно к клинической (психопатологической) диагностике.....	24
1.3 Сложность при определении юридической релевантности психического расстройства.....	41
1.4 Методологический потенциал определения «сложности» СПЭ для совершенствования организации судебно-психиатрической деятельности .....	47
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	53
ГЛАВА 3 КЛИНИЧЕСКАЯ СЛОЖНОСТЬ.....	62
3.1 Факторы клинической сложности.....	62
3.2 Влияние факторов клинической сложности на время формулирования, согласования и оформлениия выводов.....	84
3.3 Ранжирование клинической сложности по гражданским и уголовным делам.....	91
3.4 Констатация психического здоровья и сложность клинической диагностики.....	95
ГЛАВА 4 ЭКСПЕРТНАЯ СЛОЖНОСТЬ.....	97
4.1 Факторы экспертной сложности .....	97
4.2 Группы сложности СПЭ .....	114
ГЛАВА 5 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СУДЕБНО - ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЛОЖНОСТИ СПЭ.....	123

5.1 Организация судебно-психиатрического исследования на основе предварительной оценки сложности экспертного случая.....	123
5.2 Расчет трудозатрат эксперта с учетом фактической сложности СПЭ как основа материального стимулирования труда.....	134
5.3 Сложность СПЭ и оформление экспертных заключений.....	150
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	157
ВЫВОДЫ .....	168
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	170
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	174
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	175

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) традиционно понимается как прикладная дисциплина, использующая клинические (психиатрические) знания для содействия правосудию в оценке юридически релевантной психической патологии (Краснушкин Е.К., 1925; Бунеев А.Н., 1955; Морозов Г.В., 1969; Дмитриева Т.Б., 2004; Шишков С.Н., 2012; Ткаченко А.А., 2016).

Наиболее желаемым результатом судебно-психиатрического исследования является оформление экспертного заключения, содержащего аргументированные выводы, сформулированные в категоричной форме (Ткаченко А.А., 2006; Шишков С.Н., 2013). Именно в этом случае выводы экспертов содержат сведения о фактах, устанавливающих значимые для рассмотрения дела обстоятельства, и могут быть восприняты правом как прямое доказательство в судебном процессе (Решетникова И.В., 2011, 2016; Лазарева В.А., 2013; Боннер А.Т., 2014; Балакшин В.С., 2016).

На достижение желаемого результата нацелена методология судебно-психиатрического экспертного исследования (Шостакович Б.В., 2004; Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016) как основа организации профессионального мышления и деятельности (Щедровицкий Г.П., 1995). На этом же направлена и организация судебно-психиатрической деятельности как комплекс мероприятий по управлению качеством, планированию нагрузки, мотивированию труда и подготовки кадров (Букреева Н.Д., 2004, 2013).

Методология и организация судебно-психиатрических экспертных исследований являются взаимосвязанными областями знания в том смысле, что организация СПЭ должна обеспечить возможность соблюдения методологии, выработанной судебно-психиатрической наукой, а научные исследования в области судебной психиатрии должны дать теоретическое обоснование организации экспертных исследований.

На протяжении двух прошедших десятилетий методология судебно-психиатрических исследований в России стремительно развивалась, откликаясь на изменения в правовом положении лиц с психическими расстройствами, реформирование законодательства, изменение спектра правовых коммуникаций, развитие медицинской науки и смежных областей научного знания. Это отчетливо прослеживается по работам многих авторов, в том числе Б.В.Шостаковича (2000-2004); А.А.Ткаченко (2004-2016); Н.К.Харитоновой (2004-2016); Е.В.Макушкина (2002-2012); В.В.Вандыша-Бубко (2001-2013); Д.Н.Корзуна (2012-2014); О.А.Макушкиной (2016) и др. Происходят изменения и в организации судебно-психиатрической службы. Так, начал действовать новый «Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы» (утвержден Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 января 2017 г. № 3н). Поэтому актуальным становится проведение исследований, направленных на формирование подходов к организации СПЭ, учитывающих современный уровень развития клинической психиатрии и судебно-психиатрической методологии.

Клинико-методологическое обоснование организации работы отделений амбулаторной экспертизы особенно актуально, так как амбулаторная СПЭ является самым распространенным способом экспертного исследования (Печерникова Т.П., 2009). По современным данным, амбулаторная СПЭ проводится в России в 90% случаев с приростом до +1,3% в год (Мохонько А.Р. Макушкин Е.В., Мурганцева Л.А., 2016). Кроме того, экспертам амбулаторных отделений поручается проведение посмертных (заочных) экспертиз, имеющих значительные методологические особенности (Бутылина Н.В., 2004, 2007; Королева Е.В., 2007, 2009; Ткаченко А.А. и др., 2014).

**Степень разработанности темы.** Н.Д.Букреева (2004), обсуждая проблемы организации СПЭ, и А.А.Ткаченко (2004), касаясь проблемы исследований в области судебной психиатрии, обозначили два направления для исследований клинико-методологического обоснования организации СПЭ: разработка стандартов судебно-психиатрической деятельности и обоснование степени сложности экспертного исследования.

Проблемам стандартизации судебно-психиатрической деятельности уделено некоторое внимание, хотя исследования и разработки в этом направлении немногочисленны. Следует отметить клинико-эпидемиологическое исследование подходов к формированию медико-экономических стандартов СПЭ (Букреев Н.В., 2003), разработку Протокола ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза» (2005) и методические рекомендации по обеспечению качества сексолого-психиатрической судебной экспертизы (Введенский Е.Г., Ткаченко А.А., 2010).

Исследований, направленных на выявление объективных причин сложности СПЭ и разработку методологии оценки сложности практически не проводилось.

В редких опубликованных исследованиях трудозатрат экспертов отмечалась определенная зависимость трудоемкости СПЭ от категории судебного дела, контингента подэкспертных и состава экспертной комиссии (Кудрявцев И.А. Морозова М.В, Савина О.Ф., 2000; Ружников А.Ю., 2003; Введенский Е.Г., Ткаченко А.А., 2010). Однако данные исследования не раскрывали объективные причины и механизмы усложнения диагностического процесса. Вместе с тем, необходимость изучения сложности СПЭ определяется целым рядом причин.

Во-первых, от определения сложности СПЭ может зависеть необходимость проведения комиссионного исследования. Данное положение последовательно отстаивалось А.А.Ткаченко (2004-2016) как в большей степени соответствующее процессуальной форме, принципам экспертной деятельности и методологии судебно-психиатрической экспертизы. Верховный Суд Российской Федерации в «Обзоре судебной практики по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам» (Бюллетень Верховного Суда РФ №3, 2012) также указал, что комиссионная экспертиза назначается при наличии «крайне сложных» для выяснения обстоятельств в целях повышения объективности заключения экспертизы. Однако до настоящего времени не выделено критериев сложности СПЭ, позволяющих судебным следственным органам или руководителю экспертного учреждения обоснованно определять необходимость комиссионного исследования.

Во-вторых, от определения сложности СПЭ может зависеть материальное стимулирование труда экспертов. Действующее законодательство (ст. 129 Трудового Кодекса РФ) определяет, что заработная плата или оплата труда работника – это вознаграждение за труд, зависящее, в том числе от сложности работы. Н.Д.Букреева (2004) указывала на необходимость создания дифференцированных подходов к определению размеров заработной платы судебно-психиатрических экспертов с учетом сложности различных видов экспертиз. Внедрение «эффективных контрактов» в сфере бюджетного здравоохранения также подразумевает зависимость заработной платы конкретного работника от сложности выполняемой работы. При этом окончательно не решено, что считать результатом труда, как его измерять и по каким параметрам (Филатов В.Н., Кадыров Ф.Н., Югай М.Т., 2014). Предлагаемые для тарификации труда разных групп работников критерии сложности, такие как: самостоятельность, ответственность, специфическая квалификация, широта задач, наличие вредностей и т.д. (Озерникова Т.Г., 2015) не применимы к оценке сложности СПЭ, поскольку тогда любое экспертное исследование в равной мере может быть отнесено к «сложному». Требуется же ранжирование по степени сложности одного вида работ (СПЭ), выполняемой одной группой работников (судебно-психиатрические эксперты). То есть критерии оценки сложности работы судебно-психиатрического эксперта, пригодные для определения стимулирующих выплат, не разработаны.

В третьих, сложность экспертиз может учитываться при распределении нагрузки на экспертов и эффективном использовании кадровых ресурсов. При проведении ежегодного анализа работы судебно-психиатрической службы отмечалось, что в разных регионах количество экспертиз по различным категориям дел может значительно различаться (Мохонько А.Р. и соавт., 2011-2016). Это может приводить к тому, что в одних регионах эксперты будут работать сверхинтенсивно, тогда как в других, при формально аналогичном объеме работы, эксперты будут работать с гораздо меньшей интенсивностью.

Кроме того, определение уровня сложности и прогнозирование трудозатрат важно для равномерного распределения нагрузки между экспертами внутри экспертных подразделений. Однако критериев сложности, позволяющих прогнозировать трудозатраты эксперта, не разработано.

В четвертых, квалификация эксперта может рассматриваться как право эксперта на самостоятельную работу при проведении СПЭ различной сложности. С.Н.Шишков (1996) отмечал, что в документе, дающем право на производство СПЭ, следует перечислять виды экспертиз, которые он правомочен проводить. А.А.Ткаченко (2016) касаясь организационных основ судебно-психиатрической экспертизы в Российской Федерации, предлагал допускать экспертов к проведению сложных СПЭ с учетом квалификационной категории. Однако, научно обоснованных критериев, которые бы позволяли ранжировать экспертизы по степени сложности, не разработано.

Следует добавить, что осмысление причин, затрудняющих вынесение экспертного решения, и уяснение механизмов их преодоления может способствовать развитию методологии СПЭ, повышению доказательной силы экспертных выводов, совершенствованию методических рекомендаций по оформлению экспертных заключений и повышению результативности амбулаторных экспертиз. Это приобретает особое значение, поскольку суммарные финансовые затраты на производство амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз значительны и превышают затраты на проведение стационарных экспертиз (Букреева Н.Д., Кормачева Е.А., Кутуева Р.В., 2013).

Сказанное выше обуславливает высокую актуальность исследований сложности СПЭ для совершенствования организации судебно-психиатрических экспертных исследований.

#### **Цель исследования.**

Разработка научно обоснованных подходов к определению степени сложности экспертиз как клинико-методологической основы организации экспертных исследований в отделениях амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы.



**Задачи исследования.**

1. Разработать методологию объективной оценки сложности СПЭ.
2. Выявить факторы, усложняющие проведение клинической диагностики в условиях амбулаторного судебно-психиатрического отделения.
3. Выявить факторы, затрудняющие судебно-психиатрическую оценку психических расстройств в условиях амбулаторного судебно-психиатрического отделения.
4. Определить влияние выявленных факторов на сложность экспертного исследования и выделить группы сложности СПЭ.
5. Разработать рекомендации для совершенствования организации СПЭ, учитывающие уровень сложности экспертных исследований.

**Научная новизна исследования.** Впервые сложность судебно-психиатрического экспертного исследования представлена как объективная характеристика, обусловленная клиническими и методологическими особенностями экспертного случая.

Впервые разработана методология объективной оценки сложности СПЭ, основанная на герменевтическом подходе и анализе клинической надежности всех информационных потоков, содержащих сведения о психическом состоянии подэкспертного.

Впервые для объективной оценки сложности конкретного экспертного случая применен хронометраж в сочетании с клиническим (психопатологическим) методом.

Впервые определены факторы, вызывающие затруднения в клинической диагностике, и показан алгоритм их преодоления.

Впервые определены факторы, затрудняющие соотнесение медицинского и юридического критериев.

Впервые на основании статистически достоверных данных выделены группы сложности СПЭ по уголовным и гражданским делам.

Впервые предложены подходы к предварительной оценке сложности, расчету трудоемкости экспертизы с учетом сложности экспертного случая.

**Теоретическая и практическая значимость.** Разработанная методология объективной оценки сложности через деятельность исследователя, в том числе подход к выбору «показателя сложности», может использоваться в последующих научных исследованиях в данном направлении (общетеоретическое значение).

Выявление и осмысление факторов, затрудняющих клиническую диагностику и судебно-психиатрическую оценку психического расстройства, может учитываться при совершенствовании методологии судебно-психиатрической экспертизы, а также при обучении судебно-психиатрических экспертов (частное теоретическое значение).

Объективное определение сложности экспертного исследования может учитываться организаторами здравоохранения для совершенствования организации экспертной службы, финансирования экспертных учреждений и подготовке кадров (общее практическое значение).

Предварительное определение сложности позволит руководителю экспертного учреждения (подразделения) определять необходимость комиссионного судебно-психиатрического исследования, эффективнее распределять нагрузку экспертов. Определение «фактической сложности» позволит учитывать реальный объем и интенсивность выполненной работы при материальном стимулировании труда эксперта (частное практическое значение).

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Разработанная методология оценки сложности СПЭ позволяет выявить объективные (не зависящие от индивидуальных качеств эксперта) факторы, затрудняющие диагностику психического расстройства (клиническая сложность) и определение его юридической релевантности (экспертная сложность).

2. Клиническая сложность определяется трудностями соотнесения выявляемых психопатологических феноменов с диагностическим стандартом из-за «расширения спектра», «недостаточности» или «несогласованности» диагностических критериев.

3. Экспертная сложность определяется необходимостью обоснования нарушения саморегуляции в юридически значимой ситуации не только параметрами ведущего психопатологического синдрома, а оценкой совокупности всей клинической симптоматики или с учетом психологических факторов.

4. Различные комбинации факторов сложности по-разному влияют на основной показатель сложности (время на формулирование, согласование и оформление выводов), что позволят выделить четыре группы сложности по гражданским делам и три – по уголовным.

5. Представления о факторах и группах сложности СПЭ позволяет прогнозировать уровень сложности экспертизы до начала экспертного исследования (предварительная сложность); рассчитывать трудоемкость экспертизы, а также выработать рекомендации по обоснованию выводов и оформлению экспертных заключений.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации обсуждались на Проблемном совете по судебной психиатрии ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» 12 ноября 2014 г. и 16 января 2019 г. Результаты диссертационного исследования были доложены на научно-практической конференции «Организационно-правовые клинико-диагностические вопросы общей психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы» (1-2 апреля 2013 г., Санкт-Петербург); VI Национальном конгрессе по социальной психиатрии и наркологии: «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее» (18-20 мая 2016 г., Уфа).

**Степень достоверности исследования.** Определяется количеством и составом проанализированных случаев (240 СПЭ по уголовным и гражданским делам); проверкой устойчивости хронорядов и расчетом необходимых для хронометража количеством наблюдений (25 в хроноряде); отсутствием заинтересованности экспертов, оказывающих помощь автору в проведении хронометража (эксперты действовали исключительно на принципах безвозмездности и добровольности); выбором методов исследования и корректным статистическим анализом полученных результатов.

Сформулированные в настоящей работе выводы, положения, выносимые на защиту, и практические рекомендации обоснованы и следуют из подробного анализа результатов исследования.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ, из них 4 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования РФ для публикации основных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

**Личное участие автора в получении результатов.** Автор самостоятельно разработал алгоритм, карту исследования, а также таблицу для фиксации результатов хронометража. Автор самостоятельно провел клинический судебно-психиатрический анализ 240 экспертных заключений и проанализировал результаты хронометража. В 41 (17%) случае автор непосредственно выступал в качестве эксперта-докладчика, оформлял экспертное заключение и проводил хронометраж. В остальных случаях (83%) автор собирал, заносил в таблицу и обрабатывал результаты хронометража, полученные от других экспертов. Автор самостоятельно произвел статистическую обработку полученных данных; описал результаты исследования; выдвинул основные положения, выносимые на защиту; сформулировал выводы и практические рекомендации.

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 207 страницах машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и списка использованной литературы. Диссертация иллюстрирована 26 таблицами, 2 рисунками. Также приведено 18 клинических примеров разных клинических и экспертных ситуаций и 10 математических выражений (формул). Список литературы содержит 282 библиографических источников, в том числе 232 отечественных и 50 иностранных публикаций.

## ГЛАВА 1

### КАТЕГОРИЯ «СЛОЖНОСТИ» КАК СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ ФАКТОР МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

#### 1.1 Проблемы объективной оценки сложности судебно-психиатрических исследований

Категория сложности воспринимается как одна из фундаментальных характеристик современного мира в виде представления об «интегрированном многообразии» (Утробин И.С., 1993).

Понятие «сложность» имеет множество значений, многочисленные серии смыслов в конкретных науках, и общепринятого определения и универсального понимания сложности не существует (Дубина И.Н., 1998; Леонов А.М., 2006; Var-Yam Y., 1997; Gupta S., Karahanna E., 2004; Mikulecky D.C., 2012).

Например, в Большой Советской Энциклопедии (1968-1979) собственно понятие сложности не было раскрыто. Вместо этого выделяется множество отдельных категорий, например: сложная функция – функция от функции; сложная система – система из нескольких взаимосвязанных частей; сложная реакция – совокупность простых последовательных реакций; сложный труд – квалифицированный труд. Словари синонимов (Александрова З.Е., 2001; Горбачевич К.С., 2007; Кожевников А.Ю., 2009) предлагают более десятка разных по смыслу синонимов к слову сложность. Словарь русского языка (Ожегов С.И., 1987) и Словарь практического психолога (Головин С.Ю., 1998) выделяют две основные группы смыслов: 1. Составленность из нескольких частей; многообразность по составу входящих частей и связей между ними; 2. Трудность, запутанность.

Многообразие смыслов и значений, вкладываемых в понятие сложность, является причиной скептического отношения некоторых авторов к проблеме объективной оценки сложности.

Например, Ю.А.Данилов и Б.Б.Кадомцев (2008) утверждали, что «сложность – одно из тех интуитивно ясных, но упорно не поддающихся формализации понятий».

Поэтому требуется поиск теоретических оснований, позволяющих разработать методологию определения объективной сложности СПЭ.

*Исследование сложности в парадигме постнеклассической рациональности.* В.П.Казарян (2014) отмечал, что в рамках классического рационализма и доминирования методологического «принципа простоты» категория сложность приобретает негативное значение и воспринимается, как неумение исследователя связать наблюдаемые факты в простую схему.

Применительно к судебно-психиатрическим исследованиям такой подход не позволяет объективно оценивать сложность СПЭ, поскольку ссылки на сложность принятия экспертного решения воспринимаются лишь как неумение (нежелание) конкретного эксперта свести все к простому и однозначному ответу. Такое понимание сложности в конечном итоге чревато вульгаризацией диагностического процесса. В частности, ведет к использованию «неправомерных технологий» при обосновании категоричного решения, на что обращал внимание А.А.Ткаченко (2006).

Совершенно другое понимание сложности предлагают неклассический и постнеклассический типы научной рациональности, формировавшиеся с развитием кибернетики, информационных технологий и синергетики. В данном подходе сложность (complexity) – это важная характеристика систем, зависящая от целей и задач исследования, необходимости перевода качественных данных на формализованный язык, степени детализации анализа и точности выполнения задачи, а также мировоззренческой позиции исследователя (Пригожин И., 1985, 1987; Кастельс М., 2000; Николис Г. с соавт., 2003; Аршинов В.И., 2011, 2015; Казарян В.П., 2014; Буданов В.Г., 2015; Маякова А.В., 2016; Yates F.E., 1978;

Gell-Mann M., 1995; Doyle A., Hughes W., 2000; Heylighen F., Cilliers P., Gershenson C., 2007).

Данный подход является приоритетным на сегодняшний день в качестве теоретического основания исследований (Гайсин Р.Р., 2002); позволяет провести различие между объективной сложностью – характеристикой системы или процесса и субъективной сложностью – характеристикой восприятия (Flood R. L., Carson E. R., 1993; Gupta S., 2004); связывает сложность с процессом когнитивной обработки информации (Gottfredson L.S., 1997); позволяет рассматривать сложность как результат «мыследеятельности» (Щедровицкий Г.П., 1999); допускает изучение объективной сложности через деятельность исследователя с возможностью математического анализа (Уемов А.И., 2003).

Понимание сложности в парадигме постнеклассической рациональности применимо и для изучения сложности СПЭ. А.А.Ткаченко (2005) описывая стадии экспертного исследования, показал, что при вынесении решения эксперт последовательно уясняет фабулу юридической ситуации, мотивы назначения экспертизы, предмет исследования; выдвигает гипотезы и определяет план исследования; проводит перекодировку и дешифровку информации, достижение непротиворечивого описания и проведение сравнения со стандартами; достигает внутреннего убеждения и вырабатывает систему аргументов. Это позволяет рассматривать процесс принятия экспертного решения как «мыследеятельность» судебно-психиатрического эксперта, определяемую поставленными задачами и методологическими установками. Таким образом, объективизация сложности СПЭ становится возможной через изучение деятельности эксперта.

Имеют значение и ценностные установки эксперта. Так, ориентация только на выполнение плановых показателей и формальное соблюдение требований к оформлению заключений может привести к редуцированию обоснования экспертных выводов до шаблонной аргументации поверхностного интуитивного впечатления. Однако экспертный анализ не может и не должен ограничиваться только эвристиками (Ткаченко А.А., Корузн Д.Н., 2016).

Если же эксперт ориентирован на состязательность судебного процесса, содействие осуществлению правосудия и установление истины (юридической и объективной); руководствуется такими основополагающими принципами, как объективность, полнота» и научная обоснованность экспертного заключения, то он стремится к формированию выводов на основе многофакторного анализа, логической развернутости, соответствия устоявшейся научной методологии и проверки разных диагностических гипотез. В этом случае следует ожидать, что сложность экспертного анализа будет различаться в зависимости от клинических и (или) иных особенностей конкретного случая.

*Сложность, выраженная через время.* Сложность подразумевает не только разнообразие и взаимодействие компонентов системы, но и скорость происходящих изменений (Yates F.E., 1978; Wood R.E., 1986; Gupta S., Karahanna E., 2004). То есть делается различие между «сложностью» системы (модели) и «сложностью» процесса (Малышева Л.В., 2007). Ю.С.Моркина (2011), развивая данную идею, проводит различие между сложностью системы и сложностью творческого процесса, показывая, что сложность системы разворачивается в пространстве, а ее самоорганизация и развитие идут во времени; сложность творческого процесса следует искать только во времени его протекания.

Мыслительная (познавательная) деятельность судебного эксперта при решении экспертных задач также является творческим процессом (Тхакохов А.А., 2014; Майлис Н.П., 2017). Применительно к СПЭ это означает, что объективизация сложности принятия экспертного решения возможна только через анализ времени, затрачиваемого экспертом на проведение СПЭ.

Следует отметить, что затраченное на выполнение задачи время как мера сложности процесса успешно используется в кибернетике и сфере информационных технологий. Например, через затраты времени проводится анализ временной сложности и оценка эффективности вычислительных алгоритмов (Мошков М.Ю., 1999; Фирсова С.А., 2004; Карпов Ю.Г., 2007; Забеглов В.В., 2010). Причем в кибернетике для оценки алгоритмов, как правило, из прагматических соображений используется Worst Case – наихудший результат



измерений (Козюрин Н.Н., 2003). Однако исследование сложности СПЭ не ставит задачу выявить самого «неторопливого» эксперта или самую сложную экспертизу. В исследовании необходимы статистические основания для выделения групп сложности. Поэтому для оценки сложности СПЭ требуется Average Case – среднее время (в статистическом смысле), затрачиваемое экспертом на выполнение работ.

Рабочее время эксперта может быть исследовано разными методами: хронометраж, фотография рабочего времени, фотохронометраж, метод моментных наблюдений, поточные карты и диаграммы трудового процесса и т.д. Каждый из перечисленных методов имеет свои задачи, ограничения, сферу и традиции применения (Чучкалова Д.И., Данилина А.И., 2015; Позолотина Е.И., 2015).

Для объективной оценки сложности СПЭ требуется определение затрат времени на выполнение циклично повторяющейся работы (проведение исследования и оформление заключения), выявление факторов, влияющих на время, и анализ деятельности одной группы работников – судебно-психиатрических экспертов. Этим целям соответствует метод хронометража (Заслонов В.Г., 2013; Чучкалова Д.И., Данилина А.И., 2015; Позолотина Е.И., 2015).

Данный метод широко и успешно использовался в системе отечественного здравоохранения (Роговой М.А., 1979; Ряхимов Ю.С., 2008; Косенко А.А., 2014; Зайцева Н.В. и др., 2015). Как правило, хронометраж в разных вариациях применялся для анализа производительности труда и нормирования труда медицинских работников (Елдашев С.А., 2004; Молдавская Н.А., 2006; Яковенко О.О., 2007; Труханова И.Н. и др., 2008; Гарафутдинов Д.М., 2010; Доютова М.В., 2012). В подобных исследованиях речь идет об определении трудоемкости – затратах рабочего времени на выполнение конкретной технологической операции (вида работ).

Исследования трудозатрат экспертов (Кудрявцев И.А. и др., 2000; Ружников А.Ю., 2003; Введенский Е.Г., Ткаченко А.А., 2010) также руководствовались

данной логикой и определяли трудоемкость разных экспертиз или разных видов экспертных работ.

В частности, А.Ю. Ружников (2003), исследовав трудозатраты судебно-психиатрических экспертов амбулаторного судебно-психиатрического отделения, показал, что трудоемкость посмертных и комплексных экспертиз выше в сравнении с однородными очными амбулаторными экспертизами.

Вместе с тем, Н.Д. Букреева (2004) отмечала, что трудоемкость СПЭ может значительно отличаться даже в рамках одного вида экспертиз в зависимости от диагностической или экспертной сложности. То есть оценка трудоемкости разных (с формальной точки зрения) видов экспертиз не позволяет оценивать реальный объем и интенсивность выполненной работы. Для этого необходимо определение сложности.

Определение интенсивности и объема выполняемых работ через категорию «сложность» ранее использовалось в судебной системе. Например, такой подход был применен Президиумом Высшего Арбитражного Суда РФ в «Рекомендациях по применению критериев сложности споров, рассматриваемых в арбитражных судах Российской Федерации» (Информационное письмо Президиума Высшего арбитражного суда №167, 2014).

Кроме того, понятия сложности и трудоемкости не идентичны. Трудоемкость воспринимается экономической наукой как более широкое понятие и зависит от множества факторов (условия труда, объем задания и т.д.), а также от сложности выполняемой работы (Боков С.И., Подольский А.Г. 2015; Солдатов В.В., 2015).

Применительно к судебно-психиатрическим исследованиям трудоемкость может зависеть как от сложности принятия экспертного решения (выраженного во времени), так и от объема предоставленных материалов (объектов исследования), увеличивающих затраты времени на выполнение рутинной работы.

Поэтому при разработке методологии оценки сложности СПЭ важно дифференцировать затраты времени, связанные с повышенной сложностью экспертного анализа, от прочих временных затрат.

Проведение хронометража требует соблюдения методики, которая позволяет минимизировать возможные искажения результатов. Методика хронометража в достаточной мере разработана (Мягкова Г.Г., 2007; Мареева Е.С. Богатырева О.Н., 2012; Заслонов В.Г., 2013; Позолотина Е.И., 2015) и адаптирована для применения в здравоохранении (Методика ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2013).

Методика включает: выбор объекта хронометража в соответствии с целями исследования; определение фиксажных точек (четко выраженных моментов начала и окончания трудовой операции); определение количества необходимых замеров, определение коэффициента фактической устойчивости ( $K_{ф. уст.} = t_{max}/t_{min}$ , где  $t_{max}$  – максимальная продолжительность наблюдаемого элемента, а  $t_{min}$  – минимальная продолжительность наблюдаемого элемента); сравнение коэффициента фактической устойчивости хроноряда с нормативным показателем, зависящим от характера работы.

Поскольку для проведения хронометража важно четкое определение фиксажных точек, требуется теоретическое обоснование того, какой именно период времени будет иметь значение для определения сложности СПЭ. На сегодняшний день разными исследователями выделяются разные этапы и стадии экспертного исследования. При этом можно выделить несколько подходов.

Первый предполагает выделение этапов или стадий экспертного исследования на основе существующей методологии и отражает организацию профессионального мышления эксперта.

Наиболее часто встречается выделение в экспертном исследовании двух этапов, что неразрывно связано с базовыми представлениями о предмете судебной психиатрии. Его составляют психические расстройства, имеющие правовое значение, которые характеризуются двумя группами критериев: клиническими (медицинскими) и юридическими (Шишков С.Н., 2012). Поэтому

первый этап диагностики завершается формулировкой диагноза (потенциального медицинского критерия). На втором этапе происходит соотнесение медицинского критерия с юридическим критерием правовой нормы (Шостакович Б.В., 2004; Дмитриева Т.Б. и др., 2008).

В некоторых случаях выделяется большее количество этапов. Например, А.А.Ткаченко и Д.Н.Корзун (2016) для оценки «делкоспособности» выделяют три этапа исследования: 1 этап – реконструкция психического состояния, 2 этап – установление механизма принятия решения о заключении сделки, 3 этап – установление нарушения/сохранности осознания и регуляции поведения.

Рабочая группа Американской академии психиатрии и права (AAPL) в «Практическом руководстве по судебнопсихиатрической оценке обвиняемых, ссылающихся на невменяемость» («Practice Guideline for Forensic Psychiatric Evaluation of Defendants Raising the Insanity Defense») также выделяет три этапа (раздела) экспертного исследования: 1 этап – определение психического расстройства или дефекта; 2 этап – установление связи между психическим расстройством и криминальным поведением; 3 этап – установление связи между обусловленным психическим расстройством криминальным поведением и правовым стандартом, т.е. юридическим критерием (Janofsky J.S. et al., 2014).

Также в теории судебных экспертиз сформировалось представление о четырех стадиях экспертного исследования: подготовительной, аналитической, сравнительной и завершающей (Россинская Е.Р., Галяшина Е.И., Зинин А.М. 2011). А.А.Ткаченко (2005), адаптировав данное представление о стадиях экспертного исследования, описал подготовительную, аналитическую, сравнительную и синтезирующую стадии судебно-психиатрического исследования, отражающие процесс формирования судебно-психиатрического решения.

Все перечисленные варианты выделения этапов (стадий) экспертного исследования имеют важнейшее методологическое значение, однако, не позволяют однозначно зафиксировать момент начала и окончания каждого из

этапов (ни при внешнем наблюдении, ни при самонаблюдении), т.е. не позволяют определить фиксажные точки для проведения хронометража.

Второй подход предполагает выделение этапов экспертного исследования на основе структуры деятельности эксперта. Например, А.Ю.Ружников (2003) выделял следующие этапы: предварительное знакомство с материалами дела, оформление ходатайств, изучение материалов дела и их письменное оформление, «обсуждение вопросов», составление выводов, печатание заключения, проверка заключения. Г.Е.Введенский и А.А.Ткаченко (2010), ориентируясь на «Протокол ведения больных. Судебно-психиатрическая экспертиза» (2005), выделяли такие этапы работы эксперта как: сбор жалоб, визуальное обследование, измерения, изучение и анализ материалов дела, изучение и анализ медицинских документов, подготовка и написание заключения.

В целом выделение стадий экспертного исследования на основе деятельности эксперта позволяет обозначить фиксажные точки для проведения хронометража, однако, не позволяет отделить затраты времени на выполнение рутинной работы от затрат, определяемых сложностью СПЭ.

Третий подход состоит в сочетании двух предыдущих. Так, в «Порядке проведения судебно-психиатрической экспертизы» (утвержден Приказом МЗ РФ от 12 января 2017 г. № 3н) указано, что «производство судебно-психиатрической экспертизы включает три этапа: а) установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности (первый этап); б) судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов (второй этап); в) подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом, судьей, лицом, производящим дознание, следователем (третий этап).

Данный подход также не может быть использован в неизменном виде, поскольку по указанным выше причинам выделение фиксажных точек на первых двух этапах невозможно. Вместе с тем, важно, что обоснование и оформление экспертного заключения выделяется как единый и самостоятельный этап деятельности эксперта.

Обобщая вышеприведенные подходы, можно выделить три основных этапа (блока) в работе эксперта, отражающих его мыслительную деятельность.

Первый – анализ предоставленных материалов (материалов дела, медицинской документации и т.д.); второй – работа с подэкспертным; третий – формулирование, согласование и оформление выводов.

Выделение данных этапов (блоков) в целом согласуется с видами экспертных работ, которые закреплены в Протоколе ведения больных «Судебно-психиатрическая экспертиза» (Утвержден заместителем Министра МЗ и СП РФ, 2005) и «Порядком проведения судебно-психиатрической экспертизы» (Приказ МЗ РФ от 12 января 2017 г. № 3н 2017).

Возможность разделения времени затрат эксперта на обоснование экспертного решения и выполнение «рутинной» работы на выделенных этапах не одинакова. На первых двух они происходят практически одновременно. Так, эксперт, отбирая и фиксируя клинически значимые данные, в то же время строит диагностические гипотезы, планирует дальнейшее исследование и предварительно сопоставляет полученные описания с диагностическим стандартом. Проводя клиническое интервью и осмотр, эксперт одновременно, с одной стороны, заполняет «информационные лакуны» (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016), возникшие при работе с материалами дела, а с другой, соотносит наблюдаемые феномены с диагностическим стандартом.

Причем получение новых данных о психическом состоянии подразумевает, что когнитивный анализ информации происходит преимущественно на «автоматическом» (неконтролируемом) уровне (Devine P., 1989). Кроме того, появление ассоциаций, способствующих выдвижению диагностических гипотез, происходит (в рамках классической модели творческого процесса) в фазе «инкубации», то есть после постановки проблемы, но до осознания решения и сознательной проверки, и разработки решения (Любарт Т., Муширу К., 2005).

Все это делает практически невозможным определение «фиксажных точек» (момента начала и окончания собственно аналитического процесса) при анализе предоставленных материалов и работе с подэкспертным.

Поэтому результаты хронометража на указанных этапах лишь косвенно могут характеризовать «сложность» СПЭ и не могут служить в качестве однозначных ее показателей.

Совершенно другая ситуация возникает на этапе «формулирования обоснования и согласования выводов», когда получение новой информации о подэкспертном полностью завершено, а аналитический процесс не только продолжается, но и становится «контролируемым» (в терминологии Devine P., 1989) и сопровождается фазой сознательной проверки и разработки решения (Любарт Т., Муширу К., 2005).

Здесь эксперт осознанно и целенаправленно приступает к обоснованию диагностического решения, то есть могут быть четко зафиксированы моменты начала и окончания работы над обоснованием выводов, и становится возможным выделение фиксированных точек аналитического процесса. Причем увеличение затрат времени на обоснование выводов будет напрямую указывать на «сложность» выработки экспертного решения, поскольку практически не зависит от выполнения иных (рутинных) операций.

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что определение объективной сложности СПЭ теоретически возможно через изучение затрат времени эксперта на обоснование формулирование, согласование и оформление экспертных выводов.

Следует отметить, что наиболее подходящими моделями для исследования «сложности» СПЭ является проведение амбулаторных или заочных (посмертных) экспертиз, поскольку при проведении стационарного исследования (предусматривающего длительное динамическое наблюдение) этап формулирования выводов может неоднократно прерываться поступлением новой информации о подэкспертном (полученной при проведении динамического медицинского наблюдения), что технически затрудняет проведение хронометража.

## **1.2 Категория «сложности» применительно к клинической (психопатологической) диагностике**

Исходя из представления о двухэтапности судебно-психиатрической диагностики (Шостакович Б.В., 2004; Дмитриева Т.Б. и др., 2008), судебный психиатр вначале идентифицирует психические явления в терминах базовой науки (психиатрии) и лишь затем определяет юридическую релевантность психического расстройства (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016). Понятно, что затруднения в клинической оценке психического состояния будут усложнять вынесение экспертного решения.

Судебная психиатрия использует весь арсенал диагностических средств, выработанных общей психиатрией (Дмитриева Т.Б. и др., 2008) и, прежде всего, клинико-психопатологическое исследование, включающее изучение объективного и субъективного анамнеза, исследование материальных следов деятельности, интервью, описание состояния, квалификацию выявленных феноменов (Ткаченко А.А., 2012; Glancy G.D. et al., 2015; «Порядок проведения судебно-психиатрической экспертизы» (Приказ МЗ РФ, 2017).

***Особенности клинической диагностики в условиях амбулаторного судебно-психиатрического отделения.*** Ситуация судебной экспертизы оказывает существенное влияние на психопатологическую диагностику, что выявляется при сопоставлении деятельности психиатра общей практики и судебно-психиатрического эксперта.

Психиатр общей практики, проводя клиническую диагностику, не ограничен в самостоятельном сборе сведений, называемом «объективным анамнезом» (Снежневский А.В., 1999). Психиатр может постепенно накапливать данные и уточнять диагноз в процессе длительного наблюдения и лечения (*diagnosis ex juvantibus*), однако, не обязан оформлять диагностические суждения в таком виде, чтобы они были понятны лицам, не являющимся профессионалами в области психиатрии. Психиатр не ограничен в отборе нужных ему сведений для обоснования диагноза, по сути, оценивая их достоверность. Кроме того,



первичная диагностика психического расстройства не мыслится психиатром общей практики без непосредственного исследования пациента. В случае если диагностика психического расстройства имеет существенные социальные последствия, то установленный диагноз может проверяться и уточняться коллегиально. Например, в ч. 2 ст. 27 Закона РФ "О психиатрической помощи..." (1992) закреплено, что решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается назначенной комиссией врачей-психиатров, что не предполагает персональной ответственности врача.

В отличие от психиатра общей практики, судебно-психиатрический эксперт не имеет права на самостоятельный сбор анализируемых сведений (п. 2 ч. 4 УПК РФ и ч. 2 ст. 85 ГПК РФ). Право же эксперта заявлять ходатайства о предоставлении дополнительных материалов не может восприниматься, как неограниченная возможность собирать аргументацию для предпочитаемого вывода, поскольку такое проявление экспертной инициативы противоречит принципу состязательности судебного процесса (Сахнова Т.В., 1998). Эксперт обязан провести диагностику в ограниченные и установленные судом и нормативными документами сроки, он не имеет возможности уточнять диагноз в ходе длительного наблюдения и лечения (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016), особенно в рамках амбулаторной экспертизы. Первичная диагностика при проведении СПЭ может быть проведена и без субъективного анамнеза и даже без клинического интервью и описания психического состояния. Например, в случаях посмертной или заочной экспертизы (Бутылина Н.В., 2004, 2007; Королева Е.В., 2007, 2009; Ткаченко А.А., 2014 и др.). Судебно-психиатрический эксперт должен изложить обоснование клинического диагноза в виде особого рода нарративного повествования на языке, который одновременно отвечает профессиональным стандартам, соотносим с правовыми категориями и понятен лицам, не имеющим специальных знаний в области психиатрии (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н. 2016; Griffith E., Stankovic A., Baranoski M., 2010).

Проверка экспертных выводов судом и другими участниками судебного процесса (ориентированными на оценку заключения СПЭ как средства процессуального доказывания) определяет повышенное внимание к соблюдению формализованных требований по обоснованию диагноза (Ткаченко А.А., 2006).

Выводы судебно-психиатрических экспертов, воспринятые в качестве доказательства, всегда имеют значительные социально-правовые последствия. В связи с этим высказывается мнение о предпочтительности комиссионной (коллегиальной) формы проведения СПЭ (Щукина Е.Я., Шишков С.Н. 2007). Вместе с тем, отмечаются и существенные проблемы в случае проведения комиссионной экспертизы (Аверьянова Т.В., 2006; Ткаченко А.А., 2007). В любом случае (как при приведении единоличной, так и комиссионной экспертизы) эксперт обязан в полном объеме провести самостоятельное исследование при высоком уровне персональной ответственности (вплоть до уголовной), в том числе за проводимую диагностику (Дмитриева Т.Б. и др., 2008).

Ситуация судебной экспертизы предполагает, что самораскрытие подэкспертного задано извне и является вынужденным (Енгличев В.Ф., Юнда А.В. 2006). При этом эксперт должен действовать в интересах правосудия, что может не совпадать с интересами подэкспертного. Поэтому актуализируется проблема выявления симуляции и диссимуляции психического расстройства (Дмитриева Т.Б. и др., 2008) и повышается значение «коллатеральных» источников сведений в распознавании психической патологии (Janofsky J.S. et al., 2014; Glancy G.D. et al., 2015).

Эксперт, не имея права на оценку относимости, допустимости и достоверности предоставляемых данных, обязан учитывать всю совокупность предоставленных сведений о психическом состоянии (Ткаченко А.А., 2006). При этом эксперт вынужден учитывать разную степень клинической надежности источников объективного анамнеза (Корзун Д.Н., Ткаченко А.А., 2012) и вероятность использования «ложных», «условных», «искаженно понимаемых» и «неоднозначных» диагностических категорий (Циркин С.Ю., 2009) в проведенной ранее диагностике.

В дополнение следует отметить, что роль судебно-психиатрического эксперта иногда требует, чтобы психиатр выходил за пределы отношения между врачом и пациентом (Appelbaum P.S., 1997), при строгом соблюдении этической допустимости диагностических методов и приемов. Требуется баланс между требованиями конфиденциальности и добровольности с одной стороны, и необходимостью раскрывать сведения о состоянии подэкспертного и элементами принуждения при обследовании, с другой стороны (Кондратьев Ф.В. 1987, 2004; Шостакович Б.В., 1990; Мотов В.В., 2008; Janofsky J.S. et al., 2014; Glancy G.D. et al., 2015).

В итоге, судебно-психиатрический эксперт должен проводить клиническую диагностику в сжатые сроки; в строгом соответствии с диагностическим и этическим стандартом; зачастую в условиях недостаточности и неоднозначности данных, объясняя при этом сделанные выводы доступным непрофессионалу языком.

Наиболее ярко это проявляется в работе экспертов амбулаторных судебно-психиатрических отделений, когда экспертное исследование ограничивается (как правило) одним днем, и нет возможности проверять гипотезы медицинским наблюдением. Несмотря на это, диагностические возможности амбулаторной СПЭ позволяют давать ответ на многие экспертные вопросы (Дмитриева Т.Б. и др., 2008).

Поэтому анализ деятельности судебно-психиатрических экспертов амбулаторных отделений позволяет наиболее ясно смоделировать ситуации, в которых возникают трудности соотнесения симптоматики с диагностическим стандартом.

**«Сложность» диагностики и психопатологическое исследование.** Клинический (психопатологический) метод имеет ограничения, связанные с невозможностью непосредственно наблюдать субъективные психические процессы пациента.

Отсюда возникают проблемы объективизации психических расстройств и интерпретации наблюдаемых феноменов (Ясперс К., 1997; Ганушкин П.Б., 2013; Снежневский А.В., 1974; Циркин С.Ю., 2006; Шамрей В.К., Марченко А.А., 2009; Ткаченко А.А., 2012).

Следует учитывать и то, что клинические суждения психиатра неизбежно зависят от множества когнитивных и социальных факторов, таких как «эффект первичности», «когнитивные эвристики», «подтверждающая проверка гипотез», «социальная характеристика пациента», «эффект контекста» (Garb H., 2013).

Квантифицированные методы оценки психического состояния, направленные на повышение надежности клинической диагностики, оказали существенное влияние на психиатрическую диагностику (Пантелеева Г.П., Гаврилова С.И., 1999; Шамрей В.К., Марченко А.А. 2009). Однако данные методы также не являются универсальным и совершенным диагностическим инструментом в силу ограниченной чувствительности, невозможности сформировать целостное и однозначное представление о психическом состоянии и прогнозе заболевания (Мосолов С.Н., 2001; Ткаченко А.А., 2008; Tollefson G.D., Sanger T.M., 1997; Maj M., 2014).

Кроме того, генетика и нейронауки на сегодняшний день не предоставили самодостаточных диагностических критериев психических расстройств. Это оживило дискуссии об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях; роли генетических и средовых факторов в развитии патологии; классификации расстройств и направлениях дальнейшего научного поиска (Kendler K.S., 2005; McLaren N., 2011; Westen D. et al., 2012; Kapur S. et al., 2012; Maj M., 2013, 2014; Cuthbert B.N., 2014; Uher R., Zwickler A., 2017; Owen M.J., O'Donovan M.C., 2017; Weinberger D.R., 2017; Lahey B.B. et al., 2017). Поэтому пока не рекомендуется широко применять достижения нейронауки за пределами научных исследований (Wolpe P.R., Foster K.R., Langleben D.D., 2010).

Несмотря на это, клиницисты исходят из возможности познания психической реальности пациента. К. Ясперс (1997) выделял объективные симптомы, которые могут быть предметом проверки. Данные симптомы основаны

на непосредственном чувственном восприятии или могут быть поняты интеллектуальным путем. Кроме того, он выделял три группы методов, позволяющие познавать психическую реальность: «схватывание отдельных фактов»; «исследование взаимосвязей»; «постижение целостностей». А.В. Снежневский (1974) также обращал внимание на возможность и обоснованность функционального метода исследования в отрыве от субстрата. Существуют также достаточно подробные рекомендации по проведению клинического обследования пациента в психиатрии, что направлено на повышение достоверности психиатрической диагностики (Снежневский А.В., 1999).

Развивая данный подход, современные авторы отмечают важность фиксации и интерпретации доступных непосредственному восприятию проявлений психической деятельности, в частности речевого и невербального поведения (Ткаченко А.А. и др., 2008).

В целом это соответствует дескриптивной феноменологической парадигме, сочетающей изучение клинических данных и количественных исследовательских техник (Ткаченко А.А. и др., 2008) и предполагает совмещение операциональной и категориальной диагностики, а также структурно-динамического анализа (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016). Рабочей группой «Американской академии психиатрии и права» (AAPL) в «Практическом руководстве, по судебно-психиатрической оценке» (Practice Guideline for the Forensic Assessment) был рекомендован аналогичный подход (Glancy G.D. et al., 2015).

Вместе с тем, было бы ошибкой считать, что, наблюдая проявления психической жизни пациента, клиницист наблюдает непосредственно симптом расстройства. Психиатр диагностирует один и тот же симптом на основании фиксации очень разнообразных моторных актов, высказываний или описаний поведения. Данные обстоятельства объясняются тем, что, наблюдая явления окружающей действительности, человек включает их во внутренний контекст, оперируя своими знаниями (Никифоров А.Л., 1991). Другими словами, смыслы, которые приписываются объекту понимания, возникают из внутреннего мира наблюдателя.

Г.П. Щедровицкий (1995), анализируя «языковое мышление», показал, что «знак» не может быть отождествлен ни со «знаковой формой» (обозначающим) ни с содержанием (обозначаемым), а является связью, которую в ходе мыслительной деятельности наблюдатель устанавливает между наблюдаемой действительностью и содержанием мышления («мысленными знаниями»).

Понимание симптома (психопатологического феномена) как связи между наблюдаемыми внешними проявлениями психической жизни и представлениями о клинике и динамике психических расстройств, которую в процессе мыслительной деятельности устанавливает психиатр, позволяет приблизиться к осмыслению «сложности» клинической диагностики. Так, если указанная связь однозначно установлена, то диагностику можно считать проведенной. Если же психиатр затрудняется соотнести выявляемые феномены с имеющимися у него знаниями о психическом расстройстве, то для завершения диагностики требуется получение новых данных или проведение дополнительного анализа, что требует больших затрат времени.

Кроме того, психопатологическая диагностика происходит на разных уровнях: «симптом» – «синдром» – «нозология». При этом понимание на более высоком уровне (понимание целого) складывается из понимания смысла составляющих его элементов. Но одновременно понимание смысла элементов происходит исходя из понимания смысла целого (Щедровицкий Г.П., 1995), т.е. образуется «герменевтический круг». К.Ясперс (1997) отмечал, что понимание «психического», проявляющееся в феноменах экспрессии, деятельности и творчества также происходит по «герменевтическому кругу». Применительно к клинической диагностике можно сказать, что квалификация синдрома будет складываться из выделения входящих в него симптомов, в то время как верификация симптома будет зависеть от диагностированного синдрома.

Путем преодоления данной ситуации может быть техника «разрыва герменевтического круга», когда происходит рефлексивный акт на основе неполного понимания целого, выводящий от одной грани понимаемого в этом целом к нескольким другим граням, после чего проверяется, не противоречит ли

(логически) осваиваемая содержательность частного в первой грани той содержательности, которая манифестируется в упомянутых нескольких других гранях (Богин Г.И., 1982). Данный подход в целом согласуется с мнением об эвристичности экспертного мышления при проведении клинической диагностики и необходимости проверки диагностических гипотез при обосновании экспертных выводов (Шостакович Б.В., 2004; Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016).

С учетом сказанного можно предположить, что в случае, если психопатологические феномены непротиворечиво включаются в типичную клиническую картину, то диагностика быстро завершается. Если же клиницисту не удастся логично включить наблюдаемый феномен в типичную структуру того или иного синдрома, а синдром – в структуру нозологической единицы, то возникает потребность проведения дальнейшей дифференциальной диагностики, т.е. процесс принятия диагностического решения усложняется, и временные затраты должны увеличиваться.

***Диагностический стандарт в судебно-психиатрической практике.***

Необходимость соотнесения наблюдения с клиническими знаниями о психической патологии подразумевает наличие «идеальной модели», общепризнанного диагностического стандарта того или иного психического расстройства. Как отмечали R.Kendell и A.Jablensky (2003), диагноз – это классификация с практическими задачами.

Однако ни одна классификация не является исчерпывающей, и происходит постоянное совершенствование классификаций с учетом новых теоретических данных и практических задач (Циркин С.Ю., 1999; Морозов П.В., 2009).

В связи с этим ведется непрекращающаяся дискуссия, значительно оживившаяся в связи с разработкой МКБ-11 и DSM-V. Исследователями обсуждаются недостатки существующих диагностических стандартов, высказываются предложения по улучшению классификации, а также повышению практичности и надежности диагностики (Reed G.M., 2010; Westen D., 2012; Frances A., 2012; Jose' L A., 2012; McGorry P., 2013; Maercker A. et al., 2013; Jablensky A., 2012, 2016; First M.B., 2012, 2016; Maj M., 2016; Bucci P., 2017).

Несмотря на это, для судебно-психиатрического эксперта принципиально важно неукоснительно следовать принятому, и нормативно утвержденному диагностическому стандарту. Во-первых, существуют нормативно закрепленные требования, согласно которым диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами (ст. 10 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»); а заключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных (ст. 8 Федерального закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»).

Во-вторых, в основу современной методологии судебно-психиатрической экспертизы положен принцип «презумпции психического здоровья», согласно которому лицо считается здоровым, пока не будет доказано обратное (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н. 2016). Доказать же наличие психического расстройства можно только однозначно установив необходимые критерии. Любое сомнение и нечеткость критериев должны толковаться в пользу психического здоровья или более легкого нарушения психики как более вероятного. Диагноз психического расстройства, особенно имеющий социально-правовые последствия, не может основываться на предположениях или теоретических допущениях. Поэтому обоснование диагноза в обязательном порядке должно содержать необходимый объем критериев, закрепленный действующим диагностическим стандартом (Ткаченко А.А., 2006).

Несоблюдение экспертом данных требований может поставить под сомнение правильность выводов, привести к оценке экспертного заключения как недостоверного. При этом невозможность однозначно верифицировать диагностические критерии в соответствии с используемым стандартом или сомнения в психопатологической квалификации тех или иных феноменов требует проведения дифференциальной диагностики и подразумевает дополнительные затраты времени.



*Сложность диагностики и «надежность» диагностической информации.* Успешность клинической диагностики в условиях судебной экспертизы во многом зависит от наличия исчерпывающей клинически значимой информации. Наличие (или отсутствие) таковой, в свою очередь, зависит от качества предоставляемых эксперту материалов, которые к тому же являются единственно возможными в рамках СПЭ источниками объективного анамнеза.

Д.Н.Корзун и А.А.Ткаченко (2012) охарактеризовали «качество» предоставленных материалов через понятие *«надежности»* клинически значимой информации, отражающей степень влияния тех или иных данных на принятие диагностического решения. Они предложили ранжировать источники объективного анамнеза по их значению для обоснования экспертного вывода.

К *«наиболее надежным источникам»* отнесена медицинская документация из психиатрических учреждений, в которой имеются непротиворечивые, неоднократно подтвержденные и исчерпывающие клинические описания психопатологических феноменов, а также соответствующая описаниям синдромальная и нозологическая квалификация.

К *«менее надежным источникам»* отнесена медицинская документация, содержащая непротиворечивое, но фрагментарное описание нарушений психики, а также другие документированные источники информации.

К *«наименее надежным источникам»* относится медицинская документация, содержащая краткие, неоднозначные или противоречивые описания психического состояния. Также к данной категории отнесены показания сторон, свидетелей и других лиц, участвующих в деле.

То, что все свидетельские показания отнесены к наименее надежным источникам данных, объясняется противоречивостью (неточностью) информации, связанной с личностью свидетеля, фактором времени, особенностями клиники и динамики расстройств в восприятии свидетеля (Илейко В.Р., 2006).

Иерархический характер такого деления источников сведений подразумевает, что за основу принимаются данные более надежного. Например, малонадежные показания свидетелей должны проверяться не только на предмет

их пространственно-временной определённости, внутренней непротиворечивости и клинической достоверности, но и на соответствие данным медицинской документации (Илейко В.Р., 2006; Корзун Д.Н., 2012).

Сведения объективного анамнеза являются лишь одним из информационных потоков, который анализируется экспертом. Другим являются сведения, сообщаемые подэкспертным о своем психическом состоянии (субъективный анамнез, жалобы и самоотчет). Сведения, полученные от подэкспертного, особенно самоотчет о психопатологических переживаниях, имеют самостоятельное значение при проведении диагностики (Ткаченко А.А., 2006). Они сопоставимы по надежности с «менее надежными источниками» объективного анамнеза, поскольку носят субъективный и, как правило, фрагментарный характер. Однако таким образом можно оценивать надежность получаемых от подэкспертного сведений только при наличии продуктивного контакта с ним.

В ряде случаев самоотчет подэкспертного и субъективный анамнез вообще отсутствуют (при проведении заочной или посмертной экспертизы, а также в ситуации, когда подэкспертный недоступен контакту в силу своего психического состояния либо категорически отказывается от общения с экспертами). В других случаях подэкспертный дает односложные ответы, преобладают ответы «не по существу» или сообщаются противоречивые, непоследовательные и клинически недостоверные сведения. В данной ситуации контакт с подэкспертным нельзя назвать «продуктивным», а полученные сведения следует приравнять к «наименее надежным источникам» (по Д.Н.Корзуну и А.А.Ткаченко, 2012).

Еще одним потоком информации о психическом состоянии являются сведения, полученные при непосредственном наблюдении за подэкспертным. К ним можно отнести: описание и оценку вербального и невербального поведения, неврологического и соматического состояния; результаты использования стандартизованных психометрических шкал, экспериментально - психологического, нейропсихологического исследования и других параклинических исследований (Ткаченко А.А. и др., 2006-2016).

Собственные наблюдения и исследования эксперта, а также результаты привлеченных экспертом исследований с точки зрения их «надежности» сопоставимы с «наиболее надежными источниками», поскольку содержат описания психического состояния от «квалифицированных» источников, объективность которых (в случае отсутствия основания для отвода) не должна вызывать сомнения.

Следует отметить, что оценка источника как «наиболее надежного» не означает автоматически признания правильности клинических суждений и оценок. В связи, с чем игнорирование менее надежных источников, в том числе свидетельских показаний, недопустимо (Илейко В.Р., 2006; Корзун Д.Н., Ткаченко А.А., 2012).

В ряде случаев наиболее надежные источники сведений могут отсутствовать. Из-за этого возникает необходимость реконструкции психического состояния при наличии недостаточных или противоречивых сведений, что повышает сложность диагностического процесса. Например, с этим связывается повышенная сложность ретроспективной оценки «делкоспособности», особенно при посмертных СПЭ (Харитоновна Н.К. и др., 2006,2009).

***Атипичность симптоматики.*** Среди объективных причин, затрудняющих диагностику и приводящих к диагностическим ошибкам, называются не только надежность или полнота полученных данных, но и особенности самой клинической картины (Шумский Н.Г., 1997). Традиционно эти особенности обозначают понятием «атипичность». Данный термин нередко используется при проведении клинических разборов в психиатрической практике, в сложных с диагностической точки зрения случаях (Клинические разборы. М., 2009, 2017).

В большинстве случаев сложность диагностики связывают с наличием в структуре наблюдаемой клинической картины феноменов, выходящих за рамки набора диагностических критериев, считающегося стандартным для конкретного синдрома, нозологической единицы или формы заболевания. Это можно обозначить как «структурный атипизм».

В качестве примеров можно привести акцент на «дополнительных симптомах» при атипичных депрессиях (Blumer D., Neilbronn M., 1982; Краснов В.Н., 2013; Ануфриев А.К., 2013); наличие изоморфных «фасадных симптомов», скрывающих основной синдром (Осколкова С.Н., 1992; Фастовцов Г.А. и соавт., 2009; Васюков С.А., Аносова Н.И., 2011; Пищикова Л.Е., 2011); внедрение маниакальных симптомов в структуру депрессивного синдрома или депрессивных симптомов в структуру маниакального состояния (Воробьев Р.В., 2014); появление в структуре делирия фантастических переживаний, онейризма или психических автоматизмов (Качаев А.К. и др., 1983; Шумский Н.Г., 1999; Ковалевская И.М., 2010); «амальгамность признаков», дискриминирующая типичные формы шизофрении (Гильбурд О.А., 2007); появление несвойственных типичному опьянению симптомов (Игонин А.Л. и др., 2014).

Структурный атипизм объяснялся разными причинами, например, наличием «гетеротипизирующих компенсаторных механизмов», противостоящих патогномичным синдромам (Кронфельд А., 2006); сочетанием нозоспецифичной симптоматики и симптоматики, связанной с возрастными особенностями и дизонтогенезом в детском и подростковом возрасте (Гурьева В.А. и др., 2007; Макушкин Е.В. и др. 2012); соматическим неблагополучием (Шумский Н.Г., 1999; Дробижев М.Ю., 2000; Вандыш-Бубко В.В. и др., 2010; Марьенко Л.Б., 2013; Тарасова Г.В. и соавт., 2014; Смулевич А.Б., 2016); наличием психологических или биологических факторов в виде так называемой «почвы» (Игонин А.Л., 2014); промежуточным положением некоторых состояний между более очерченными клиническими синдромами, например, между первичным бредом и помрачением сознания (Горинов В.В., 2014); нахождением в судебно-следственной ситуации, являющейся психотравмирующей (Березанцев А.Ю., 2001); истинным или ложным патоморфозом (Вандыш-Бубко В.В., Григоров А.А., Харитonenкова Е.Ю., 2010).

Однако наиболее частой причиной атипичного течения психического расстройства называется наличие «двойного диагноза» или коморбидной патологии.

A.R. Feinzen (1970), введя понятие «коморбидность», предполагал дополнительную клиническую сущность, которую необходимо принимать во внимание при дифференциальной диагностике, что по смыслу достаточно близко к обозначенному структурному атипизму.

Сам термин коморбидность понимается разными авторами не одинаково (Вандыш-Бубко В.В. и др., 2010). Например, понятия «двойной диагноз» и коморбидность могут не различаться (Коэн Ш.Т, Вейс Р., 1998) либо различаться принципиально (Stel J., 2000; цит. по В.В. Вандышу-Бубко, 2010).

При этом Б.Е. Пивень (2003) настаивал на наличии специфических для сочетанной патологии клинико-динамических особенностей. А. Кронфельд (2006) отмечал трудности диагностики из-за наличия «комбинированных психозов». Е.В. Макушкин (2008) обращал внимание на то, что за счет видоизменения клинической картины микстовые состояния («шизо-органические», «шизо-дизонтогентические») относятся к группе наиболее сложных вариантов клинического оформления психических расстройств. В.В. Вандыш-Бубко с соавт. (2010) отмечал трансформацию симптомов и полиморфизм симптоматики, связанной с коморбидностью. А.М. Селедцов (1994), Н.А. Бохан (1996), и М.В. Гиленко (2016) отмечали изменения по феноменологическим параметрам синдрома зависимости и органических психических расстройств, в случае их коморбидности.

Вне зависимости от того, идет ли речь о «коморбидности» в смысле сосуществования принципиально возможных и взаимовлияющих, но не обязательных для нозологической единицы синдромов и нозологий (Благов Л.Н., Кургак Д.И., 2006), или об «артефактной коморбидности», связанной с недостатком текущего метода в условиях клинического многообразия (Westen D., 2012), отмечается клиническая неопределенность, когда имеется равная вероятность диагнозов, в связи с чем возникают затруднения в отнесении симптоматики к тому или другому диагнозу.

Подобного рода атипизм подразумевает необходимость проведения дифференциальной диагностики, что предполагает увеличение затрат времени на принятие диагностического решения.

Отсутствие всех признаков, типичных для развернутых клинических форм, нельзя в полной мере относить к структурному атипизму, затрудняющему диагностику. Во-первых, если критериев драматически не хватает для проведения диагностики, то, несмотря на наличие отдельных клинических феноменов, позволяющих предполагать наличие той или иной психической патологии, эксперт должен руководствоваться «презумпцией психического здоровья» (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016). Если же симптоматики достаточно, то отсутствие полного набора возможных признаков не должно само по себе затруднять диагностику. Во-вторых, отсутствие сведений обо всех типичных признаках может определяться объемом и качеством анализируемых данных, а не особенностями клинической картины.

При проведении диагностики (дифференциальной диагностики) значение имеет не только структура психопатологических переживаний, но и стереотип развития болезни (Снежневский А.В., 1999). Диагностические затруднения, являющиеся следствием нетипичной смены симптомов и синдромов или манифестацией заболевания в «нетипичном» возрасте, можно обозначить как *«динамический атипизм»*.

В качестве примеров можно привести затяжное течение реактивных состояний с тенденцией к саморазвитию (Фелинская Н.И., 1968) и нетипичное начало шизофренического процесса с преобладанием дефицитарной симптоматики в позднем возрасте (Бомов П.О., 2007).

С точки зрения диагностического процесса «динамический атипизм», точно также, как и «структурный», вносит в наблюдаемую клиническую картину дополнительные критерии, выходящие за рамки диагностического стандарта, наличие которых должно учитываться при проведении клинико-динамического анализа.

Отдельно следует остановиться на проблеме симуляции психического расстройства в условиях СПЭ. В литературе описаны разные способы, временные характеристики и варианты симулятивного поведения (Пелипас В.Е., 1983; Иммерман К.Л., 1998; Ткаченко А.А., 2012). В любом случае симуляция вносит клиническую неопределенность в виде дополнительных признаков о структуре или динамике нарушений. Это особенно важно, учитывая, что в большинстве случаев (98%) симуляция возникает на патологически измененной почве (Шостакович Б.В., 2004) и является способом преодоления психотравмирующей (судебно-следственной) ситуации, что обуславливает возможность взаимного перехода и взаимовлияния реактивной симптоматики и установочного поведения (Илейко В.Р., 1992). Однако симуляция психического расстройства скорее характеризует не психопатологическую симптоматику, а ситуацию, в которой проводится диагностика, поэтому возникающие диагностические затруднения можно обозначить как *«ложный атипизм»*.

Все перечисленные ситуации сопровождаются неполным соответствием клинической картины представлениям о типичных клинико-динамических особенностях психического расстройства за счет появления феноменов, выходящих за рамки набора признаков, считающегося стандартным. Другими словами, спектр диагностических критериев расширяется. Это требует проведения дифференциальной диагностики и *больших* затрат времени на обоснование выводов.

***Герменевтический подход к клинической диагностике и определение сложности.*** Приведенное выше ранжирование информационных потоков по степени их «надежности» и оценка типичности/атипичности клинической картины обретают смысл при применении *герменевтического подхода* в экспертной диагностике.

Любые данные и события в рамках данного подхода воспринимаются как единый «текст», требующий интерпретации, понимания и объяснения (Немцев М.Ю., 2008; Малинова И.П., 2013). То есть сведения о психическом состоянии из всех источников могут восприниматься экспертом как единый «текст».

Анализируя этот «текст», эксперт выделяет зафиксированные и однозначно понимаемые сведения о психическом состоянии («опорные точки») и информационные пробелы («лакуны») – то, чего в тексте нет или что допускает неоднозначное толкование. Информационные пробелы могут быть либо восполнены путем проведения исследований или запросом дополнительных материалов; либо компенсированы путем перекодировки информационного сообщения на профессиональный язык и совмещения различных фрагментов информации. Данный подход был заимствован из теории перевода и предложен как методологическая основа психологической экспертизы (Сафуанов Ф.С., 2009, 2015) и посмертных экспертиз (Сафуанов Ф.С., Калашникова А.С., 2011). Затем герменевтический подход был интегрирован в методологию судебно-психиатрического экспертного исследования (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016).

Сведения из «наиболее надежных источников» дают возможность выявить «опорные точки» в виде *достаточных* для интерпретации и *согласованных* между собой описаний психического состояния, складывающихся в единую клиническую картину, однозначно соотносимую с диагностическим стандартом. Наличие сведений только из «источников с меньшей надежностью» и «наименее надежных источников» означает отсутствие однозначных описаний психического состояния и необходимость заполнения или компенсации «лакун», обусловленных недостаточностью или несогласованностью диагностических критериев.

Наличие четких диагностических критериев, укладываемых в рамки одной диагностической категории без дополнительных признаков, указывает на типичность симптоматики. Сведения о симптомах, выходящих за рамки одной диагностической категории с типичным набором признаков, указывает на «атипичность» клинической картины и означает появление «лакун», связанных с тем, что выявляемые психопатологические феномены могут быть сгруппированы и интерпретированы различным образом, и необходимо выбрать итоговую гипотезу, которая наиболее полно учитывает все имеющиеся диагностические признаки.



Заполнение или компенсация «лакун» может завершаться успешно, в результате чего возможно сопоставление выявленной симптоматики с определенной и содержащей подробный перечень признаков диагностической рубрикой. Однако, если полная компенсация «лакун» недостижима, то эксперт вынужден будет прибегать к использованию таких диагностических категорий, как «другое» или «неуточненное» психическое расстройство.

Невозможность полной компенсации «лакун» еще не делает недостижимым вынесение категоричного экспертного решения. Так, в ряде случаев достаточно выявления значимых симптомов или параметров синдрома (Корзун Д.Н., 2014). Вместе с тем, частота использования экспертами таких формулировок диагноза, как «другое» или «неуточненное» психическое расстройство может являться индикатором диагностических затруднений и учитываться при оценке сложности СПЭ наряду с основным показателем – временем, затраченным на формулирование, согласование и оформление выводов.

Герменевтический подход к психопатологической диагностике, учитывающий степень надежности клинических данных и типичность/атипичность симптоматики, позволяет предположить, что сложность диагностики может быть связана с недостаточностью, несогласованностью и расширением спектра диагностических признаков.

### **1.3 Сложность при определении юридической релевантности психического расстройства**

Успешность клинической диагностики еще не гарантирует возможность вынесения обоснованного экспертного решения, поскольку наличие психической патологии не предопределяет экспертный вывод (Ткаченко А.А., 2006). Например, диагностика «органического расстройства личности», занимающего промежуточное положение между деменцией и легким астеническим вариантом психоорганического синдрома, допускает разные варианты экспертной оценки (Харитоновна Н.К., Королева Е.В., 2009).

Эксперт может испытывать затруднения при вынесении решения даже в тех случаях, когда клинико-динамические характеристики психического расстройства полностью определены, и диагноз сформулирован в соответствии с действующими стандартами. Здесь эксперт сталкивается с трудностью соотнесения выявленных нарушений с юридическим критерием правовой нормы, то есть, когда определяется юридическая релевантность расстройства путем установления соответствия психического состояния тому или иному «экспертному понятию».

В данном случае речь может идти об объективных факторах, которые создают *«экспертную сложность»*, проявляющуюся на втором этапе судебно-психиатрической диагностики.

***Оценка юридической релевантности расстройства как самостоятельное звено «мыследеятельности» эксперта.*** Корни представлений о двухэтапности судебно-психиатрической диагностики и появления *«экспертной сложности»* нужно искать не в области клинических знаний, а в эволюции критериев правовых норм, подразумевающих оценку психического состояния.

В странах «континентального права» отмечалось последовательное выделение и размежевание медицинского и юридического критериев правовых норм. Вначале донаучные представления античности о временном безумии – *furiosi (dementes, qui habent lucida momenta)* и постоянном помешательстве – *mente capti (dementes, qui non habent lucida momenta)* были восприняты правом (Мейер Д.И., 2003), в том числе как основание для освобождения от ответственности (Дмитриева Т.Б. и др., 2008; Алмазов Б.Н., 2009). Затем был выделен медицинский критерий («Кодекс Наполеона» 1810г.), и постепенно формировался юридический критерий (УК Баварского Королевства 1813г., Allgemeines bayerisches Gesetz 1871г.). Позднее медицинский критерий был выражен в психологических терминах (Русское Уголовное уложение 1903г.) и с некоторыми изменениями дошел до наших дней в виде современных формулировок невменяемости (Дмитриева Т.Б. и др., 2008; Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016).

Подобная тенденция прослеживается и в странах «общего» и «смешанного права» (Мотов В.В., 2008; Janofsky J.S. et al., 2014), а именно, показано развитие представлений об «insaniti defens» от «wild beast test» (1723 г.) до M’Nagten Rules (1843г.) и M’Nagten Rules II (1984 г.).

Такое развитие правовых представлений о юридически значимых состояниях психики является предпосылкой для общепринятого в судебной психиатрии методологического положения о том, что идентификации психических явлений в терминах базовой науки – психиатрии – недостаточно для вынесения экспертного решения, пригодного для использования в качестве доказательства в судебном процессе. Так, Д.Р.Лунц (1957, 1966) говорил, что экспертное решение не может быть отыскано только в ряду патологических проявлений, и поэтому необходим перевод данных психопатологического анализа в психологические понятия. R.Reisner, C.Slobogin., A.Rai (1999) считали, что с помощью медицинских терминов невозможно определить способность к волевой регуляции поведения. S.J.Morse (2008) утверждал, что клинические диагнозы не могут заменить оценку человеческого поведения и малоинформативны для права. Б.Н.Алмазов (2009) указывал, что экспертная оценка вышла за рамки психиатрического диагноза. А.А.Ткаченко и Д.Н.Корзун (2016) показали, что сам по себе диагноз психического расстройства вообще не является юридически значимым обстоятельством.

Следствием этого и является необходимость установить соответствия психического состояния тому или иному «экспертному понятию» – то есть правовой норме, выраженной в психологических терминах (Лавринович А.Н., Голев А.С., 1989; Коченов М.М., 1991; Сафуанов Ф.С., 2015).

Для определения «экспертной сложности» важно то, что перекодировка клинической информации в критерии экспертной оценки является самостоятельным звеном «мыследеятельности» эксперта. Следовательно, трудности соотнесения медицинского и юридического критериев могут независимо от трудностей клинической диагностики влиять на время обоснования и согласования выводов и увеличивать сложность СПЭ.

*Значение психопатологических механизмов нарушения саморегуляции для оценки сложности СПЭ.* Поскольку трудности вынесения решения могут возникать на этапе, когда эксперт соотносит клинические данные с юридическим (психологическим) критерием правовой нормы, то необходимо ясно представлять, о чем именно в данном случае идет речь.

Можно отметить, что представление о том, какие клинические данные имеют значение для экспертной оценки, менялось по мере развития отечественной методологии судебно-психиатрических экспертных исследований. Так, практически до семидесятых годов XX столетия эксперты, понимая, что не каждое расстройство может иметь правовое значение, по-видимому, старались определить и максимально подробно описать нозологические формы, соответствующие юридическому критерию правовых норм. Это прослеживается в научных публикациях того времени (Краснушкин Е.К., 1925; Бунеев А.Н., 1955; Лунц Д.Р., 1957; Фрейеров О.Е., 1957; Цициашвили Ш.И., 1959; Печерникова Т.П., 1968; Гайдай Е.С., 1968). Была сформирована модель экспертной оценки, ориентированная на психиатрический диагноз и позднее названная как «дискретная» (Корзун Д.Н., Ткаченко А.А. 2014). Однако данная модель имеет значительные недостатки, особенно при оценке пограничной с экспертной точки зрения психической патологии.

К семидесятым-восьмидесятым годам XX столетия, восприняв концепцию «функционального диагноза» (Мелехов Д.Е., 1973), эксперты постепенно перешли от попыток максимального подробного описания юридически значимой нозологии к выявлению признаков (симптомов), которые бы указывали на степень нарушения тех или иных функций при различных психических расстройствах, с учетом ситуационных и психологических факторов. Это прослеживается по публикациям с середины семидесятых годов по наши дни. Так, О.Н. Докучаева (1978) определяла значимые признаки декомпенсации состояния при травматических поражениях мозга. В.В. Горинов и Дзеружинская Н.А. (1990) отмечали необходимость изучения комплекса факторов (в том числе социально-психологических) при оценке «олигофрении». Т.В. Клименко (2004), касаясь

экспертной оценки лиц с зависимостью от ПАВ, отмечала вненезологический уровень экспертной диагностики с выделением значимых продуктивных и дефицитарных расстройств.

Таким образом, происходил переход от «дискретной» к совершенно иной модели экспертной оценки, названной позднее «полисимптомной» (Корзун Д.Н., Ткаченко А.А., 2013). В результате этого появились достаточно подробные описания, состоящие из перечисления признаков, свойственных той или иной экспертной оценке. Эксперт мог соотнести наблюдаемую клиническую картину с этими описаниями и сформировать более дифференцированные и аргументированные решения.

Однако, как «дискретная», так и «полисимптомная» модели имели общий недостаток. Эксперту предлагалось сравнить выявленную им симптоматику с более или менее детализированным образцом, который соответствовал тому или иному юридическому критерию. Но, в отличие от метода «сопоставления с прототипом» (Westen D., 2012), данные модели не предлагали решения в ситуации «частичного соответствия» наблюдаемой картины выбранному эталону. Кроме того, эксперт должен был знать множество «эталонов» (различные варианты экспертного решения для разных нозологических групп и разных экспертных ситуаций), что в целом является недостатком подобного подхода (Frances A., 2012).

Положение дел осложняло то, что сами по себе формулы юридических критериев правовых норм являются неопределенными и не содержат ясных указаний по оценке тяжести психической патологии (Мотов В.В., 2008; Шишков С.Н., 2010).

Кроме того, некоторые работы в области нейрофизиологии (Libet V., 1999; Blackmore S., 1999; Wegner D.M., 2002; Soon C.S. et al., 2008) поставили под сомнение сложившееся в немецкой классической философии традиционное представление о «разумной» и «свободной» воле (Малинова И.П., 2013), лежащие в основе «интеллектуального» и «волевого» компонентов юридического критерия ряда правовых норм.

Все это породило обвинения судебно-психиатрической экспертной оценки в конвенциональности, низкой проверяемости и доказуемости выводов, и даже породило развернувшуюся на страницах журнала «Психическое здоровье» дискуссию о существовании самого предмета судебной психиатрии (С.Н.Шишков vs. А.А.Ткаченко, 2016-2017).

Данная ситуация обусловила необходимость поиска новой модели экспертной оценки, с одной стороны, не противоречащей современным работам в области нейрофизиологии, когнитивистики и теории принятия решений, а с другой стороны, позволяющая делать более доказательные экспертные выводы в рамках существующих экспертных понятий.

В основу новой модели были положены представления о саморегуляции как об интегративном метапроцессе, позволяющем описать различное юридически значимое поведение (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016). Это модель, названная «синдромальной» (Корзун Д.Н., 2013), через выделение ведущего синдрома позволяет обнаружить (или исключить) влияние того или иного психопатологического механизма на звенья саморегуляции (Корзун Д.Н., 2014).

В данном случае прототипом, соотносимым с юридическим критерием правовой нормы, выступает тот или иной психопатологический механизм, действующий на разных этапах принятия юридически значимого решения. Преимуществом данной модели будет относительно небольшое число прототипов, отсутствие жесткой привязки к какой-либо диагностической классификации и возможность более убедительно обосновать экспертное решение.

Поскольку для вынесения экспертного решения в данном случае требуется выделить ведущий синдром и обосновывать влияние того или иного психопатологического механизма, то можно предположить, что время, затраченное на обоснование, оформление и согласование выводов будет зависеть от того, какой именно психопатологический механизм и на каком этапе саморегуляции выбран в качестве прототипа. Данный подход позволяет приблизиться к оценке «экспертной сложности».

#### **1.4 Методологический потенциал определения «сложности» СПЭ для совершенствования организации судебно-психиатрической деятельности**

*Фактическая и предварительная сложность СПЭ.* И.Н.Дубина (1998) отмечал, что изучать сложность можно только после того, как она случилась. Применительно к СПЭ это означает, что оценить сложность можно тогда, когда исследование закончено, то есть речь идет об определении «*фактической сложности*».

Определение фактической сложности имеет самостоятельный потенциал для выработки решений по организации судебно-психиатрической деятельности. Например, оно может учитываться при оценке объема экспертной работы конкретного эксперта или экспертного подразделения, а также при расчете стимулирующих выплат.

Кроме того, выявление факторов, повышающих уровень сложности экспертизы, в ходе проведения исследования может стать основанием для принятия решения о комиссионном характере СПЭ или включения в состав комиссии экспертов с соответствующей уровню сложности квалификацией.

Вместе с тем, для планирования работы эксперта и экспертного подразделения, а также распределения нагрузки руководителю важно уметь предсказать сложность до начала экспертизы или хотя бы на подготовительной стадии исследования (Ткаченко А.А., 2005). То есть речь идет о *предварительной* оценке сложности экспертизы, по каким-то внешним, формализованным признакам, коррелирующим с уровнем сложности.

Схожая проблема существует в педагогике, так как преподавателю необходимо при выборе учебного задания предвидеть сложность до того, как ученики приступят к его выполнению. Для решения данной проблемы исследователи (Тюрин Е.П., 2001; Наймушина О.Э., 2010) вначале выявляют на основании эмпирических данных и статистического анализа факторы, объективно усложняющие выполнение задания, определяют значение данных факторов, а

затем предлагают критерии, которые по формальным признакам позволяют предсказать сложность задания.

Данный подход в сочетании с оценкой сложности через деятельность эксперта может быть пригоден и для оценки предварительной сложности СПЭ. А именно: необходимо вначале определить факторы, которые увеличивают затраты времени на обоснование и согласование выводов, а затем выявить зависимости между наличием значимых факторов и особенностями экспертного случая, известными до начала исследования.

*Сложность СПЭ и оформление экспертных заключений.* Чтобы потенциал определения «фактической сложности» для выработки решений по организации судебно-психиатрической деятельности был реализован, необходимо, чтобы руководитель экспертного подразделения (учреждения) мог объективно оценить уровень сложности конкретной экспертизы.

Как отмечалось выше, сложность характеризует «мыследеятельность» эксперта и недоступна для непосредственного наблюдения. Кроме того, проведение хронометража, возможного в рамках научного исследования, затруднительно в рутинной экспертной практике. Поэтому объектом оценки и проверки может быть только экспертное заключение.

Уровень сложности может быть оценен руководителем лишь в том случае, если в экспертном заключении раскрыта логика обоснования выводов с указанием на наличие тех или иных факторов сложности и результатов компенсации имевшихся информационных «лакун». Данная ситуация сближает проблему оценки уровня сложности СПЭ с проблемами проверки «обоснованности» выводов экспертов и оценки качества экспертного заключения.

Исследователи в области процессуального права и судебного доказывания единодушны в том, что заключение эксперта является важным и легализованным доказательством (средством доказывания) по делу и оценивается как прочие доказательства (Решетникова И.В., 2011, 2016; Лазарева В.А., 2013; Боннер А.Т., 2014; Балакшин В.С., 2016).



Согласно ст. 17 и ст. 86 УПК РФ, «судья, присяжные заседатели, а также прокурор, следователь, дознаватель оценивают доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на совокупности имеющихся в уголовном деле доказательств...», «никакие доказательства не имеют заранее установленной силы», «...Заключение эксперта для суда не обязательно и оценивается судом...». Согласно ст. 86 ГПК РФ, «...Заключение эксперта исследуется в судебном заседании, оценивается судом наряду с другими доказательствами и не имеет для суда заранее установленной силы». При этом суду следует указывать, на чем основаны выводы эксперта, приняты ли им во внимание все материалы, представленные на экспертизу, и сделан ли им соответствующий анализ (Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 19 декабря 2003 г. N 23 «О судебном решении»).

Указанные положения в сочетании с процессуальным принципом состязательности приводят к тому, что обсуждению и оценке подвергается не только конечный вывод эксперта, но последовательно разбирается сам процесс получения вывода (Ткаченко А.А., 2004).

Изучая заключение судебно-психиатрического эксперта как доказательство по делу, суд оценивает его «относимость», «допустимость» и «достоверность». Проверка относимости (наличия логической связи между сведениями которые содержит доказательство и предметом доказывания), допустимости (соответствия формы и порядка получения доказательства установленным требованиям), как правило, не вызывает затруднений. Однако оценка достоверности представляется менее разрешенным вопросом. Под «достоверностью» понимается качество доказательства, характеризующее его точность и правильность отражения обстоятельств, подлежащих доказыванию (Решетникова И.В., 2011; Ткаченко А.А., 2006).

Исследователи в области теории экспертизы и судебно-психиатрической экспертизы, соглашаясь с данным положением, предлагают расширить перечень критериев «достоверности».

Так, по мнению Т.В.Сахновой (1998), оценивая выводы, суд не обязан и не компетентен оценивать научную обоснованность, но для оценки доказательной силы выводов заключения суду важно понимать «логику» экспертного заключения.

А.А.Ткаченко (2006) подчеркивал важность проверки обоснованности и допустимости примененных экспертных методик, отмечая, что в полномочиях суда – требовать от эксперта обоснования выбора методик исследования. Если такое обоснование или научное описание процедуры отсутствует, суд вправе сделать вывод о недостоверности заключения.

Е.Р.Россинская (2011) отмечала необходимость оценки «научной обоснованности экспертной методики и правомерности ее применения в данном конкретном случае», проверку и оценку «полноты и всесторонности заключения», оценку «логической обоснованности хода и результатов экспертного исследования».

Однако оценка судом научной обоснованности выводов судебно-психиатрических экспертов остаются наиболее проблематичным аспектом, поскольку суд не имеет специальных знаний в области судебной психиатрии. При этом тексты заключений судебно-психиатрических экспертов содержат профессиональные суждения, зачастую отличные от обыденного (непрофессионального) представления о психической патологии.

Юрист и психиатр располагаются как бы в разных смысловых полях и, соответственно, по-разному трактуют одни и те же события (отдельные факты, материалы судебных дел). По мнению И.П.Малиновой (2013), «текст» (в широком смысле слова), возникший в одном ментальном континууме, никогда не станет достоянием другого без соответствующих операций его перевода на язык иных смыслов. Поэтому существует потребность в обеспечении возможности суда правильно интерпретировать суждения экспертов.

Идея о необходимости разъяснительной помощи судье со стороны эксперта высказывалась ранее (Карбонье Ж., 1980) и нашла отражение в существующих требованиях к оформлению экспертных заключений.

Например, в п. 3.7. Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)» (Приказ Минздрава России от 12.08.2003 N 401) указано, что заключение должно быть написано языком, понятным для несведущих в психиатрии участников процесса, поэтому не должно быть перегружено специальной терминологией, а используемые специальные термины должны быть разъяснены.

Однако даже в этом случае суд будет лишен возможности проверить обоснованность клинической диагностики. Теоретически данная проблема должна устраняться проведением контроля качества заключений и полноты исследований внутри экспертного учреждения. Так, в ст. 14 действующего Федерального закона от 31 мая 2001 г. N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» указано, что руководитель государственного судебно-экспертного учреждения обязан обеспечить контроль за «полнотой и качеством» проведенных исследований, не нарушая принцип независимости эксперта. В «Методических рекомендациях по осуществлению контроля за организацией деятельности судебно-психиатрических экспертных учреждений (отделений)» указывалось на обязанность руководителя учреждения проверять качество, полноту и научную обоснованность экспертных исследований путем изучения 20% медицинской документации 1 раз в месяц (Дмитриева Т.Б. и др., 2007).

Однако, сложность практической реализации данного положения состоит в том, что любые суждения руководителя экспертного учреждения об ошибочности клинической диагностики в конкретном экспертном случае могут расцениваться как не согласующиеся с принципом «независимости» и личной ответственности эксперта. Кроме того, существующие критерии оценки качества (Дмитриева Т.Б. и др., 2007; Санников А.Г., 2008; Букреева Н.Д., 2013) подразумевают лишь проверку формальных требований к экспертным заключениям.

Вместе с тем, руководитель экспертного учреждения не ограничен в возможности проводить анализ заключений для выявления «типовых» (часто встречающихся) экспертных ошибок.

Раскрытие логики обоснования выводов с указанием на «опорные точки», результаты компенсации информационных пробелов, ведущий синдром и юридически значимый психопатологический механизм не только повысит доказательную силу заключения и сделает его более понятным суду, но и позволит в большей мере руководителю экспертного учреждения реализовывать требования законодательства о проведении контроля «полноты и качества» экспертного исследования, направленно повышать профессиональную компетентность экспертов, а также оценивать сложность экспертиз. Это определяет необходимость разработки приемов оформления заключения, отражающих методологию СПЭ.

**Таким образом,** категория «сложности» является важным системообразующим фактором методологических решений по организации судебно-психиатрической деятельности.

## ГЛАВА 2

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование было выполнено на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» (г. Екатеринбург) в отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы по гражданским делам и отделении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы по уголовным № 1 делам в период с 2013г. по 2018г. год.

В соответствии с поставленными целью и задачами проводимая работа разделена на несколько этапов.

**На первом этапе** изучены теоретические предпосылки для оценки сложности СПЭ и сформирована база данных, учитывающая клинические, методологические и организационные особенности экспертного случая: пол, возраст и процессуальный статус подэкспертного; содержание и количество юридически значимых ситуаций; количество экспертных вопросов; способ экспертного исследования (очный, заочный посмертный); состав экспертной комиссии (комплексная, однородная); качественная и количественная характеристика предоставленных в распоряжение эксперта материалов (количество томов и листов дела, количество медицинских карт, наличие психиатрической медицинской документации, наличие аудио-видео записей); сведения об особенностях контакта с подэкспертным, характер и выраженность симптомов психических расстройств; синдромальная структура и нозологическая квалификация выявленного психического расстройства, характер экспертных решений. Также учитывались результаты хронометрического исследования (сведения о затратах времени эксперта-докладчика на выполнение экспертной работы).

Клинические, методологические и организационные особенности экспертного случая фиксировались в базе данных при анализе заключений судебно-психиатрических экспертов (отраслевая учетная форма № 100/у-03,

утверждена приказом Минздрава России от 12 августа 2003 г. N 401). Затраты времени на выполнение экспертной работы фиксировались экспертом-докладчиком в порядке самонаблюдения по обозначенным «фиксажным точкам». База данных создана с использованием программы Excel 2013.

Всего проведено 240 наблюдений. В отделении СПЭ по гражданским делам – 176 наблюдений (73,3%) за периоды январь–февраль 2013г. и октябрь 2013 год – март 2014г. В отделении СПЭ по уголовным делам проведено 64 наблюдения (26,7%) за период апрель–май 2013 года.

В анализируемую группу включались случаи амбулаторных первичных экспертных исследований по уголовным и гражданским делам, если клиническая диагностика была завершена (сделан вывод о наличии психического расстройства или об отсутствии психической патологии) и проведен хронометраж работы эксперта-докладчика (*критерии включения*).

Не включались случаи, когда экспертное исследование было начато, но вывод о наличии или отсутствии психического расстройства не был сделан (возращение дела без исполнения или направление на дальнейшее обследование, в том числе на стационарную экспертизу), случаи, когда не был проведен хронометраж, или проводились повторные и дополнительные СПЭ (*критерии исключения*).

Выборочный характер и периодичность исследования связаны с невозможностью проведения полноценного хронометража в определенные периоды времени, поскольку для этого требовалось добровольное и безвозмездное содействие судебно-психиатрических экспертов амбулаторных отделений в предоставлении сведений о затратах времени на выполнение экспертной работы. Добровольность и безвозмездность участия экспертов в предоставлении данных о затратах времени, а также их осведомленность о цели исследования являются важными условиями проведения исследования, так как направлены на устранение какой-либо личной заинтересованности конкретного эксперта в искажении предоставляемых сведений.

В выборку вошли 151 случай экспертных исследований по гражданским делам (63% от всех исследований). Из них в 50 случаях решались вопросы дееспособности (33,1%); в 50 – «сделкоспособности» (33,1%); в 26 случаях СПЭ проводилась по делам «о защите прав и интересов несовершеннолетних» (17,2%). В 25 случаях проводилась СПЭ в категории «прочие гражданские дела» (16,6%).

В выборку вошли 89 случаев экспертных исследований по уголовным делам (37%). Из них в 57 случаях (64%) – обвиняемых (включая подозреваемых и подсудимых) и 32 случая (36%) – потерпевших и свидетелей. Криминальная ситуация характеризовалась в 30 случаях (34%) причинением смерти или вреда здоровью разной степени тяжести (ст.ст. 105, 106, 111, 112 УК РФ); в 16 случаях (18%) – преступлениями против половой неприкосновенности (ст.ст. 131-135 УК РФ); в 11 случаях (12%) – признаками хулиганства, вандализма, угрозами убийством, побоями (ст.ст. 213, 214, 116, 119 УК РФ); в 24 случаях (27%) – преступлениями имущественного характера (ст.ст. 158-162 УК РФ); в 8 случаях (9%) – прочими правонарушениями.

В 146 анализируемых случаях (60,8%) экспертное исследование проведено в отношении лиц мужского пола и в 94 случаях – в отношении лиц женского пола (39,2%).

В выборке представлены подэкспертные всех возрастных групп: несовершеннолетние в возрасте до 18 лет – 44 случая (18,4%); совершеннолетние в возрасте от 18 до 60 лет – 131 случай (54,6%); лица старше шестидесяти лет – 65 случаев (27%). Возраст подэкспертного фиксировался на момент юридически значимой ситуации.

Проанализировано: амбулаторных очных СПЭ – 186 случаев (77,5%); заочных СПЭ – 30 случаев (12,5%), посмертных СПЭ – 23 случая (10%).

В выборку вошли 139 (57,9%) однородных судебно-психиатрических экспертных исследований и 101 (42,1%) – комплексных психолого-психиатрических экспертных исследований.

Клинико-нозологическая характеристика исследованных случаев представлена в Таблице 1.

Таблица 1 - Клинико-нозологическая характеристика исследованных случаев

Диагностическая группа	Количество случаев	
	Абс.	%
Органические заболевания, включая симптоматические психические расстройства F00-F09	91	37,9
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства F20-F29	19	7,9
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте F60-F69	16	6,7
Умственная отсталость F70-F79	42	17,5
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ F10-F19	40	16,6
Другие психические расстройства	8	3,3
Всего диагностировано психических расстройств	216	90
Психических расстройств не выявлено	24	10

На **втором этапе** проводилось изучение *клинической сложности*. Вначале были выявлены факторы клинической сложности, после чего определено их влияние на показатели сложности.

В качестве основного показателя «сложности» экспертиз принято время, затрачиваемое экспертом-докладчиком на формулирование, согласование и оформление выводов. В показателе учтено среднее время, затраченное на обсуждение выводов с членами комиссии; итоговое оформление исследовательской части заключения с учетом принятого решения; обдумывание аргументации и формулировки выводов; согласование и уточнение окончательных формулировок ответов на экспертные вопросы. *Дополнительно* анализировалась частота использования таких диагностических рубрик, как «другое» и «неуточненное» психическое расстройство.

Поскольку факторы, усложняющие диагностику психического расстройства, могли быть определены при наличии такового, все анализируемые случаи поделены на 2 группы. Основную группу составили 216 случаев, когда было диагностировано какое-либо психическое расстройство. В дополнительную группу включены 24 случая, когда диагноз психического расстройства установлен не был.



В качестве диагностического стандарта при диагностике психических расстройств использовалась действовавшая на момент проведения исследования Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10, ICD-10). Данный диагностический стандарт введен в действие на территории России приказом Министерства Здравоохранения РФ от 27 мая 1997 г. N 170.

В связи с тем, что имеются существенные различия в вопросах, разрешаемых с помощью экспертизы, сравнение выделенных групп проводилось как во всей выборке, так и отдельно для экспертиз по уголовным и гражданским делам.

На **третьем этапе** проводилось изучение *«экспертной сложности»*. Вначале были выявлены факторы экспертной сложности, после чего определено их влияние на показатели сложности.

*Основным показателем «сложности»* также рассматривалось время, затрачиваемое экспертом-докладчиком на формулирование, согласование и оформление выводов. *Дополнительно* учитывалась частота встречаемости «некатегоричных экспертных решений» - формулировка выводов в вероятностной, условной или альтернативной форме, а также вывод о невозможности оценить юридическую релевантность выявленного расстройства (в терминологии А.А. Ткаченко и Д.Н. Корзуна, 2016).

Поскольку оценка юридической релевантности психического расстройства возможна при наличии такового, то анализировалась только основная группа (216 случаев). В связи с тем, что имеются существенные различия в вопросах, разрешаемых с помощью экспертизы, экспертные случаи по уголовным и гражданским делам анализировались отдельно.

После того как факторы «экспертной сложности» были установлены, был проведен анализ влияния совокупности факторов клинической и экспертной сложности на время обоснования выводов. На основании полученных результатов были сформированы группы сложности для СПЭ по гражданским и уголовным делам.

**Четвертый этап** посвящен разработке практического использования оценки сложности СПЭ для организации судебно-психиатрических экспертных исследований.

Вначале проведено изучение возможности предварительно оценивать уровень сложности СПЭ. Обозначены признаки экспертного случая, которые известны до начала исследования из постановления (определения) о назначении экспертизы и сопроводительных документов. В том числе: пол, возраст и процессуальный статус подэкспертного; содержание и количество юридически значимых ситуаций; способ экспертного исследования (очная, заочная, посмертная); состав экспертной комиссии (однородная, комплексная); количество экспертных вопросов; наличие медицинской документации и количество медицинских (в том числе психиатрических) карт.

Для показателей, которые отражают качественные характеристики (пол и процессуальный статус подэкспертного, характер юридически значимой ситуации, способ экспертного исследования, состав экспертной комиссии), анализировалась частота их встречаемости в разных группах сложности СПЭ.

Для показателей, имеющих числовое выражение (количество юридически значимых ситуаций, возраст подэкспертного, количество медицинской документации), определялось наличие корреляции с разным уровнем сложности СПЭ.

Поскольку гражданские и уголовные дела значительно отличаются как по критериям сложности СПЭ, так и по содержанию юридических ситуаций, то исследование предварительной сложности СПЭ проводилось отдельно в выборке по гражданским и уголовным делам.

По результатам исследования сформированы критерии, позволяющие прогнозировать сложность СПЭ до начала экспертного исследования.

Затем проведено изучение трудоемкости экспертиз с учетом влияния сложности СПЭ. Изучены трудозатраты эксперта-докладчика при выполнении трех блоков экспертной работы.

Первый – обработка материалов дела, включая их предварительное изучение и перенос значимых сведений в проект заключения. Второй – работа с подэкспертным, включая его осмотр, сбор и фиксация данных субъективного анамнеза и жалоб; а также выполняемые по ходу обследования описания психического состояния. Третий – формулирование, согласование и оформление выводов, включая обсуждение выводов с членами комиссии, итоговое оформление исследовательской части заключения, с учетом результатов клинической диагностики; обдумывание аргументации и формулировки выводов; согласование и уточнение окончательных формулировок ответов на экспертные вопросы.

На основании изучения трудозатрат и сформированных групп сложности предложены математические модели (формулы) расчета трудоемкости для СПЭ по гражданским и уголовным делам, учитывающие коэффициенты сложности.

Далее, на основе выявленных критериев клинической и экспертной сложности, предложены рекомендации по оформлению экспертных заключений и проведению клинического анализа.

*Основным методом исследования* являлся клинический (психопатологический), включающий анализ объективизированных источников информации (заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов). Проводилось изучение данных объективного (сведения из материалов дела и медицинской документации) и субъективного (сведения со слов подэкспертного) анамнеза, а также результатов наблюдения психического состояния на момент экспертизы.

*Дополнительно применялся метод* индивидуального хронометража. Проводилось изучение затрат рабочего времени эксперта – докладчика на выделенном и повторяющемся этапе экспертного исследования, а именно на формулирование, согласование и оформление выводов. Хронометраж проводился способом внешнего наблюдения и самонаблюдения. В связи с длительностью выделяемых этапов работы (от получаса до нескольких часов) результаты хронометража фиксировались с точностью до 5 минут.

Хронометраж проводился в соответствии с «Методикой разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала» ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (2013) и рекомендациями и Г.Г.Мягкова (2007), Е.С.Мареевой Е.С. и О.Н.Богатыревой (2012).

Определение необходимого числа наблюдений рассчитывалось по формуле  $n=2500 \times [K^2 \times (K_y - 1)^2 / C^2 \times (K_y + 1)^2]$ , где  $n$  – количество хронометражных замеров;  $K$  – коэффициент, соответствующий заданной доверительной вероятности (при вероятности 0,95  $K=2$ );  $K_y$  – нормативный коэффициент устойчивости хроноряда (для работы без использования механизированного и автоматизированного труда, при единичном или мелкосерийном производстве  $K_y$ . норм = 3);  $C$  – необходимая точность наблюдений (при мелкосерийных и единичных работах  $C=10\%$ ). При указанных значениях достаточно проведения до 25 замеров.

Правильность выделения групп сложности проверена сравнением «фактической устойчивости хроноряда» ( $K_{у.факт}$ ) с нормативными показателями ( $K_{у.норм}$ ). Коэффициент «фактической устойчивости хроноряда» – это соотношение максимального и минимального значения измерений всех наблюдений ( $K_{у.факт} = T_{max} / T_{min}$ ).

Для разработки формул расчета трудозатрат экспертов с учетом уровня сложности СПЭ *дополнительно применялся метод* математического моделирования. Трудоемкость представлена в виде аналитической математической модели – математического выражения, зависящего от внутренних и входных (переменных) параметров.

Для статистической обработки материала количественные данные о результатах хронометража представлены в виде медианы и межквартильного интервала  $M50\%(P25\% \div P75\%)$ . Для сравнения полученных данных и оценки достоверности результатов применялся тест Манна-Уитни.

Дополнительно статистическая обработка включала оценку значимости различий между выделяемыми на разных этапах группами по частоте встречаемости тех или иных признаков, характеризующих качественные

параметры экспертного случая. Для анализа четырехпольных таблиц сопряженности при малых выборках использовался «*точный критерий Фишера*» ( *$\phi$ -критерий*). Интерпретация значения  $\phi$ -критерия о силе связи проведена согласно рекомендациям *Rea & Parker*. Для анализа произвольных таблиц сопряжения при большой выборке использовался *Критерий  $\chi^2$  Пирсона*. Кроме того, для изучения связи между двумя рядами количественно выраженных признаков применялся *Коэффициент ранговой корреляции Спирмена*. Связь между исследуемыми признаками оценивалась по шкале *Чеддока*.

Различия считались статистически значимыми при уровне ошибки  $p < 0,05$ .

## ГЛАВА 3

### КЛИНИЧЕСКАЯ СЛОЖНОСТЬ

#### 3.1 Факторы клинической сложности

*Требования к факторам клинической сложности.* Для проверки исследовательской гипотезы о том, что сложность СПЭ может зависеть от объективных трудностей клинической диагностики необходимо ясно представлять те характеристики, которым должны соответствовать факторы, усложняющие принятие диагностического решения.

Во-первых, эти факторы должны отражать объективную сложность СПЭ, то есть особенности симптоматики, а не восприятия конкретного эксперта. Поэтому принципиально исключение тех факторов, которые неразрывно связаны с личностью диагноста (уровень подготовки, стаж, опыт, клинические предпочтения, пол и возраст эксперта и т.д.). Во-вторых, искомые факторы должны быть исключительно клиническими, то есть отражать качество диагностической информации о клинико-динамических особенностях психических нарушений. Прочие факторы, в том числе определяемые особенностями исследуемой юридической ситуации, процессуальным положением подэкспертного и требованиями к процедуре исследования, должны быть исключены. В-третьих, «факторы сложности» должны быть универсальными и раскрывать механизмы, которые определяют сложность соотнесения наблюдаемых феноменов с любым выбранным диагностическим стандартом. То есть данные факторы, являясь клиническими, не должны являться собственно диагностическими критериями какой-либо классификации психических расстройств. Это особенно важно в связи с ожидаемым принятием нового диагностического стандарта МКБ-11. В-четвертых, факторы клинической сложности должны быть выводимы из эмпирических наблюдений и получены при сравнении наблюдаемых клинических феноменов с выбранным диагностическим стандартом. Это должно обеспечить проверяемость результатов.

Поскольку клинические наблюдения проводились в период действия на территории России Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), то именно данная классификация была использована как диагностический стандарт для выявления факторов сложности. Кроме того, критериальный принцип МКБ-10 может обеспечить воспроизводимость симптомов на достаточном для целей исследования уровне.

***Диагностические ситуации, иллюстрирующие уровень сложности клинической диагностики.*** Теоретический анализ (см. Главу 1) позволил сформулировать исследовательскую гипотезу, что клиническая сложность может зависеть от достаточности/недостаточности, согласованности/несогласованности данных, полученных из трех групп источников информации (предоставленные материалы, самоотчет подэкспертного и собственные наблюдения и исследования эксперта), а также от типичности/атипичности клинической картины. Различные комбинации перечисленных признаков образуют 8 разных диагностических ситуаций. Для проверки высказанной гипотезы основная группа (216 случаев) была разделена на 8 групп, отражающие разные диагностические ситуации. Общая характеристика выделенных групп дана в Таблице 2.

Таблица 2 - Характеристика групп, отражающих диагностические ситуации

Группа, отражающая ситуацию		Характеристика диагностической ситуаций		
Обозначение группы	Количество наблюдений	Достаточность данных	Согласованность данных	Типичность
Группа 1	52	+	+	+
Группа 2	31	+	+	-
Группа 3	23	+	-	+
Группа 4	10	-	+	+
Группа 5	24	+	-	-
Группа 6	8	-	+	-
Группа 7	7	-	-	+
Группа 8	61	-	-	-

Примечание - “+” означает наличие признака, “-” означает отсутствие признака.

**Группа 1 (52 случая).** Диагностическая ситуация характеризуется достаточностью и согласованностью клинических данных в сочетании с типичностью клинической картины. Такая ситуация может реализовываться в нескольких вариантах.

*В первом варианте* при проведении очной экспертизы собственные наблюдения эксперта полностью согласуются с исчерпывающими описаниями в «психиатрической» документации.

**Клинический пример 1.** Подэкспертный С., 17 лет. Очная экспертиза по делу о признании гражданина недееспособным. По данным амбулаторной карты психиатра, истории болезни из психиатрического стационара известно, что на фоне общего расстройства развития с симптоматикой аутизма и недоразвития когнитивной сферы (отсутствие социально-эмоциональной взаимности и социального использования речи, стереотипии, интерес к нефункциональным проявлениям предметов, непродуктивность психической деятельности) с младшего школьного возраста при оказании психиатрической помощи выявлялись признаки психотической симптоматики (вербальные псевдогаллюцинации), кататонические симптомы. Также в описании психического состояния отмечались ответы не по существу, неадекватность эмоций, эхолалии. В психиатрическом стационаре неоднократно диагностирован «детский тип шизофрении». При проведении экспертного исследования не всегда реагировал на обращение, иногда не отвечал по существу вопроса. Нередко эхолалично повторял окончание вопроса. Инструкции выполнял только после неоднократного побуждения. Внимание с трудом привлекалось тихими звуками или яркими предметами. Был неусидчив, гримасничал, озирался. Периодически замирал, к чему-то прислушивался. Сказал шепотом, что «Рафаэль зовет», «не разрешает говорить». Показывал на голову, когда говорил о «голосе» Рафаэля. Отмечались стереотипные движения руками. Эмоции были не дифференцированы. При психологическом исследовании отмечены: аутистическая форма контакта, своеобразие речи с ответами не по существу, эхолалии, спонтанные ненаправленные высказывания, сниженная продуктивность



мышления (несоответствие уровня достижения и уровня выполнения основных интеллектуальных операций), эмоционально-волевое и личностное недоразвитие. Экспертами был подтвержден диагноз: «Детский тип шизофрении с непрерывным типом течения и отсутствием ремиссии».

В данном случае имеются два наиболее надежных источника (потока) информации, которые непротиворечиво отражают клиническую картину и единственно возможное диагностическое решение.

*Во втором варианте* в рамках заочной (посмертной) экспертизы в распоряжение экспертов предоставляются наиболее надежные источники объективного анамнеза (медицинские документы) с исчерпывающими описаниями состояния и необходимым перечнем диагностических критериев.

**Клинический пример 2.** Подэкспертная А., 62 года. Заочная экспертиза по делу о признании гражданина недееспособным. По данным амбулаторной карты психиатра, имела высшее экономическое образование; до 60 лет работала; наблюдалась кардиологом по поводу ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии 2 стадии; симптомов психических нарушений не отмечалось. В возрасте 60 лет перенесла ишемический кардиоэмболический инсульт в системе левой внутренней сонной артерии. На КТ головного мозга выявлялся исход обширного ишемического инфаркта в бассейне левой СМА, а также лейкоэнцефалопатия сосудистого генеза и генерализованная церебральная атрофия 1 ст. После инсульта выявлялась правосторонняя гемиплегия, дизартрия, дисфагия. Неоднократно в течение 1,5 лет осматривалась психиатром на дому. В описании психического состояния стойко отмечалась социально-бытовая беспомощность. При отсутствии признаков нарушения сознания (узнавала дочь, отвечала на простые вопросы) выявлялось нарушение ориентировки (не могла назвать возраст, не ориентировалась в текущем времени, не знала, где находится). Выявлялась утрата воспоминаний на события прошлого и нарушение запоминания текущих событий, утрата навыков чтения, счета, эмоциональная лабильность. Отмечалось, что круг интересов ограничен приемом пищи. Результат по MMSE – 11 баллов. Психиатром диагностирована «сосудистая

деменция без дополнительных симптомов». Экспертами на основании полученных данных сделан вывод, что у А. имеется психическое расстройство в виде «сосудистой деменции с острым началом, без дополнительных симптомов» со стойким (более 6 месяцев) нарушением высших корковых функций, сопровождающееся дезориентировкой, непродуктивностью психической деятельности с грубым снижением интеллекта, утратой ранее приобретенных навыков, непродуктивностью контакта, социально-бытовой беспомощностью.

Здесь проведение заочной экспертизы делает невозможной проверку сведений объективного анамнеза собственными исследованием, однако наличие достаточных и непротиворечивых описаний из наиболее надежного источника сводит количество диагностических решений к единственно возможному.

*В третьем варианте* при проведении очной экспертизы основу диагностического решения составляют данные собственного исследования.

**Клинический пример 3.** Подэкспертный Б., 28 лет. Очная экспертиза по уголовному делу в отношении обвиняемого в совершении преступлений, предусмотренных ч.2 ст.115 УК РФ. Документация из психиатрических учреждений отсутствует. Подробные сведения объективного анамнеза отсутствуют. Имеются отрывочные сведения в истории развития ребенка о том, что родился недоношенным, отставал в развитии, наблюдался психиатром в связи с «олигофренией» (без описания). Имеются характеристики из коррекционной школы, где указано, что подэкспертный с учебой в общеобразовательной школе не справился, обучался по программе «для детей с задержкой развития», имел низкий запас знаний. Читает медленно, смысл прочитанного понимает не всегда. Был агрессивен к сверстникам. На замечания реагировал «не всегда адекватно». Имеются бытовые характеристики от соседей и участкового уполномоченного, в которых указано, что после окончания школы работал на стройке, проживал с родителями, помогал им по хозяйству, по характеру спокойный, но может вспылить, неоднократно привлекался к административной ответственности за появление в общественном месте в состоянии алкогольного опьянения. Имеются показания матери, которая характеризовала сына как вспыльчивого, но быстро

отходчивого. Отрицала, что он злоупотребляет алкоголем и употребляет наркотики. Показала, что он заботится о ней, помогает по хозяйству, работает. В детстве наблюдался психиатром в связи с «дебильностью». Из материалов дела следовало, что подэкспертный, находясь в состоянии опьянения, в ходе ссоры нанес потерпевшему удар стеклянной бутылкой по голове. Из непротиворечивых показаний потерпевшего, свидетелей, подэкспертного следовало, что он заступился за девушку, из-за чего возникла ссора и драка с потерпевшим. Подэкспертный в это время был пьян, в руках держал стеклянную бутылку с пивом, которой и нанес удар по голове потерпевшего. После этого потерпевший упал, девушка убежала, а подэкспертный пошел дальше к друзьям. В ходе экспертного исследования указывал, что начал обучение в общеобразовательной школе, однако с программой не справлялся и был переведен во вспомогательную школу, которую успешно окончил. В подростковом возрасте в группе сверстников курил, употреблял алкоголь, совершал кражи, был вспыльчивым. Затем, с 18-19 лет кражи совершать перестал, работать стал спокойнее. Однако, если его «несправедливо» обзывали, мог ударить или накричать. Отрицал злоупотребление алкоголем, наркотиками и экзогенные вредности в анамнезе. По поводу обстоятельств инкриминируемого деяния полностью подтверждал данные из материалов дела, пояснял, что был в состоянии легкого опьянения. При этом не ссылался на забывание и какие-либо симптомы, указывающие на наличие временного болезненного состояния. Пояснял, что считает ошибкой только то, что «ударил бутылкой», но в целом поступил правильно, т.к. заступился за слабого. Выражал обеспокоенность привлечением к уголовной ответственности, однако сказал, что поскольку он ранее не судим и заступался за девушку, то надеется на условное наказание. Сказал, что если бы не был пьян, то не стал бы бить бутылкой. В ходе исследования был доступен продуктивному контакту. У него выявлялась недостаточная дифференцированность эмоциональных реакций, недоразвитие интеллекта (показатель общего интеллекта 67), конкретность мышления, поверхностность суждений, недостаточность внимания, низкий уровень знаний и представлений, эмоциональная незрелость. На основании

полученных данных экспертами диагностирована «Легкая умственная отсталость с другими нарушениями поведения, связанная с недоношенностью».

В данном случае надежные источники объективного анамнеза отсутствуют, но имеющиеся «менее надежные» или «наименее надежные» источники полностью согласуются с результатами собственных наблюдений эксперта и не противоречат друг другу, что позволяет сформировать единственную диагностическую гипотезу.

Во всех описанных вариантах у эксперта имеется минимум один наиболее надежный источник (поток) сведений, и проведение дифференциальной диагностики и какого-либо дополнительного анализа не требуется. Менее и наименее надежные источники сведений не имеют самостоятельного значения и либо подтверждают данные наиболее надежных источников, либо отвергаются как несоответствующие таковым.

**Группа 2 (31 случай).** Диагностическая ситуация характеризуется атипичностью клинической картины при достаточности и согласованности описаний психического состояния.

*Клинический пример 4:* Подэкспертная В., 43 лет. Очная экспертиза по признанию гражданина недееспособным. В медицинской карте психиатра указано, что у подэкспертной после полученной черепно-мозговой травмы (ДТП, в котором пострадала она сама и погиб ее муж) возникли и проявлялись более полугода когнитивные нарушения со снижением интеллекта (MMSE в разное время – от 15 до 27 баллов), трудностями запоминания, непродуктивностью психической деятельности, недостаточностью внимания, нарушением трудовой адаптации, бытовой беспомощностью. Кроме того, отмечались сниженное настроение, плаксивость и эмоциональная лабильность. При проведении экспертного исследования отмечалась низкая продуктивность контакта, идеаторная и двигательная заторможенность, трудности при выполнении заданий и результаты MMSE – 23 балла, а также сниженный фон настроения и слезливость, усиливающаяся при воспоминании о пережитом ДТП и погибшем супруге.

В данном примере сведения из «надежных источников» не позволили экспертам однозначно сформулировать одну экспертную гипотезу, поскольку из-за нетипичной динамики и сложности синдромальной структуры требовалось проведение дифференциальной диагностики между «деменцией с дополнительными преимущественно депрессивными симптомами», «другим непсихотическим психическим расстройством» (с сочетанием критериев «легкого когнитивного расстройства» и «органического аффективного расстройства») и «тяжелым депрессивным эпизодом». При проведении дифференциальной диагностики эксперты учитывали нетипичную для деменции динамику когнитивных нарушений; опирались на описания свидетелей и другие характеризующие данные, указывающие на легкие когнитивные нарушения после травмы; ухудшение продуктивности контакта отсрочено, на фоне появления депрессивной симптоматики с идеями самоуничужения. Таким образом, диагностировано «другое непсихотическое психическое расстройство» с сочетанием критериев «легкого когнитивного расстройства» и «органического аффективного расстройства».

В подобных случаях вследствие структурного и (или) динамического атипизма расширяется спектр диагностических признаков. За счет этого увеличивается число диагностических гипотез, требующих проверки. То есть даже при наличии надежных и достаточно подробных описаний атипичность симптоматики приводит к образованию информационных «лакун», которые могут быть компенсированы лишь проведением дополнительного клинико-динамического анализа. Смысл такого анализа сводится к поиску «опорных точек» (в том числе в сведениях из «менее» и «наименее надежных» источников) для обоснования гипотезы, наиболее полно объясняющей все выявленные психопатологические феномены.

**Группа 3 (23 случая).** Диагностическая ситуация характеризуется несогласованностью сведений о психическом состоянии при наличии достаточных для распознавания клинических описаний типичных психопатологических феноменов.

**Клинический пример 5.** Т., 24 года. Очная экспертиза по признанию гражданина недееспособным. По данным истории болезни из психоневрологического интерната, подэкспертному с возраста 7 лет устанавливался диагноз «Умеренная умственная отсталость» – отмечалось значительное отставание в психофизическом и речевом развитии, снижение интеллекта и памяти. При осмотрах выявлялось конкретное мышление, примитивность и низкая дифференцированность эмоциональных реакций, неспособность к обучению. При этом в дневниковых записях отмечалось наличие галлюцинаций. При проведении экспертизы выявлены: бедность и неадекватность эмоций, ответы не по существу вопроса, соскальзывания, паралогичность, признаки расстройства восприятия, двигательной стереотипии, низкая продуктивность контакта, неравномерность при выполнении заданий на оценку интеллекта.

В данном примере сведения из психиатрической документации являются внутренне противоречивыми и не в полной мере согласуются с наблюдениями экспертов. Здесь эксперты, опираясь, прежде всего, на собственные исследования, вынуждены учитывать данные менее надежных источников. Так, в истории развития ребенка приводятся описания, указывающие на отсутствие отставания в развитии в раннем возрасте. Имеются характеристики, из которых следует, что с возраста 5-6 лет он изменился в поведении, стал замкнутым, перестал общаться со сверстниками, играл в одиночестве. Свидетели указывали, что подэкспертный не учился в школе, при этом самостоятельно научился пользоваться компьютером, создал страницу в социальных сетях. Сам подэкспертный, давая отрывочные пояснения, указал на появление «голоса внутри головы» с портрета в детском возрасте, который комментировал его действия. Полученная совокупность данных позволила диагностировать детский тип шизофрении.

В данной группе случаев имеются либо несогласованность между описаниями феноменов и их квалификацией внутри одного источника; либо разные источники объективного анамнеза содержат противоречивые сведения; либо данные объективного анамнеза не согласуются с результатами собственных

наблюдений эксперта, что не позволяет расценивать данные объективного анамнеза как «надежные». Это может объясняться различными причинами, в том числе разного рода ошибками в диагностике с использованием «дезориентирующих» понятий; симулятивным поведением и т.д. В любом случае вследствие несогласованности диагностических критериев образуются информационные «лакуны» и расширяется спектр возможных диагностических решений. Для завершения диагностики требуется проведение дополнительного клинико-динамического анализа с использованием данных «менее и наименее надежных источников», суть которого сводится к выявлению «опорных точек», не затронутых противоречивостью описаний.

**Группа 4 (10 случаев).** Диагностическая ситуация характеризуется недостаточностью диагностических данных при непротиворечивости сведений и отсутствии признаков «атипизма» клинической картины.

*Клинический пример 6:* П., 70 лет. Дело о признании сделки недействительной. За психиатрической и наркологической помощью не обращался. При экспертном исследовании у подэкспертного выявлены грубые интеллектуальные нарушения, полинейропатия, увеличенная печень. Однако переносить выявляемые в настоящее время нарушения на события трехлетней давности при отсутствии надежного объективного анамнеза и отсутствии продуктивного контакта с подэкспертным недопустимо. Таким образом, «надежные» сведения о психическом состоянии подэкспертного на период сделки отсутствуют. При этом из медицинской карты из общесоматической сети известно, что примерно с 60 лет у него диагностирована алкогольная полинейропатия. В характеристике с места жительства отмечается, что подэкспертный в течение многих лет злоупотреблял алкоголем, у него отмечались запои, а после выхода на пенсию в 60 лет пил по многу дней подряд, а потом практически ежедневно; не следил за внешним видом и квартирой, в связи с чем постоянно поступали жалобы от соседей. В пояснениях разных свидетелей указано, что до выхода на пенсию мог выпить до 1,5 л водки и «болел с похмелья», после выхода на пенсию стал употреблять суррогаты алкоголя и

сильно пьянел даже от 100 мл спиртосодержащей жидкости, «боярышник» употреблял ежедневно, в течение пяти лет не мылся месяцами и не прибирал в квартире даже в дни, когда не пил, т.к. не было денег, его пенсию забирали посторонние люди, которые неделями жили у него в квартире, перестал интересоваться своей специальностью и общаться с соседями, приходил только просить денег на выпивку. Кроме того, ответчик по делу, утверждавший, что ухудшение психического состояния у подэкспертного отмечалось уже после совершения сделки, описывал его социально-бытовую несостоятельность на протяжении 5 лет. Сопоставление данных из «менее надежных» и «малонадежных» источников позволило сформировать непротиворечивую клиническую картину и выявить критерии, достаточные для диагностики «синдрома зависимости от алкоголя третьей (конечной) стадии».

В этой ситуации отсутствие сведений о психическом состоянии подэкспертного из «наиболее надежных источников» образует информационные «лакуны» и изначально широкий спектр возможных диагностических решений, связанный с «недостаточностью диагностических критериев». Если восполнить «лакуны» путем запроса дополнительных данных невозможно, эксперт вынужден проверять множество гипотез, сопоставляя фрагментарные данные из «менее надежных» и «малонадежных» источников. При этом эксперт путем перевода «неквалифицированных» описаний в психопатологические термины реконструирует клиническую картину, ориентируясь при выборе итоговой диагностической гипотезы на ее клиническую достоверность. То есть требуется проведение дополнительного клинико-динамического анализа, суть которого сводится к обнаружению «опорных точек» на основе интерпретативной деятельности и проверки клинической достоверности получаемых данных.

**Группа 5 (24 случая).** Диагностическая ситуация характеризуется атипичностью клинической картины в сочетании с поддающимися интерпретации, но противоречивыми описаниями психического состояния.

**Клинический пример 7.** Т., 16 лет. Потерпевшая по уголовному делу, возбужденному по факту совершения преступления против половой



неприкосновенности несовершеннолетнего. По данным психиатрической документации, находилась на лечении в психиатрическом стационаре в возрасте 15 лет с диагнозом «Органическое расстройство личности». В анамнезе диагностировано перинатальное поражение ЦНС. В период лечения отмечались жалобы на головные боли, низкую успеваемость, трудности в поведении, уходы из дома, конфликтность, замкнутость. Выявлялись низкий интеллект, плохая память, рассеянное внимание. При проведении экспертизы не выявлено нарушения памяти и снижения интеллекта. Отмечено низкое настроение, утрата интересов и удовольствий, снижение способности к концентрации внимания, идеи вины, связанные с ситуацией, некоторое снижение продуктивности в повседневных делах, чувство неспособности справиться с ситуацией, склонность к драматическому поведению и вспышкам агрессии, а также оппозиционность по отношению к взрослым (родственникам), дисморфофобические переживания.

В данном примере сведения из психиатрической документации не в полной мере согласуются с наблюдениями экспертов. Кроме того, собственно те феномены, которые наблюдают эксперты, могут быть проявлением как реактивного психического расстройства, так и дисгармонически протекающего пубертатного возрастного криза или наличия нескольких расстройств. Для проведения дифференциальной диагностики эксперты вынуждены учитывать данные менее надежных источников.

Так, в истории развития ребенка и школьных характеристиках отмечено, что диагноз перинатального поражения ЦНС был снят неврологом в дошкольном возрасте. До 14 лет успеваемость в средней школе была хорошей. Снижение успеваемости, появление прогулов по времени совпадает с совершением в отношении ребенка противоправных действий. Данные самоотчета подэкспертной указывают на появление депрессивного настроения и чувства неспособности справиться с ситуацией после пережитого сексуального насилия, кроме того, появление агрессивности, дисморфофобий наблюдается с 14-15 лет. Полученные данные указывают на развитие связанного с перенесенной психотравмирующей ситуацией расстройства адаптации. Однако специфическая

связанная со стрессом симптоматика дополнена характерными для подросткового возраста неспецифическими нарушениями. В связи с этим диагностировано одно психическое расстройство с дополнительными симптомами – «расстройство адаптации с другими преобладающими симптомами».

Здесь одновременно обнаруживаются «лакуны», связанные с «расширением спектра» и «несогласованностью» диагностических критериев. Для проведения дифференциальной диагностики требуется дополнительный клинико-динамический анализ на двух уровнях (этапах). Поскольку невозможно оценить типичность (атипичность) симптоматики без устранения противоречий, то вначале экспертный анализ будет направлен на выявление «опорных точек», не затронутых противоречивостью описаний (компенсации «лакун», обусловленных несогласованностью диагностических критериев). Затем, при выявлении непротиворечивых признаков структурного или динамического атипизма, могут быть выявлены «опорные точки» для обоснования гипотезы, наиболее полно объясняющей все выявленные психопатологические феномены (компенсация «лакун», обусловленная расширением спектра диагностических критериев).

**Группа 6 (8 случаев).** Диагностическая ситуация характеризуется недостаточностью диагностических критериев в сочетании с признаками атипичности клинической картины при отсутствии взаимоисключающих описаний и квалификаций.

*Клинический пример 8:* К., 15 лет. Потерпевшая по уголовному делу, возбужденному по факту совершения преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, а также за вовлечение в занятие проституцией и склонение к употреблению психоактивных веществ. С 10 до 13 лет подвергалась систематическим избиениям со стороны отца, который также совершал в отношении нее разнообразные действия сексуального характера (как самостоятельно, так и со своими половыми партнерами) и вводил наркотические средства из группы стимуляторов. Подэкспертная ранее за психиатрической и наркологической помощью не обращалась. При настоящем исследовании практически не идет на контакт (за исключением отдельных тем), выявляется

депрессивная симптоматика, отказные реакции и следы самопорезов. Получить полноценный субъективный анамнез и провести дифференциальную диагностику, основываясь на «наиболее надежных источниках» в данном случае невозможно, и проверки требует множество гипотез.

В этой ситуации эксперт для компенсации «лакун» вынужден обратиться к «менее и наименее надежным источникам данных». Так, имеются показания матери о неблагоприятно протекавшем периоде перинатального развития, однако, признаков отставания в развитии не отмечалось. Согласно характеристикам: до 10 лет успешно училась, росла общительным и любознательным ребенком. С 10 лет (после того как в отношении нее стали совершаться противоправные действия) изменилась в поведении и стала пропускать занятия, стала замкнутой, снизилась успеваемость. По показаниям обвиняемых и ряда свидетелей, потерпевшей вводили систематически наркотические средства, после чего она находилась в опьянении и выполняла все требования обвиняемых. По показаниям свидетелей, в возрасте 13 лет она сбежала от отчима и матери, после чего в течение нескольких дней была крайне вялой, раздражительной, плохо спала, говорила о наркотиках. У подэкспертной удалось выяснить, что она испытывала тягу к наркотикам, но самостоятельно их не готовила и не вводила. По показаниям других свидетелей, через 2-3 месяца после того, как она ушла от матери и отчима, она старалась избегать разговора об этом; просыпалась во сне и рассказывала, что ей снится отчим; старалась уклониться от общения с матерью и отчимом; становилась при этом «отрешенной», «заторможенной». Иногда, случайно встретив отчима на улице, «впадала в панику», «ревела, кричала», «была в ужасе». Иногда, «задумавшись, вдруг пугалась, говорила, что снова пришел отчим и избьет ее». Также свидетели поясняют, что позднее, после того как было возбуждено уголовное дело, у подэкспертной ухудшилось настроение, «она вновь замкнулась, наносила себе самопорезы, говорила о том, что не может простить мать и отчима за то, что с ней делали, что раньше этого не понимала и жалела мать, а отчима боялась, а сейчас ей все равно». Экспертами на основании сопоставления разных данных было доказано наличие сформированного синдрома зависимости от

стимуляторов с характерными признаками абстинентного синдрома, наличие диагностических признаков посттравматического стрессового расстройства; а также трансформации расстройства, связанного со стрессом, пролонгированной депрессивной реакции на фоне взросления потерпевший и появления способности к осознанию содержания совершенных в отношении нее противоправных действий.

В данной группе случаев отмечается парадоксальная на первый взгляд ситуация, когда одновременно имеется «недостаточность» и «избыточность» диагностических критериев. Имеются непротиворечивые сведения о симптомах, которые явно выходят за рамки типичного набора одной диагностической группы. Однако, «отсутствие надежных источников сведений» создает ситуацию, когда одни и те же описания могут быть интерпретированы по-разному и отнесены в разные диагностические группы. Для проведения диагностики здесь также требуется дополнительный клиничко-динамический анализ, проводимый в два этапа. Вначале на основе интерпретации и проверки клинической достоверности данных «менее надежных» и «малонадежных» источников могут быть выявлены однозначно понимаемые сведения о психическом состоянии (компенсация «лакун», обусловленных недостаточностью данных). Лишь затем, с учетом результатов уже проведенного анализа, могут быть выявлены «опорные точки» для обоснования гипотезы, наиболее полно объясняющей все выявленные психопатологические феномены (компенсация «лакун», обусловленных расширением спектра диагностических критериев).

**Группа 7 (7 случаев).** Диагностическая ситуация характеризуется неполнотой и несогласованностью имеющихся диагностических критериев без признаков структурного или динамического атипизма.

**Клинический пример 9:** Подэкспертная М. Дело о признании завещания недействительным. Проведена посмертная экспертиза. Предоставлена медицинская карта, в которой психиатром однократно указано, что у подэкспертной имеется деменция в течение длительного времени, однако, описание диагностических критериев отсутствует, кроме того, указано, что

имеется состояние оглушения. Предоставлена справка от другого психиатра, в которой указано, что в день составления завещания подэкспертная не имела грубых нарушений интеллекта и памяти. Однако описание психического состояния отсутствует. Таким образом, данные записи не могут быть отнесены к наиболее надежным источникам. Пояснения сторон и свидетелей носят взаимоисключающий характер. Так, одни из них полностью отрицают какие-либо проявления психической патологии на протяжении жизни. Другие же указывают на наличие грубого интеллектуального дефекта с распадом психической деятельности подэкспертной за много лет до ее выхода на пенсию с должности врача-педиатра. Поэтому даваемые свидетелями сведения не восполняют недостатка описаний состояния и не устраняют противоречия в диагностике. Вместе с тем, из медицинских карт неврологических и соматических стационаров следует, что после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения за несколько лет до составления завещания у подэкспертной на фоне выраженной неврологической симптоматики систематически отмечались астенические жалобы, жалобы на снижение памяти, а также эмоциональная лабильность с чередованием приступов агрессии и апатии, вязкость речи, описано снижение целенаправленности деятельности в случаях, требующих усилий. Кроме того, имеются указания на то, что была утрачена способность самостоятельно и правильно принимать лекарства, а также сообщать анамнестические сведения. В дополнение ответчики, перечисляя свои заслуги по уходу за подэкспертной, приводили примеры социально-бытовой несостоятельности, которые не могли быть объяснены имеющейся неврологической или соматической патологией.

В данном случае эксперты, проверяя разные диагностические гипотезы (от отсутствия психической патологии до наличия деменции) и сопоставляя разные сведения, выявили критерии «органического расстройства личности» со значительными изменениями психики, что позволило вынести экспертное решение.

В этой ситуации эксперт сталкивается с тем, что «отсутствие надежных источников сведений» определяет «недостаточность» диагностических критериев.

Кроме того, имеющиеся сведения противоречат друг другу. Очевидно, что прежде, чем отбирать непротиворечивые описания, необходимо компенсировать их недостаток. Поэтому вначале на основе интерпретации и проверки клинической достоверности данных «менее надежных» и «малонадежных» источников могут быть выявлены однозначно понимаемые сведения о психическом состоянии (компенсация «лакун», обусловленных недостаточностью данных). Затем, с учетом всех данных могут быть выявлены «опорные точки» не затронутых противоречивостью описаний (компенсация «лакун» вследствие несогласованности сведений).

**Группа 8 (61 случай).** Диагностическая ситуация характеризуется неполнотой и несогласованностью имеющихся диагностических критериев при наличии признаков атипичности клинической картины.

*Клинический пример 10:* Подэкспертная П. Экспертиза по делу о признании сделки недействительной. Через полгода после совершения сделки она впервые обратилась за психиатрической помощью, где при однократном обследовании ей устанавливается диагноз «деменция», описывается грубое интеллектуальное снижение, а также указывается на наличие бредовых идей (без уточнения), слуховых «псевдогаллюцинаций» и суицидальных мыслей. При экспертном исследовании выявляются легкие (не достигающие уровня деменции) когнитивные нарушения. Подэкспертная не дает клинически достоверного описания психотических симптомов, сообщая путаные сведения о «голосах в голове». Сын и истец по делу, а также ряд свидетелей дают пояснения, что подэкспертная с молодости страдала шизофренией, приводят примеры нарочито нелепого поведения. Кроме того, указывают, что подэкспертная злоупотребляла алкоголем много лет, неоднократно переносила тяжелые черепно-мозговые травмы и страдает «провалами в памяти». Ответчики и ряд свидетелей отрицают какие-либо психические нарушения у подэкспертной до совершения сделки, но указывают на развитие тяжелой депрессии после начала судебного процесса. Сама подэкспертная, а также ряд свидетелей указывают на появление забывчивости и слезливости в течение нескольких лет (до совершения сделки), а

также появление после смерти супруга за 3 месяца до совершения сделки депрессивного настроения с чувством неспособности справиться с ситуацией, пессимизмом, нарушением сна, снижением аппетита, идеями виновности. При этом в отрывочных записях социального работника и пояснениях врача-терапевта, наблюдавшего подэкспертную в течение нескольких лет, имеются указания на снижение настроения и ухудшение самочувствия после смерти супруга. В данном примере количество возможных диагностических гипотез чрезвычайно высоко. Вместе с тем, сопоставляя различные малонадежные и противоречивые сведения и пытаясь компенсировать информационные «лакуны», эксперты выявили наиболее вероятную и клинически достоверную гипотезу о наличии у подэкспертной на юридически значимый период «другого органического непсихотического психического расстройства с сочетанием легких когнитивных и аффективных нарушений».

Здесь отсутствуют надежные источники данных, сведения из прочих источников фрагментарны и противоречивы, кроме того, описываемые симптомы явно выходят за рамки одной диагностической рубрики с типичным набором признаков.

Не вызывает сомнений, что завершить клиническую диагностику в таких условиях проблематично. Вместе с тем, эксперт может предпринять попытку реконструировать психическое состояние подэкспертного на юридически значимый период, проводя поэтапно дополнительный клинико-динамический анализ.

Вначале требуется выявить описания, поддающиеся квалификации (компенсация «лакун», обусловленных недостаточностью диагностических критериев). Затем устранить взаимоисключающие описания (компенсация «лакун» вследствие несогласованности диагностических критериев). И только после этого выявить гипотезу, наиболее полно объясняющую выявленные психопатологические феномены (компенсация «лакун», обусловленных расширением спектра диагностических критериев).

**Факторы «клинической сложности» и определенность клинической диагностики.** В Группе 1 к моменту окончания сбора клинически значимой информации экспертами всегда выявляются «опорные точки», достаточные для однозначной диагностики одного психического расстройства с типичной клинической картиной и без дополнительных симптомов. Диагностика в этом случае не должна составлять труда, а выявляемая клиническая картина соответствует диагностической рубрике с четко определенным набором специфичных для данной рубрики признаков.

Общим для диагностических ситуаций, где встречаются такие факторы, как «расширение спектра», «недостаточность» и «несогласованность» диагностических признаков (Группы 2-8), является то, что к моменту окончания сбора клинически значимых данных однозначные сведения для проведения диагностики отсутствуют. Выявляются информационные «лакуны», которые не могут быть восполнены, и для их компенсации требуется проведение дифференциальной диагностики с учетом сведений из «менее надежных» и «наименее надежных» источников.

Если компенсация «лакун» достижима, и отсутствуют признаки атипизма клинической картины (Группы 3,4,7), то также диагностируется одно психическое расстройство без дополнительных симптомов и с четко определенным набором специфичных признаков. В случаях, когда компенсация «лакун» достижима при наличии «расширения спектра диагностических критериев» (Группы 2,5,6,8), может быть диагностировано либо несколько психических расстройств, либо одно психическое расстройство с дополнительными симптомами. При этом диагностические критерии также четко определены. Если компенсация «лакун» недостижима в полной мере, то эксперт вынужден при формулировке диагноза прибегать к использованию таких рубрик МКБ-10, как «другое» или «неуточненное» расстройство. Другими словами, эксперт будет диагностировать расстройство, соответствующее общим признакам для целой группы психических расстройств, но не соответствующее какой-либо диагностической рубрике с четко определенным набором специфичных критериев.



Исходя из сказанного, можно предположить следующее: если сложность клинической диагностики связана с такими факторами, как «расширение спектра», «недостаточность» и «несогласованность» диагностических признаков, то выделенные Группы 1-8 должны отличаться по соотношению использования рубрик МКБ-10 со специфичным набором признаков и без такового («другое» или «неуточненное» расстройство). Результаты проверки данной гипотезы приведены в Таблице 3.

Таблица 3 – Использование рубрик МКБ без специфического набора диагностических критериев

Диагностируется расстройство	Соотношение используемых рубрик в анализируемых группах							
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Группа 5	Группа 6	Группа 7	Группа 8
со специфичными критериями	52 (100%)	27 (87%)	13 (56%)	6 (60%)	9 (37%)	2 (25%)	1 (14%)	8 (13%)
«другое» или «неуточненное»	0	4 (13%)	10 (43%)	4 (40%)	15 (63%)	6 (75%)	6 (85%)	53 (87%)

При отсутствии таких признаков как «недостаточность», «несогласованность» и «расширение спектра» диагностических критериев (Группа 1) всегда диагностируются психические расстройства с определенным и специфичным набором критериев. Это обуславливает достоверное отличие этой диагностической ситуации от всех прочих ( $\phi$ -критерий = от 0,017 до 0,000;  $p < 0,05$ ). При этом сила связи (в соответствии с рекомендациями Rea & Parker) между появлением перечисленных факторов и количеством случаев с незавершенной диагностикой будет различной. Средняя сила связи характерна для объединенной группы случаев, где встречается только один из таких факторов, как «недостаточность», «несогласованность» и «расширение спектра» диагностических критериев (Группы 2,3,4; общее количество случаев 64). Сильная связь – для объединенной группы, где имеется сочетание двух из трех перечисленных признаков (Группы 5,6,7; общее количество случаев 39). Очень сильная связь – для группы, где одновременно присутствуют все три указанных

признака (Группа 8, количество случаев 61). При сравнении объединенной группы, где встречается только один из таких факторов, как «недостаточность», «несогласованность» и «расширение спектра» диагностических критериев (Группы 2,3,4), с объединенной группой, где имеются одновременно два фактора из перечисленных (Группы 5,6,7), выявляются достоверные различия по количеству случаев с незавершенной диагностикой ( $\phi$ -критерий = 0,000;  $p < 0,05$ ). При этом сила связи между количеством случаев с незавершенной диагностикой и наличием сочетания нескольких из указанных факторов будет относительно сильной. Аналогичная картина наблюдается при сравнении объединенной группы (Группы 2,3,4) с Группой 8, где имеется сочетание сразу всех перечисленных факторов. При сравнении объединенной группы, где встречается одновременно два из таких факторов, как «недостаточность», «несогласованность» и «расширение спектра» диагностических критериев (Группы 5,6,7), с Группой 8, где присутствуют все указанные факторы, выявляются достоверные различия ( $\phi$ -критерий = 0,044;  $p < 0,05$ ) по количеству случаев с незавершенной диагностикой. При этом сила связи между количеством случаев с незавершенной диагностикой и наличием сочетания нескольких из указанных факторов будет средней. Сравнение Групп 2,3,4 между собой (группы, где имеется только один из трех значимых признаков) показывает, что Группа 2, где имеется атипичность симптоматики, достоверно ( $\phi$ -критерий = 0,025;  $p < 0,05$ ) отличается от Группы 3, где имеется несогласованность сведений. Другие сравнения не дают достоверных результатов. Сравнение Групп 5,6,7 между собой (группы, где имеется сочетание двух из трех значимых факторов) по соотношению случаев с завершенной и незавершенной диагностикой не дает достоверных результатов.

Таким образом, смоделированные (в зависимости от степени надежности источников, согласованности/несогласованности объективного, субъективного анамнезов и собственных наблюдений) диагностические ситуации позволили выявить причины и факторы, которые приводят к затруднениям при проведении клинической диагностики.

Анализ данных ситуаций показал, что одной из причин усложнения психопатологической диагностики является «атипизм», который привносит в выявляемую клиническую картину дополнительные признаки, выходящие за рамки диагностического стандарта, т.е. наблюдается *«расширение спектра диагностических критериев»*.

Другой причиной усложнения клинической диагностики является отсутствие однозначной и исчерпывающей информации о психическом состоянии подэкспертного. Либо наблюдается *«недостаточность диагностических критериев»*, когда отсутствуют клинически надежные данные, а недостаток информации не может быть восполнен в ходе исследования. Либо отмечается *«несогласованность диагностических критериев»*, когда имеется противоречивая информация в источниках одного уровня клинической надежности.

Наличие таких факторов как «расширение спектра», «недостаточность» и «несогласованность» диагностических критериев увеличивает количество диагностических гипотез, определяет необходимость проведения дифференциальной диагностики и дополнительного клинико-динамического анализа с учетом всех источников разного уровня «надежности», а также достоверно увеличивает число случаев диагностики психических расстройств, которые нельзя отнести к рубрике с однозначным и специфичным набором диагностических признаков.

Вышеназванные факторы объективно характеризуют процесс клинической диагностики вне зависимости от личности диагноста или действующего диагностического стандарта, т.е. пригодны для использования в качестве объективных критериев оценки клинической сложности судебно-психиатрических экспертиз.

Герменевтический подход к клинической диагностике в сочетании с теоретическими представлениями о «клинической надежности» сведений и «атипичности» симптоматики позволяет выявить особенности клинико-динамического анализа в зависимости от наличия перечисленных факторов.

Образовавшиеся «лакуны» компенсируются поэтапно, то есть в соответствии с определенным алгоритмом. Вначале – обусловленные недостаточностью диагностических критериев (первый этап). Затем – обусловленные несогласованностью критериев (второй этап). Далее – обусловленные расширением спектра диагностических критериев (третий этап).

### 3.2 Влияние факторов клинической сложности на время формулирования, согласование и оформление выводов

Для проверки гипотезы, что выявленные факторы клинической сложности увеличивают время, затрачиваемое экспертом на формулирование, согласование и оформление выводов проведено сравнение Группы 1 (52 случая), где отсутствуют факторы клинической сложности и объединенной группой (164 случая), где встречаются факторы клинической сложности (Группы с 2 по 8). Сравнялось среднее время, затрачиваемое на формулирование, согласование и оформление выводов. Результаты сравнения представлены в Таблице 4.

Таблица 4 - Влияние клинической сложности на время, затрачиваемое экспертом на формулирование выводов

Среднее время на формулирование выводов		Достоверность
Группа 1 n=52	Объединенная группа (Группы 2-8) n=164	
60 (60÷90)	150 (110÷180)	p<0,001*
Примечания 1 n - количество наблюдений 2 * - достоверные различия		

Наличие факторов «клинической сложности» достоверно (в 2,5 раза) увеличивало время на формулирование экспертных выводов, что подтверждает влияние данных факторов на основной показатель сложности.

Для определения того, в какой мере тот или иной фактор, а также их сочетания влияют на основной показатель сложности, необходимо сравнить с

Группой 1, другие группы (с Группы 2 по Группу 8). Сравнялось среднее время, затрачиваемое на формулирование, согласование и оформление выводов. Результаты сравнения представлены в Таблице 5.

Таблица 5 - Влияние факторов клинической сложности на время, затрачиваемое экспертом на формулирование выводов

Время в минутах				
Группа с указанием количества наблюдений	Факторы клинической сложности, характеризующие группу	Среднее время на формулирование выводов	Кратность увеличения анализируемого времени	Достоверность
Группа 2 n=31	Расширение спектра критериев	90 (60÷90)	1,5	p<0,05*
Группа 3 n=23	Несогласованность критериев	150 (120÷180)	2,5	p<0,001*
Группа 4 n=10	Недостаточность критериев	120 (90÷150)	2	p<0,001*
Группа 5 n=24	Сочетание расширения спектра и несогласованности критериев	150 (120÷180)	2,5	p<0,001*
Группа 6 n=8	Сочетание недостаточности и расширения спектра критериев	135 (120÷180)	2,25	p<0,001*
Группа 7 n=7	Сочетание недостаточности и несогласованности критериев	180 (150÷180)	3	p<0,001*
Группа 8 n=61	Сочетание расширения спектра, недостаточности и несогласованности критериев	180 (180÷360)	3	p<0,001*
Примечания				
1 Сравнение проводилось с Группой 1				
2 * - достоверные различия				

По сравнению с ситуацией, в которой факторы клинической сложности отсутствуют (Группа 1), время, затрачиваемое на формирование выводов, достоверно увеличивается: при наличии «расширения спектра диагностических критериев» в 1,5 раза (Группа 2); при выявлении «недостаточности» диагностических критериев в 2 раза (Группа 4); если имеется

«несогласованность» диагностических критериев в 2,5 раза (Группа 3). Анализируемое время также достоверно увеличивается в 2,25 раза при комбинации «недостаточности» и «расширения спектра» диагностических критериев (Группа 6). В 2,5 раза в случае сочетания «расширения спектра» и «несогласованности» диагностических критериев (Группа 5). В 3 раза при комбинации «недостаточности» и «несогласованности» диагностических критериев (Группа 7) или сразу всех факторов клинической сложности (Группа 8).

Наибольшее значение имеет «несогласованность» клинических критериев. Меньшее, но существенное значение имеет «недостаточность» сведений. Наименьшее значение имеет «расширение спектра» диагностических критериев. Также имеет значение сочетание нескольких вариантов. Особенно значимы комбинации «несогласованности» диагностических критериев с другими вариантами. Тенденция увеличения времени на формулирование выводов, в зависимости наличия факторов клинической сложности проиллюстрирована на Рисунке 1.

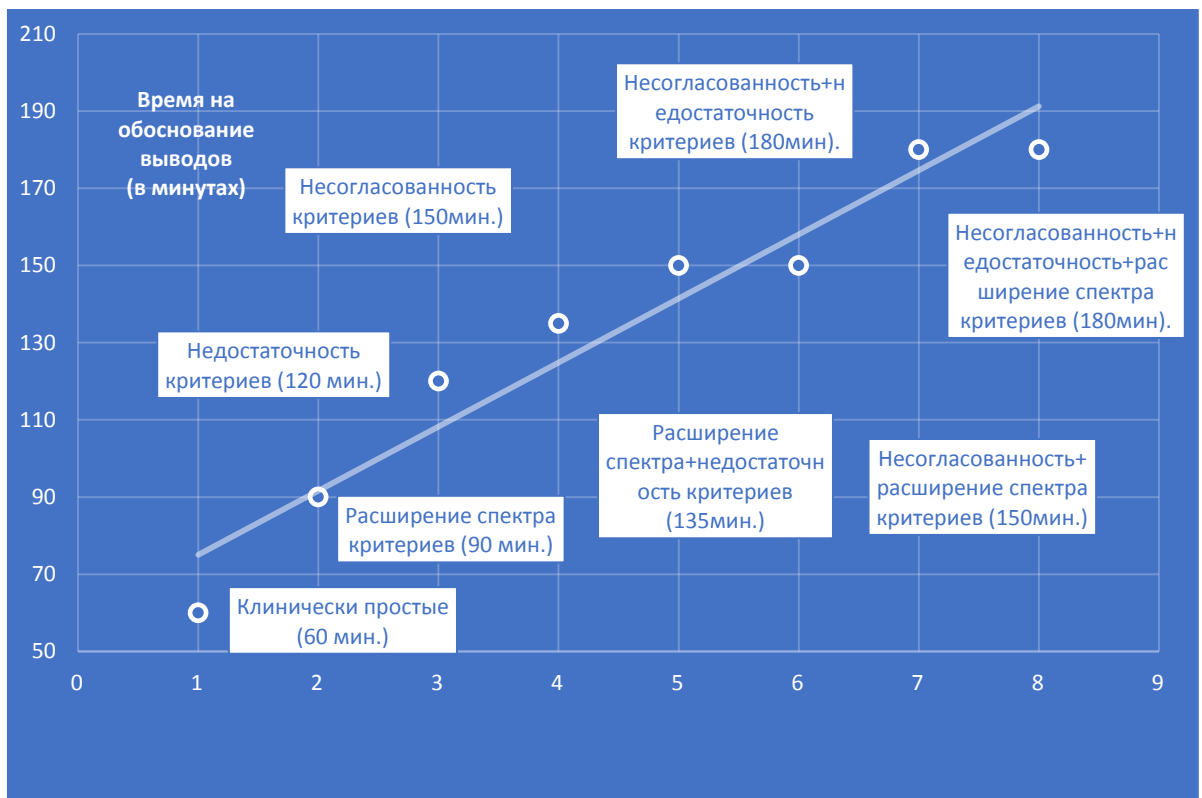


Рисунок 1

Проведенное исследование подтверждает влияние факторов клинической сложности на основной показатель сложности СПЭ во всей выборке. Однако влияние данных факторов может быть различно в СПЭ по гражданским и уголовным делам. Для этого необходимо отдельно проанализировать влияние расширения спектра, недостаточности и несогласованности диагностических критериев на время формулирования выводов в СПЭ по гражданским и уголовным делам.

**СПЭ по гражданским делам.** Проведено сравнение Группы 1 (43 случая), где отсутствуют факторы клинической сложности и объединенной группой (96 случаев), где встречаются факторы клинической сложности (Группы с 2 по 8), в выборке из СПЭ по гражданским делам. Сравнялось время, затрачиваемое на формулирование, согласование и оформление выводов. Результаты сравнения представлены в Таблице 6.

Таблица 6 - Влияние клинической сложности на время, затрачиваемое на формулирование выводов по гражданским делам Время в минутах

Среднее время на формулирование выводов		Достоверность
Группа 1 n=43	Объединенная группа (Группы 2-8) n=96	
60(45÷60)	150 (90÷300)	p<0,001*
Примечания 1 n - количество наблюдений 2 * - достоверные различия		

Наличие факторов клинической сложности достоверно (в 2,5 раза) увеличивало время на формулирование экспертных выводов, что подтверждает влияние данных факторов на основной показатель сложности для СПЭ по гражданским делам.

Для определения того, в какой мере тот или иной фактор, а также их сочетание влияют на основной показатель сложности, необходимо сравнить каждую из выделенных групп (с Группы 2 по Группу 8) с Группой 1. Результаты сравнения представлены в Таблице 7.

Таблица 7 - Влияние факторов клинической сложности на время, затрачиваемое на формулирование выводов для СПЭ по гражданским делам

Время в минутах

Группа с указанием количества наблюдений	Факторы клинической сложности, характеризующие группу	Среднее время на формулирование выводов	Кратность увеличения анализируемого времени	Достоверность
Группа 2 n=28	«Расширение спектра» критериев»	90 (60÷90)	1,5	p<0,05*
Группа 3 n=7	«Несогласованность критериев»	180 (120÷180)	3	p<0,001*
Группа 4 n=4	«Недостаточность критериев»	105 (90÷125)	1,75	p<0,001*
Группа 5 n=3	Сочетание «расширения спектра» и «несогласованности» критериев	180 (150÷225)	3	p<0,001*
Группа 6 n=4	Сочетание «недостаточности» и «расширения спектра» критериев	120 (100÷120)	2	p<0,001*
Группа 7 n=3	Сочетание «недостаточности» и «несогласованности» критериев	225 (150÷225)	3,75	p<0,001*
Группа 8 n=47	Сочетание «расширения спектра», «недостаточности» и «несогласованности» критериев	240 (180÷360)	4	p<0,001*
Примечания				
1 Сравнение проводилось с Группой 1				
2 * - достоверные различия				

По сравнению с ситуацией, в которой клиническая сложность отсутствует (Группа 1) время, которое эксперт затрачивает на обоснование и согласование выводов достоверно увеличивается: в 1,5 раза при наличии только «расширения спектра диагностических критериев» (Группа 2); в 1,75 раза, если выявляется только «недостаточность» диагностических критериев (Группа 4); в 2 раза в случае комбинации «недостаточности» и «расширения спектра» диагностических критериев (Группа 6); в 3 раза, если имеется только «несогласованность» диагностических критериев (Группа 3), а также, если имеется сочетание



«расширения спектра» и «несогласованности» диагностических критериев» (Группа 5); 3,75 раза в случае сочетания «недостаточности» и несогласованности» диагностических критериев (Группа 7); в 4 раза, если имеется сочетание сразу всех факторов клинической сложности (Группа 8).

Таким образом, для СПЭ по гражданским делам также характерно разное влияние факторов клинической сложности на время формулирования, согласования и оформления выводов. Наибольшее значение имеет «несогласованность» клинических критериев. Меньшее, но существенное значение имеет «недостаточность» сведений. Наименьшее значение имеет «расширение спектра» диагностических критериев. Также имеет значение сочетание нескольких вариантов. Особенно значимы комбинации «несогласованности» диагностических критериев с другими вариантами.

Тенденция увеличения времени на обоснование и согласование выводов в зависимости наличия факторов «клинической сложности» для СПЭ по гражданским делам проиллюстрирована на Рисунке 2.

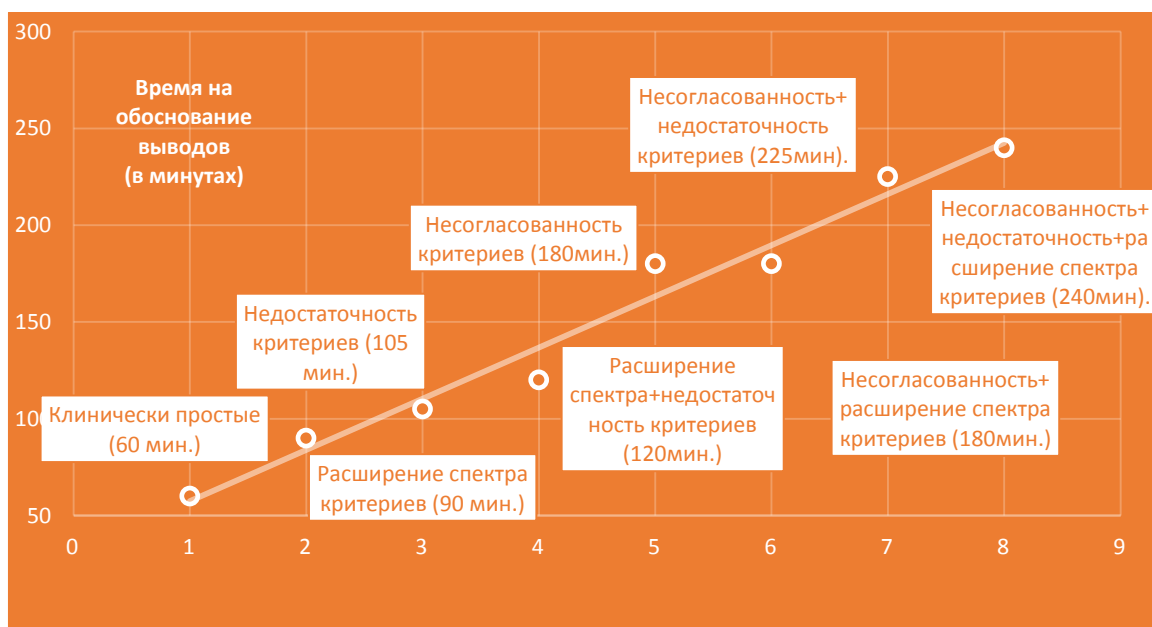


Рисунок 2

Проведенное исследование подтверждает влияние факторов клинической сложности на основной показатель сложности для СПЭ по гражданским делам.

**СПЭ по уголовным делам.** Сравнение Группы 1 (9 случаев), где отсутствуют факторы клинической сложности и объединенной группой (68 случаев), где встречаются факторы клинической сложности (Группы с 2 по 8), в выборке из СПЭ по уголовным не показало достоверных различий ( $p \geq 0,05$ ).

При сравнении времени, затрачиваемого на формулирование, согласование и оформление выводов в Группях 2-8 с Группой 1 получены результаты, представленные в Таблице 8.

Таблица 8 - Влияние диагностических критериев на время, затрачиваемое на формулирование выводов для СПЭ по уголовным делам

Время в минутах				
Группа с указанием количества наблюдений	Факторы клинической сложности, характеризующие группу	Среднее время на формулирование выводов	Кратность увеличения анализируемого времени	Достоверность
Группа 2 n=3	«Расширение спектра» критериев»	90 (90÷90)	0,75	$p \geq 0,05$
Группа 3 n=16	«Несо согласованность критериев»	120 (120÷160)	1	$p \geq 0,05$
Группа 4 n=6	«Недостаточность критериев»	135 (90÷195)	1,125	$p \geq 0,05$
Группа 5 n=21	Сочетание «расширения спектра» и «несо согласованности» критериев	150 (100÷170)	1,25	$p < 0,05^*$
Группа n=4	Сочетание «недостаточности» и «расширения спектра» критериев	150 (120÷260)	1,25	$p < 0,05^*$
Группа n=4	Сочетание «недостаточности» и «несо согласованности» критериев	150	1,25	Недостаточно случаев
Группа 8 n=14	Сочетание «расширения спектра», «недостаточности» и «несо согласованности» критериев	180 (150÷180)	1,5	$p < 0,05^*$
Примечания				
1 Сравнение проводилось с Группой 1				
2 * - достоверные различия				

Проведенное сравнение для СПЭ по уголовным делам показывает, что выявленные факторы клинической сложности также имеют влияние на время обоснования и согласования выводов. Вместе с тем, данное влияние выражено в меньшей степени. Кроме того, имеет значение только сочетание нескольких факторов сложности, что дает увеличение анализируемого времени в 1,25-1,5 раза.

### **3.3 Ранжирование клинической сложности по гражданским и уголовным делам**

Различия в характере и степени влияния факторов клинической сложности на время обоснования и согласования выводов в СПЭ по гражданским и уголовным делам определяют необходимость формирования разного подхода к определению сложности клинической диагностики.

*СПЭ по гражданским делам.* Ранее было показано, что Группа 1 достоверно отличаются от прочих групп по времени обоснования и согласования выводов. Анализируемое время в данной группе является минимальным и может быть принято за единицу (=1), а данная группа может быть обозначена как «клинически простая». Проверка устойчивости хроноряда в Группе 1 показывает, что  $Ku.факт. \text{ хроноряда} \leq 3$  (75мин./30мин. =2,5), то есть хроноряд является устойчивым.

Группа 2, где имеется только «расширение спектра критериев» (28 случаев) достоверно ( $p < 0,05$ ) отличается от прочих групп (Группы 3-8). Время на обоснование и согласование выводов составляет 90 (60÷90) мин., что **в 1,5 раза** превышает показатели в Группе 1.  $Ku.факт. \text{ хроноряда} \leq 3$  (90 мин./65 мин. = 1,3) то есть хроноряд является устойчивым.

Группа 4, где встречается только «недостаточность» критериев, и Группа 6, где отмечается сочетание «недостаточности» и «расширения спектра» критериев, достоверно не отличаются между собой ( $p \geq 0,05$ ). При объединении Группы 4 и Группы 6 в единую группу (8 случаев), где имеется «недостаточность» критериев

и отсутствует их «несогласованность», время на обоснование и согласование выводов составляет 120 ( $90 \div 120$ ) мин, что **в 2 раза** превышает показатели в Группе 1. Данная объединенная группа достоверно отличаются ( $p < 0,05$ ) от прочих Групп (1,2,3,5,7,8). Ку.факт. хроноряда в данной объединенной группе  $\leq 3$  ( $130/90 = 1,4$ ) т.е. хроноряд является устойчивым.

Группа 3, где встречается только «несогласованность» критериев и Группа 5, где имеется сочетание «несогласованности» и «расширения спектра» критериев, достоверно не отличаются между собой ( $p \geq 0,05$ ). При объединении Группы 3 и Группы 5 в единую группу (10 случаев), где имеется «несогласованность» критериев, но отсутствует их «недостаточность», время на обоснование и согласование выводов составляет 180 ( $150 \div 240$ ) мин., что **в 3 раза** превышает показатели в Группе 1. Данная объединенная группа достоверно отличаются ( $p < 0,05$ ) от прочих Групп (1,2,4,6,7,8). Ку.факт. хроноряда в данной объединенной группе  $\geq 3$   $420/120 = 3,5$  т.е. хроноряд является недостаточно устойчивым.

Группа 7, где встречается сочетание «несогласованности» и «недостаточности» критериев, и Группа 8, где одновременно присутствуют все факторы клинической сложности («несогласованность», «недостаточность» и «расширение спектра» диагностических критериев), достоверно ( $p \geq 0,05$ ) не отличаются между собой и достоверно ( $p < 0,05$ ) отличаются от других подгрупп. При объединении данных Групп в единую группу (50 случаев), где имеется одновременно «несогласованность» и «недостаточность» критериев, время на обоснование и согласование выводов составляет 240 ( $180 \div 360$ ) мин, что **в 4 раза** превышает показатели в Группе 1. Данная объединенная группа достоверно отличаются ( $p < 0,05$ ) от прочих Групп (1,2,3,4,5,6). Ку.факт. хроноряда в данной объединенной группе  $\geq 3$  ( $600/180 = 3,3$ ) т.е. хроноряд является недостаточно устойчивым.

Полученные данные позволяют выделить пять групп сложности СПЭ по гражданским делам, а также ввести «коэффициент сложности», отражающий

кратность увеличения времени на обоснование и согласование выводов (клинической показатель сложности). Результаты представлены в Таблице 9.

Таблица 9 - Группы клинической сложности для СПЭ по гражданским делам.

Группа сложности	Признаки группы	Коэффициент сложности
Простые СПЭ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностируется одного психического расстройства с «типичным» набором диагностических критериев</li> <li>• Отсутствуют факторы клинической сложности</li> </ul>	1
СПЭ с незначительным усложнением	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностируется нескольких психических расстройств или одного психического расстройства с дополнительными симптомами (расширение спектра критериев)</li> <li>• Отсутствует недостаточность и несогласованность диагностических критериев</li> </ul>	1,5
Умеренно сложные СПЭ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностируется одного или несколько психических расстройств, при наличии недостаточности диагностических критериев</li> <li>• Отсутствует несогласованность диагностических критериев</li> </ul>	2
Сложные СПЭ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностируется одного или нескольких психических расстройств, при наличии несогласованности диагностических критериев</li> <li>• Отсутствует недостаточность диагностических критериев</li> </ul>	3
СПЭ повышенной сложности	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностируется одного или нескольких психических расстройств и выявляется сочетание несогласованности и недостаточности диагностических критериев</li> </ul>	4

Предварительный характер такого разделения на группы сложности определяется тем, что при проведении СПЭ возможно наличие иных значимых факторов, которые могут влиять «сложность» СПЭ. Наличие других значимых факторов косвенно подтверждает то, что в ряде выделенных групп коэффициент устойчивости хроноряда ( $K_{у.факт.} = T_{max}/T_{min}$ ) не достигает нормативного.

**СПЭ по уголовным делам.** Группы 2,3,4, где имелся только один из факторов клинической сложности, достоверно не отличаются между собой ( $p \geq 0,05$ ). При объединении данных групп (25 случаев) анализируемое время составляло 120 (90÷160) мин. Достоверных различий с Группой 1 не установлено ( $p \geq 0,05$ ).

Группы 5,6,7, где имелось сочетание двух любых факторов клинической сложности, достоверно не отличаются между собой ( $p \geq 0,05$ ). При объединении данных групп (29 случаев) анализируемое время составляло 150 (100÷180) мин. То есть наличие одновременно двух из трех вариантов «атипичности» достоверно ( $p < 0,05$ ) в **1,25 раза** увеличивало время на формулирование, согласование и оформление выводов в сравнении с «клинически простыми» случаями. Данная объединенная группа достоверно отличаются ( $p < 0,05$ ) от прочих Групп (1,2,3,4,8). Ку.факт. хроноряда в данной объединенной группе  $\geq 3$  ( $280/90=3,1$ ) т.е. хроноряд является недостаточно устойчивым.

В Группе 8, где отмечалось сочетание всех вариантов «атипичности» (14 случаев), анализируемое время составляло 180 (150÷180) мин., то есть достоверно ( $p < 0,05$ ), в **1,5 раза** увеличивалось время на обоснование и согласование выводов. При этом данная группа достоверно ( $p < 0,05$ ) отличалась не только от Группы 1, но и от прочих групп (Группы,2,3,4,5,6,7). Ку.факт. хроноряда в данной объединенной группе  $\geq 3$  ( $300/90=3,3$ ), т.е. хроноряд является недостаточно устойчивым.

Несмотря на то, что сложность СПЭ по уголовным делам в меньшей степени зависит от сложности клинической диагностики, полученные результаты позволяют выделить три группы сложности СПЭ по гражданским делам, а также ввести «коэффициент сложности», отражающий кратность увеличения времени на обоснование и согласование выводов (клинической показатель сложности). Результаты представлены в Таблице 10.

Таблица 10 - Группы клинической сложности для СПЭ по уголовным делам.

Группа сложности	Признаки группы	Коэффициент сложности
Простые СПЭ	Наличие не более одного фактора клинической сложности при диагностике психического расстройства	1
СПЭ с незначительным усложнением	Наличие не более двух факторов клинической сложности при диагностике психического расстройства	1,25
Сложные СПЭ	Наличие всех трех факторов клинической сложности, при диагностике психического расстройства	1,5

Предварительный характер такого разделения на группы сложности определяется тем, что при проведении СПЭ возможно наличие иных значимых факторов, которые могут влиять на сложность СПЭ. Наличие других значимых факторов косвенно подтверждает то, что в ряде выделенных групп коэффициент устойчивости хроноряда ( $K_{у.факт.} = T_{max}/T_{min}$ ) превышает нормативный.

### 3.4 Констатация психического здоровья и сложность клинической диагностики

Во всей выборке в 24 случаях (дополнительная группа) психическое расстройство на юридически значимый период времени не было диагностировано. Для оценки клинической сложности СПЭ необходимо также определить влияние диагностического решения об отсутствии психической патологии на время формулирования, согласования и оформления выводов.

Для этого необходимо сравнить дополнительную группу (Группа 0), где исключается наличие психического расстройства с клинически простыми случаями (Группа 1). Результаты сравнения представлены в Таблице 11.

Таблица 11 - Влияние отсутствия психического расстройства на время, затрачиваемое на формулирование выводов.

СПЭ	Среднее время на формулирование выводов		Достоверность
	Группа 1 «Клинически простые»	Группа 0 «Без психических расстройств»	
Во всей выборке	60(60÷90) (n=52)	150(110÷180) (n=24)	p<0,001*
По гражданским делам	60(45÷60) (n=43)	150(150÷300) (n=12)	p<0,001*
По уголовным делам	120 (95÷150) (n=9)	120 (90÷170) (n=12)	p≥0,05
Примечания			
1 n - количество наблюдений			
2 * - достоверные различия			

Проведенный анализ показывает, что отсутствие психического расстройства у подэкспертного не является фактором, упрощающим клиническую диагностику и сокращающим время, затрачиваемое на обоснование выводов.

Для СПЭ по гражданским делам в случае исключения психического расстройства (Группа 0) у подэкспертного в 2,5 раза увеличивает время на формулирование, согласование и оформление экспертных выводов (в сравнении с Группой 1).

Анализ данных случаев (Группа 0) показал, что вывод об отсутствии критериев, необходимых для диагностики расстройства в СПЭ по гражданским делам формулируется при наличии противоречивости сведений, как и в Группе 3, где имеется несогласованность диагностических критериев.

При сравнении Группы 0 для СПЭ по гражданским делам с Группой 3 (несогласованность диагностических критериев) и Группой 5 (сочетание несогласованности и расширение спектра диагностических критериев) достоверных различий не определяется ( $p \geq 0,05$ ). При этом Группа 0 для СПЭ по гражданским делам достоверно ( $p < 0,05$ ) отличается от прочих групп (Группы 2,4,6,8).

То есть исключение психической патологии в рамках СПЭ по гражданскому делу может быть отнесено к группе «клинически сложных» СПЭ, связанных с наличием несогласованности диагностических критериев.

Для СПЭ по уголовным делам исключение психической патологии сопоставимо с клинической диагностикой при отсутствии каких-либо усложняющих факторов, т.е. может относиться к «простым» диагностическим ситуациям.

**Таким образом,** смоделированы ситуации, в которых отмечены диагностические затруднения. Выявлены причины возникновения затруднений в диагностике и факторы «клинической сложности», влияющие на время трудозатраты экспертов. Показано значение данных факторов для определения сложности СПЭ по уголовным и гражданским делам.



## ГЛАВА 4

### ЭКСПЕРТНАЯ СЛОЖНОСТЬ

#### 4.1 Факторы экспертной сложности

Прежде чем приступить к анализу эмпирического материала, необходимы некоторые предварительные пояснения. Прежде всего, требуется ясно представлять те характеристики, которым должны соответствовать факторы, усложняющие принятие экспертного решения.

Во-первых, эти факторы должны отражать «объективную сложность» СПЭ и не зависеть от уровня подготовки, стажа, опыта, пола и возраста, а также других персональных качеств эксперта.

Во-вторых, искомые факторы должны отражать юридически значимые клинико-динамические характеристики психического расстройства или логики обоснования вывода, а не собственно диагностические критерии.

В-третьих, факторы «экспертной сложности» должны носить экспертно-методологический, а не правовой характер. Другими словами, должны отражать процесс соотнесения медицинского и юридического критериев правовых норм, а не правоотношения, в которые вступил подэкспертный или его процессуальный статус.

В-четвертых, факторы «экспертной сложности» должны быть выводимы из конкретных эмпирических наблюдений и в тоже время обладать универсальностью. То есть отражать общие методологические закономерности, а не особенности соотнесения медицинского критерия с каким-то одним экспертным понятием.

Следует отметить, что для выявления критериев «экспертной сложности» в анализируемую группу могут входить только экспертные случаи, в которых наличие психического расстройства установлено. Это определяется тем, что в случае отсутствия достаточных критериев для диагностики психической патологии дальнейшее соотнесение медицинского и юридического критериев не

предполагается, и компетенция судебно-психиатрического эксперта будет исчерпана. Таким образом, в анализируемую группу войдут 216 случаев (основная группа).

Содержание юридических критериев в СПЭ по уголовным и гражданским делам значительно отличается, поэтому при проверке исследовательской гипотезы о том, что сложность СПЭ может зависеть от трудностей соотнесения медицинского и юридического критериев целесообразно отдельно проводить анализ эмпирического материала для СПЭ по гражданским делам (139 случаев) и уголовным делам (77 случаев). Кроме того, результаты исследования клинической сложности (Глава 3) уже показали различия в значении факторов сложности для СПЭ уголовном и гражданском процессе, что предопределяет различия, при выделении групп сложности.

***Факторы экспертной сложности по гражданским делам.*** Для выявления факторов экспертной сложности группы для сравнения формировались на основе предложенных Д.Н.Корзуном и А.А.Ткаченко (2013-2016) психопатологических механизмов («расстроенное сознание», «недостаточность интеллектуально-мнестических функций», «дезинтеграция психической деятельности», «психопродуктивные переживания», «нарушение волевой регуляции»), действующих на смысловом и операционально-техническом уровнях и на разных этапах принятия юридически значимого решения («представления о решаемой задаче», «оценка последствий и рисков», «выбор альтернатив», «реализация решения»).

В зависимости от ведущего психопатологического синдрома, потенциально определяющего юридическое значение психической патологии и значимые психопатологические механизмы, все анализируемые случаи разделены на 3 группы. В каждой группе выделялись подгруппы, отражающие значимые клинико-динамические особенности. В выделенных группах и подгруппах сравнивалось время, затраченное экспертом на формулирование, согласование и оформление выводов (основной показатель сложности). Кроме того, учитывалось количество случаев, когда диагностика психического расстройства проводилась,

однако однозначная оценка его юридической релевантности не давалась (формулировка выводов в вероятностной, условной или альтернативной форме, а также отказ дачи заключения).

*В первую группу* включены 59 наблюдений, в которых ведущими расстройствами в клинической картине являлись когнитивные нарушения разной степени выраженности, и необходимо было доказывать или исключать наличие психопатологического механизма, обусловленного недостаточностью интеллектуально-мнестических функций.

В данной группе выделено три подгруппы. *В первую* включены 32 наблюдения, когда диагностировались грубые нарушения интеллекта и памяти, нарушающие представление о решаемой задаче и исключающие возможность саморегуляции (например, в случае деменции делался вывод о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими).

*Во вторую подгруппу* включены 18 случаев умеренных интеллектуально-мнестических нарушений, не влияющих на представление о решаемой задаче, однако затрудняющих оценку последствий действий и оценку рисков поведения, что и определяло вывод о нарушении или ограничении саморегуляции (например, при диагностике органического расстройства личности с умеренными когнитивными нарушениями, делался вывод о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими).

*В третью подгруппу* включены 9 случаев легких интеллектуально-мнестических нарушений, когда имелись когнитивные нарушения, которые не нарушали возможность саморегуляции, т.е. расценивались как легкие (например, при легком когнитивном расстройстве делался вывод о сохранной способности понимать значение своих действий и руководить ими).

Результаты сравнения подгрупп в Группе 1, отражающие затраты времени на формулирование, согласование и оформление выводов при разной степени выраженности интеллектуально-мнестических нарушений, выделяемых в качестве ведущего синдрома, представлены в Таблице 12.

Таблица 12 - Затраты времени на формулирование выводов для СПЭ по гражданским делам при разной степени выраженности интеллектуально - мнестических нарушений

Показатель	Время в минутах		
	Грубые нарушения интеллекта и памяти (n=32)	Умеренные нарушения интеллекта и памяти (n=18)	Легкие нарушения интеллекта и памяти (n=9)
Время на обоснование выводов	60 (45÷120)	180 (120÷360)*	90 (45÷120)
Примечания			
1	n - количество наблюдений		
2	* - достоверные различия, p<0,05		

Достоверных различий между первой и третьей подгруппами (грубые и легкие нарушения интеллекта и памяти) по затратам времени на формирование выводов установлено не было ( $p \geq 0,05$ ). При этом в указанных подгруппах экспертное решение было сформировано однозначно и категорично в 100% случаев.

Во второй подгруппе (умеренных интеллектуально - мнестических нарушений) затраты времени на формулирование выводов достоверно ( $p < 0,05$ ) были в 2-3 раза больше, чем в других подгруппах. Кроме того, именно в этой подгруппе встречались случаи (22%, n=4), когда однозначное экспертное решение не было вынесено, несмотря на проведенную клиническую диагностику.

То есть, необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных нарушений затрудняет процесс обоснования выводов.

**Клинический пример 11:** Подэкспертный Ч. Посмертная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза по признанию сделки недействительной. Известно, что обучался в общеобразовательной школе, в армии не служил, работал механизатором, проживал с матерью. По характеру был робкий. Женат не был. После серии ишемических инсультов в возрасте 55 лет отмечались астенические симптомы (головные боли, головокружение, шум в голове слабость), выявлялась вязкость мышления. При этом отмечалось, что не мог сообщить анамнез из-за снижения памяти. Когнитивные нарушения оценивались

как умеренные (не достигающие уровня деменции). Кроме того, в это время ухаживал за соматически больной матерью, вел дневник, где записывал покупки и отмечал прием лекарств, «чтобы не забыть». В характеристиках с места жительства отмечалась зависимость от мнения матери. Вслед за матерью вступил в неорелигиозную организацию. Психиатром диагностировано «органическое расстройство личности». Постоянно отмечались обстоятельность и конкретность мышления, умеренное снижение памяти и интеллекта, снижение круга интересов. Периодически отмечалась эмоциональная лабильность с вспышками агрессии, застреваемость на негативных эмоциональных переживаниях, подозрительность в сочетании с доверчивостью и подчиняемостью матери. Из материалов дела известно, что вскоре после смерти матери Ч. вступив в наследство, сразу подарил квартиру неорелигиозной организации, в которой состоял. При этом оформлением документации занимались юристы данной организации. Психиатр отмечал, что Ч. приходил за справкой о том, что он «все понимает», однако назначение данной справки пояснить не мог. После дарения квартиры Ч. был переселен в религиозную общину, а в его квартире проживали другие члены религиозной организации. Пояснения сторон и свидетелей противоречивы в оценках выраженности снижения памяти. Однако, как истцы, так и ответчики отмечают его «послушность» матери, а затем религиозной организации. В данном случае, при наличии высоконадежного источника данных (записи психиатра за много лет наблюдения, содержащие описания симптоматики, поддающиеся клинической интерпретации в соответствии с действующим стандартом диагностики) эксперты сделали вывод о наличии у Ч. «Расстройства личности в связи с сосудистым заболеванием головного мозга». При этом ведущим синдромом в клинической картине были предметные когнитивные нарушения. Однако, их наличие само по себе не предопределяет вывод о неспособности понимать значение свои действий, поскольку когнитивные нарушения не нарушали представления о задаче. В обосновании решения психиатры совместно с экспертом психологом отметили, что ограниченность интеллектуальных ресурсов в сочетании с недостаточностью критических способностей, а также

чертами психологической зависимости обусловили невозможность всесторонней оценки ситуации и оценку последствий своих действий. Эксперты пришли к совместному интегративному выводу, что Ч. не мог понимать значение своих действий и руководить ими.

Здесь эксперты, завершив клиническую диагностику, не могли дать экспертной оценки исходя только из выявленного ведущего синдрома, и вынуждены были учитывать совокупность всех клинических признаков, психологических особенностей и конкретной ситуации. Однозначность экспертной оценки в данном случае обусловлена комплексным характером исследования.

*Во вторую группу* включены 49 наблюдений, когда ведущими в клинической картине являлись волевые нарушения разной степени. В этих случаях необходимо было доказывать или исключать наличие психопатологического механизма, обусловленного нарушением волевой регуляции поведения.

В данной группе также можно выделить три подгруппы. *В первую* включены 14 случаев, когда имелись грубая патология волевой сферы, сопровождающаяся невозможностью осуществления контроля за своим поведением и нарушающая способность реализации юридически значимого решения (например, диагностирована остаточная шизофрения с выраженным волевым дефектом и сделан вывод о неспособности руководить своими действиями).

*Во вторую подгруппу* включены 27 наблюдений, когда волевая регуляция полностью или частично нарушалась на этапе «выбора альтернатив», однако, не нарушалась возможность реализации принятого решения. Условно можно обозначить данную группу как «умеренные» нарушения волевой регуляции (например, диагностировано органическое расстройство личности с ведущими волевыми расстройствами и сделан вывод о неспособности руководить своими действиями).

В третью подгруппу включены 8 случаев, когда имелись отдельные нарушения волевого процесса, которые, однако, не нарушали возможность саморегуляции поведения (например, диагностировано органическое расстройство личности с эпизодическими вспышками агрессии, элементами пресыщаемости, при сохранной способности руководить своими действиями).

Результаты сравнения подгрупп в Группе 2, отражающие затраты времени на формулирование, согласование и оформление выводов при разной степени волевых нарушений, выделяемых в качестве ведущего синдрома представлены в Таблице 13.

Таблица 13 - Затраты времени на обоснование выводов для СПЭ по гражданским делам при разной степени волевых нарушений

Показатель	Время в минутах		
	Грубые нарушения волевой регуляции (n=14)	Умеренные нарушения волевой регуляции (n=27)	Легкие нарушения волевой регуляции (n=9)
Время на обоснование выводов	90 (60÷120)	180 (150÷360)*	105 (60÷150)
Примечания			
1	n - количество наблюдений		
2	* - достоверные различия, $p < 0,05$		

Достоверных различий между первой и третьей подгруппами (грубые и легкие нарушения волевой регуляции) по затратам времени на формирование выводов установлено не было ( $p \geq 0,05$ ). При этом в указанных подгруппах экспертное решение было сформировано однозначно и категорично в 100% случаев. Во второй подгруппе (умеренных нарушений волевой регуляции) затраты времени на формулирование выводов достоверно ( $p < 0,05$ ) были в 1,7-2 раза больше, чем в других подгруппах. Кроме того, именно в этой подгруппе встречались случаи (23%, n=6), когда однозначное экспертное решение не было вынесено, несмотря на проведенную клиническую диагностику. То есть, необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных волевых нарушений также затрудняет процесс обоснования выводов.

**Клинический пример 12:** Подэкспертный Ж. Посмертная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза о признании завещания недействительным. В распоряжение экспертов была предоставлена непротиворечивая психиатрическая медицинская документация и производственные характеристики. Из данных документов известно, что подэкспертный имел высшее медицинское образование. Работал врачом. С возраста 55 лет на фоне ряда экзогенных вредностей (гипертоническая болезнь с гипертоническими кризами, сахарный диабет) отчетливо проявилась и стойко наблюдалась в дальнейшем астеническая симптоматика (головные боли к вечеру, шум в ушах, головокружение, слабость, метеолабильность), а также нарушение сна. В возрасте 62 лет вынужден был уволиться, т.к. стал раздражительным, постоянно конфликтовал с пациентами и работниками, отмечались вспышки агрессии. После этого продолжал консультировать в частной клинике. Считался хорошим специалистом. Психиатром диагностировано «органическое расстройство личности». Отмечались: сохранный интеллект, выраженная эмоциональная неустойчивость, резкие перемены настроения от ярости до благодушия, агрессивность. С 66 лет к имевшимся симптомам присоединились жалобы на снижение памяти, вязкость мышления, сексуальная расторможенность, «плоский юмор», выраженная пресыщаемость. Отмечались периоды эйфории и дисфории. Снижение интеллекта оценивалось как легкое. Кроме того, психиатром отмечены идеи отношения в адрес родственников непсихотического уровня, импульсивность в принятии решений, избегание ситуаций, требующих усидчивости. В это время продолжал консультировать в медицинском центре. При этом отмечались жалобы пациентов на «хамство» и «неадекватное поведение». Из материалов дела известно, что Ж. в возрасте 67 лет заключил брак с женщиной значительно младше себя по возрасту. Вскоре после регистрации брака Ж. завещал все имущество новой жене, сразу после внезапно возникшей ссоры с родственниками (ситуация конфликта в деле не раскрыта). Пояснения сторон и свидетелей в деле противоречивы. Так, родственники утверждали, что Ж. был психически несостоятелен, что не соответствовало описаниям в



медицинской документации. Жена утверждала, что Ж. был полностью здоров психически, что также не соответствовало данным медицинской документации. Имея описания в психиатрической документации, эксперты без затруднений обнаружили критерии, достаточные для диагностики «Расстройства личности в связи со смешанными заболеваниями». При этом эксперты отметили, что ведущим клиническим синдромом были эмоционально-волевые нарушения. Однако, данные нарушения не определяют вывод о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими. Далее эксперты отметили, что имеется сочетание значимых клинических и психологических факторов, а именно: нарушение эмоционально-волевой регуляции поведения с нарушением способности учитывать социальные ограничения, импульсивность в принятии решения в сочетании с непсихотическими идеями отношения в адрес родственников лишенных наследства с высокой степенью вероятности нарушали способность понимать значение своих действий и руководить. Вероятностный характер решения был связан с неполнотой описания конфликтной ситуации, предшествующей составлению завещания.

Здесь эксперты, также завершив клиническую диагностику, не могли дать экспертной оценки исходя только из выявленного ведущего синдрома и вынуждены были учитывать совокупность всех клинических признаков, психологических особенностей, обозначив также сохраняющуюся информационную лауну, касающуюся ситуации, предшествующей совершению юридических значимых действий.

***В третью группу*** отнесены 38 наблюдений, при которых по разным механизмам нарушается саморегуляция на смысловом уровне.

***В первую подгруппу*** включены 8 случаев, когда выявлялось расстройство сознания, нарушающее формирование представления о задаче (например, признаки состояния спутанности на фоне соматической патологии, нарушающие способность понимать значение своих действий и руководить ими при совершении сделки).

Во вторую включены 9 случаев, когда требовалось обосновывать или исключить дезинтеграцию психической деятельности с нарушением актуализации прошлого опыта (например, диагностировалась шизофрения с грубыми нарушениями ассоциативного процесса и делался вывод о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими).

В третью подгруппу включены 12 случаев, когда требовалось обосновать экспертное решение психопродуктивной симптоматикой с прямой или косвенной мотивацией (например, диагностировалось органическое бредовое расстройство, сделка была совершена под влиянием бредовых идей и сделан вывод о неспособности понимать значение своих действий и руководить ими).

Результаты сравнения подгрупп в Группе 3, отражающие затраты времени на формулирование, согласование и оформление выводов при нарушении саморегуляции в связи с «расстройством сознания», «дезинтеграцией психической деятельности» или «продуктивными психопатологическими переживаниями» представлены в Таблице 14.

Таблица 14 - Затраты времени на формулирование выводов для СПЭ по гражданским делам при нарушении саморегуляции на смысловом уровне

Время в минутах

Показатель	Расстройства сознания (n=8).	Дезинтеграция психической деятельности (n=9).	Продуктивные психопатологические переживания» (n=12)
Время на обоснование выводов	90 (60÷120)	210 (180÷360)*	60 (60÷105)
Примечания			
1	n - количество наблюдений		
2	* - достоверные различия, $p < 0,05$		

Достоверных различий между первой и третьей подгруппами (расстройства сознания и психопродуктивные переживания) по затратам времени на формирование выводов установлено не было ( $p \geq 0,05$ ). При этом в указанных подгруппах экспертное решение было сформировано однозначно и категорично в 100% случаев.

Во второй подгруппе (умеренных нарушений волевой регуляции) затраты времени на формулирование выводов достоверно ( $p < 0,05$ ) были в 2,3-3,5 раза больше, чем в других подгруппах. Кроме того, именно в этой подгруппе встречались случаи (33%,  $n=3$ ), когда однозначное экспертное решение не было вынесено, несмотря на проведенную клиническую диагностику. Следовательно, необходимость обосновывать юридическое значение дезинтеграции психической деятельности также затрудняет процесс обоснования выводов.

**Клинический пример 13:** Подэкспертная Б. Очная судебно-психиатрическая экспертиза о признании договора купли-продажи недействительным. В распоряжение экспертов была предоставлена непротиворечивая психиатрическая медицинская документация, согласно которой у подэкспертной с юношеского возраста возникли и неоднократно выявлялись в дальнейшем расстройства восприятия (слуховые псевдогаллюцинации), бредовые идеи различного содержания, характерные для шизофрении признаки инкогеренции мышления, бедность и неадекватность эмоций. Подэкспертной при оказании специализированной психиатрической помощи была диагностирована параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения. При этом на фоне проводимого лечения отмечалось стойкое состояние неполной ремиссии в течение пяти лет, когда активная психотическая симптоматика отсутствовала, однако сохранялись выраженные нарушения целенаправленности и паралогичность мышления. Подэкспертная ранее являлась инвалидом 2 группы, однако в течение трех лет переосвидетельствования не проходила. Периодически выполняла низкоквалифицированные работы: раздавала рекламу, мыла посуду. Проживала самостоятельно, себя обслуживала, совершала мелкие бытовые сделки. При этом брала потребительские кредиты, якобы «на ремонт». Однако ремонт не делала, деньги тратила на покупку дорогой одежды, не всегда соответствующей своему размеру. Также покупала разные пищевые добавки. При этом могла остаться без средств к существованию. Кредиты частично оплачивали родственники. Продала единственную квартиру посторонним людям «с целью» покупки партии биодобавок для организации бизнеса. После чего пришла к

родственникам, сообщила, что деньги и свои документы отдала «поставщикам», но ей ничего не вернули и товар не дали. В ходе судебного заседания родственниками характеризовалась как «странная». Ответчики указывали, что она самостоятельно ходила и собирала документы для продажи квартиры и получала деньги. В ходе экспертного исследования не выявлено грубого эмоционально-волевого дефекта и психотических симптомов. Вместе с тем выявлены нарушения мышления с некоторой паралогичностью суждений, непоследовательностью и противоречивостью высказываний, опорой на второстепенные признаки при оценке сложных ситуации и принятии решений. Эксперты при наличии надежных источников данных (психиатрическая документация, результаты собственного исследования) легко обнаружили критерии диагностики параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения в состоянии неполной ремиссии. При этом отметили, что, несмотря на отсутствие психотических симптомов и выраженного волевого дефекта в момент совершения сделки, в сочетании с нарушением мышления и недостаточностью критических способностей затрудняли осмысление и критическую оценку сложных социальных ситуаций, поэтому Б. не могла понимать значение своих действий и руководить ими.

Здесь эксперты, завершив клиническую диагностику, для обоснования экспертного решения должны были анализировать поведение подэкспертной в сложных социальных ситуациях, чтобы показать, что, несмотря на состояние ремиссии у подэкспертной имеется нарушение актуализации прошлого опыта и грубо нарушены критические и прогностические способности.

Полученные результаты позволяют считать, что при соотношении медицинского и юридического критериев правовых норм в СПЭ по гражданским делам, экспертная оценка усложняется, если возникает необходимость обосновывать юридическую релевантность психического расстройства при наличии «умеренно выраженных интеллектуально-мнестических нарушений», «умеренно выраженных волевых нарушений» и «дезинтеграции психической деятельности» на этапах «оценки последствий» и «оценки рисков» и «выбора альтернатив».

Во всех случаях клинические характеристики ведущего синдрома таковы, что не позволяют однозначно принять ту или иную экспертную гипотезу. Поэтому требуется дополнительный анализ и учет психопатологических феноменов, помимо ведущего синдрома, а также психологических особенностей и уровня социальной адаптации.

Таким образом, фактором, затрудняющим судебно-психиатрическую оценку психических расстройств, осуществляемую после установления клинического диагноза, является необходимость обоснования нарушения саморегуляции в юридически значимой ситуации не только параметрами ведущего психопатологического синдрома.

Данный фактор отражает только юридически значимые клинические особенности, (т.е. не являются собственно диагностическими критериями) и не носят правовой характер; являются универсальными и применимыми к оценке любой сложности СПЭ вне зависимости используемых экспертных понятий и не связан с личностью и особенностями восприятия эксперта. То есть данный фактор может использоваться в качестве фактора экспертной сложности для СПЭ по гражданским делам.

Установлено, что экспертная сложность зависит от характеристик ведущего психопатологического синдрома. При этом достоверных различий при сравнении подгрупп 2 в Группях 1,2,3 не установлено. Это означает, что необходимость обосновывать юридическую релевантность «умеренно выраженных интеллектуально-мнестических нарушений», «умеренно выраженных волевых нарушений» и «дезинтеграции психической деятельности» в равной мере усложняет вынесение экспертного решения. Поэтому обнаружение любого из перечисленных факторов в СПЭ по гражданским делам означает наличие *«фактора экспертной сложности»*.

***Факторы экспертной сложности по уголовным делам.*** Оценка юридической релевантности психического расстройства на базе представлений о нарушениях саморегуляции (Ткаченко А.А., 2016) позволяло выделить группы на

основе ведущего синдрома (психопатологического механизма) по аналогии со СПЭ по гражданским делам.

Однако, выделенные по данному принципу группы достоверно не различались ( $p \geq 0,05$ ) по времени, затраченному на формулирование, согласование и оформление выводов. Отмечалась только некоторая тенденция к увеличению времени анализируемого времени при наличии умеренно выраженных нарушений психической деятельности. Например, время при необходимости обосновывать юридическое значение грубых волевых нарушений в среднем составляло 90 (60÷150) мин. (4 случая); при обосновании умеренно выраженных волевых нарушений - 120 (90÷180) мин. (7 случаев); при наличии юридически незначимых легких нарушений - 110 (90÷150) мин. (11 случаев). Кроме того, в СПЭ по уголовным делам юридическая релевантность психического расстройства всех случаях оценивалась однозначно.

Все это потребовало поиска другого подхода к определению факторов «экспертной сложности» для СПЭ по уголовным делам. Анализ экспертных заключений показал, что при обосновании экспертного вывода эксперты в ряде случаев пользовались только клиническими аргументами, а в других ситуациях вынуждены были дополнять клиническую аргументацию анализом ситуационных и психологических факторов, чтобы доказать юридическое значение психического расстройства. На основании этого выделены три группы сравнения.

*В первую* включены 39 наблюдений, когда выявлялось юридически значимое психическое расстройство, при этом нарушение саморегуляции на обосновывалось только влиянием психопатологических феноменов. Другими словами, клинических данных (выявление ведущего синдрома) было достаточно, чтобы доказать наличие юридически релевантного психического состояния (например, диагностирована шизофрения, при этом вывод о неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий был обоснован наличием бредовой симптоматики, определяющей патологическую мотивацию криминальной агрессии).

Во вторую группу включены 29 случаев, когда судебно-психиатрический эксперт доказывал наличие юридически релевантного психического расстройства, используя не только клинические аргументы, но и психологические и ситуационные факторы. Другими словами, только выделения ведущего синдрома и клинических аргументов было недостаточно для обоснования экспертного решения (например, было диагностировано органическое расстройство личности, при этом вывод о неспособности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий был обоснован комплексом клинических и психологических факторов).

В третью группу включено 9 случаев, когда при наличии психической патологии, не имело юридического значения (например, диагностировано смешанное расстройство личности с делан вывод о сохранной способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими). Результаты сравнения выделенных групп представлены в Таблице 15.

Таблица 15 - Затраты времени на формулирование выводов для СПЭ по уголовным делам, в зависимости от логики обоснования экспертных решений

Показатель	Время в минутах		
	Обоснование юридической релевантности исключительно клиническими факторами (n=36)	Обоснование юридической релевантности сочетанием клинических, ситуационных и психологических факторов (n=32)	Исключение юридической релевантности расстройства (n=9)
Время на обоснование выводов	110 (60÷120)	180 (150÷240)*	120 (90÷150)
Примечания			
1	n - количество наблюдений		
2	* - достоверные различия, p<0,05		

Достоверных различий между первой и третьей группами по затратам времени на формирование выводов установлено не было ( $p \geq 0,05$ ). Во второй группе затраты времени на формулирование выводов достоверно ( $p < 0,05$ ) были в

1,5-1,6 раза больше, чем в других подгруппах. Следовательно, необходимость обоснования юридического значения психического расстройства совокупностью клинических, ситуационных и психологических факторов затрудняет процесс обоснования экспертного решения.

**Клинический пример 14:** Подэкспертная К. Совершеннолетняя потерпевшая по уголовному делу, по ч. 1 ст. 131 УК РФ. Проведена комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. В распоряжение экспертов предоставлена медицинская карта психиатра, из которой известно, что у подэкспертной, имеющей последствия родовой травмы в виде органического поражения головного мозга и эпилептических приступов (в анамнезе), с детского возраста отмечалась задержка психического развития (в детском саду посещала спец. группу для детей с задержкой развития). В дальнейшем отмечалось недоразвитие психики с интеллектуальной недостаточностью в виде трудностей в формировании навыков чтения, счета и письма (с преимущественным нарушением навыков счета), навыков в использовании бытовыми приборами, примитивностью интересов, примитивностью рассуждений, а также эмоционально-волевой незрелостью и аффективной неустойчивостью. Данные нарушения психики сопровождались школьной и бытовой дезадаптацией, «детскостью» поведения, примитивностью и игровой направленностью интересов. Психиатром устанавливался диагноз: умственную отсталость легкой степени с другими нарушениями поведения в связи с перинатальной травмой. Наличие указанного психического расстройства подтверждалось и при проведении экспертного исследования, выявившего легкую интеллектуальную недостаточность (ОИП=65), конкретность мышления, трудности ориентировки во временных понятиях, несформированность навыков счета, бедность словарного запаса, примитивность суждений, ограниченность интересов, а также недостаточную дифференцированность эмоциональных реакций, склонность к примитивным отказным реакциям и к поспешным ответам. Эксперты указали, что в период совершения в отношении К. противоправных действий, а также в период следствия у подэкспертной не выявлено признаков помрачения сознания,



психотической симптоматики (бред, галлюцинаций, резкого возбуждения или психомоторной заторможенности, кататонических расстройств). Ее действия были целенаправленны, определялись и определяются конкретной ситуацией. Подэкспертная, несмотря на наличие легкой интеллектуальной недостаточности способна устанавливать причинно – следственные связи, ее суждения последовательны, она сохраняет в памяти как текущие, так и прошедшие события, она однотипно давала пояснения о внешней стороне произошедших событий. Поэтому имеющееся у подэкспертной психическое расстройство не лишало ее способности во время совершения в отношении нее противоправных действий и во время следственных действий правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания. Однако, сочетание когнитивной недостаточности и эмоциональной незрелости, а также таких психологических особенностей, как выраженные трудности в принятии решений, неумение самостоятельно найти выход из субъективно сложных ситуаций, подчиняемость и зависимость от мнения доминирующего человека, неустойчивой личностной позицией, недоосмысление значения совершенных в отношении неё действий и недостаточность жизненного опыта могут затруднять возможность подэкспертной хронологически последовательно излагать свои пояснения. Кроме того, данные особенности нарушали её способности оказывать сопротивление.

В данном примере, несмотря на завершенность клинической диагностики и очевидность параметров ведущего синдрома, для обоснования решения эксперту необходимо прибегать к анализу совокупности клинических и психологических факторов, без которых невозможно вынесение обоснованного решения.

Необходимость в ряде случаев обосновать экспертное решение совокупностью клинических, ситуационных и психологических параметров, не связана с личностью и особенностями восприятия эксперта; отражает методологию экспертного решения; являются универсальными, т.е. может рассматриваться как объективный фактор экспертной сложности для СПЭ по уголовным делам. При этом не установлено связи экспертной сложности с характеристиками ведущего психопатологического синдрома.

**Таким образом,** как для СПЭ по уголовным, так и для СПЭ по гражданским делам фактором, затрудняющим судебно-психиатрическую оценку психических расстройств, осуществляемую после установления клинического диагноза, является необходимость обоснования нарушения саморегуляции в юридически значимой ситуации не только параметрами ведущего психопатологического синдрома. Для обоснования решения требуется анализ всей совокупности клинических и психологических особенностей, а также уровня социальной адаптации.

#### 4.2 Группы сложности СПЭ

Для определения сложности СПЭ необходимо учитывать совокупное влияние факторов «клинической сложности» и «экспертной сложности». Учитывая, что выявляются существенные различия при определении клинической и экспертной сложности для СПЭ по уголовным и гражданским делам, формирование групп сложности необходимо проводить отдельно для СПЭ в уголовном и гражданском процессе.

*Группы сложности для СПЭ гражданским делам.* Результаты совокупного влияния факторов «клинической» и «экспертной» сложности на время формулирование, согласование и оформление выводов в СПЭ по гражданским делам представлены в Таблице 16.

Таблица 16 - Влияние факторов клинической и экспертной сложности на время формулирования выводов для СПЭ по гражданским делам Время в минутах

№	Варианты сочетания факторов сложности	Число случаев	Время на формулирование выводов	Кратность увеличения трудозатрат
1	Нет факторов сложности	27	60 (30-60)	1
2	Нет факторов клинической сложности Есть фактор экспертной сложности	16	90 (90-120)	1,5
3	Есть расширение спектра диагностических критериев Нет фактора экспертной сложности	13	90 (60÷90)	1.5

Продолжение таблицы 16

№	Варианты сочетания факторов сложности	Число случаев	Время в минутах	
			Время на формулирование выводов	Кратность увеличения трудозатрат
4	Есть недостаточность диагностических критериев Нет фактора экспертной сложности	4	105 (90÷115)	1,75
5	Есть расширение спектра диагностических критериев Есть фактор экспертной сложности	15	135 (120÷150)	2,25
6	Есть недостаточность диагностических критериев Есть фактор экспертной сложности	4	180 (150÷180)	2,5
7	Есть несогласованность диагностических критериев Нет фактора экспертной сложности	17	150 (150÷180)	2,5
8	Есть несогласованность диагностических критериев Есть фактор экспертной сложности	5	270 (240÷300)	4,5
9	Есть сочетание несогласованности и недостаточности диагностических критериев или всех факторов клинической сложности Нет фактора экспертной сложности	36	240 (180÷270)	4
10	Есть сочетание несогласованности и недостаточности диагностических критериев или всех факторов клинической сложности Есть фактор экспертной сложности.	14	300 (240÷360)	5

В анализируемую группу вошли все случаи СПЭ по гражданским делам (n=151). На основании полученных данных (см. Глава 3) 12 случаев СПЭ по гражданским делам, когда психическая патология исключалась, отнесены к ситуации с «несогласованностью» диагностических критериев при отсутствии экспертной сложности (строка 7 таблицы 16).

В варианте, где вынесение экспертного решения не затруднено какими-либо объективными причинами (строка 1 Таблицы 16, 27 случаев), время формулирования выводов не превышало 60 минут, что достоверно ( $p < 0,05$ ) было меньше, чем в вариантах, где имелись какие-либо факторы сложности. Поэтому данный вариант можно обозначить как «базовый» (с минимальным средним временем, затраченным на формулирование выводов).

В вариантах, где имелся только один из факторов сложности: «расширение спектра» или «недостаточность» диагностических критериев, либо «фактор экспертной сложности» (строки 2, 3, 4 в Таблице 16) время на обоснование выводов составляло от 60 до 120 минут. При сравнении между собой эти варианты не давали достоверных различий ( $p \geq 0,05$ ). Среднее время на обоснование выводов при их объединении (33 наблюдения) составляло 90 ( $60 \div 120$ ) минут, что достоверно отличалось от «базового» и других вариантов ( $p < 0,05$ ).

В вариантах, где имелось сочетание фактора «экспертной сложности» с «расширением спектра» или с «недостаточностью» диагностических критериев; либо присутствовала только «несогласованность» диагностических критериев (строки 5,6,7 в Таблице 16) время на обоснование выводов составляло не менее 120 и не более 180 минут. При сравнении между собой эти варианты также не давали достоверных различий ( $p \geq 0,05$ ). Среднее время на обоснование выводов при их объединении (36 наблюдений) составляло 150 ( $120 \div 180$ ) минут, что достоверно отличалось от «базового» и других вариантов ( $p < 0,05$ ).

В вариантах, где имелось сочетание «несогласованность» диагностических критериев с фактором «экспертной сложности» и (или) с «недостаточностью диагностических критериев» (строки 8,9,10 в Таблице 16) время на обоснование выводов составляло более 180 минут. При сравнении между собой эти варианты не давали значимых достоверных различий ( $p \geq 0,05$ ). Среднее время на обоснование выводов при их объединении (55 наблюдений) составляло 240 ( $180 \div 300$ ) минут, что достоверно отличалось от «базового» и других вариантов ( $p < 0,05$ ).

Среднее время, затраченное на формулирование, согласование и оформление выводов позволяет определить диапазон временных затрат (при исключении экстремальных показателей) и сформировать 4 группы сложности СПЭ по гражданским делам. Выделенные группы и их характеристики представлены в Таблице 17.

Таблица 17 - Группы сложности для СПЭ по гражданским делам

Группа сложности	Признаки группы	Время на формулирование выводов	*К.сл
Простые СПЭ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствует расширения спектра, недостаточность и несогласованность диагностических критериев</li> <li>• Отсутствует необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности</li> </ul>	Не более 1 часа.	1
Умеренно сложные СПЭ	<p style="text-align: center;">Вариант 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеются расширение спектра диагностических критериев</li> <li>• Отсутствует недостаточность и несогласованность диагностических критериев</li> <li>• Отсутствует необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности</li> </ul> <p style="text-align: center;">Вариант 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется недостаточность диагностических критериев как при диагностике как одного, так и нескольких психических расстройств</li> <li>• Отсутствует несогласованность диагностических критериев</li> <li>• Отсутствует необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности</li> </ul> <p style="text-align: center;">Вариант 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности</li> <li>• Отсутствует расширения спектра, недостаточность и несогласованность диагностических критериев</li> </ul>	<p>В диапазоне от 1 часа до 2 часов.</p> <p>В среднем 1,5 часа.</p>	1,5
Сложные СПЭ	<p style="text-align: center;">Вариант 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется расширения спектра диагностических критериев</li> <li>• Имеется необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности</li> <li>• Отсутствует недостаточность и несогласованность диагностических критериев</li> </ul>	<p>В диапазоне от 2 часа до 3 часов.</p> <p>В среднем 2,5 часа</p>	2,5

	<p style="text-align: center;">Вариант 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется недостаточность диагностических критериев</li> <li>• Имеется необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности</li> <li>• Отсутствует несогласованность диагностических критериев</li> <li>• Расширение спектра диагностических критериев может выявляться или отсутствовать</li> </ul> <p style="text-align: center;">Вариант 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется несогласованность диагностических критериев</li> <li>• Отсутствует недостаточность диагностических критериев</li> <li>• Отсутствует необходимость обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности</li> <li>• Расширения спектра диагностических критериев может выявляться или отсутствовать</li> </ul>		
СПЭ повышенной сложности	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется несогласованность в сочетании с недостаточностью диагностических критериев и (или) необходимостью обосновывать юридическое значение умеренно выраженных когнитивных или волевых нарушений и дезинтеграции психической деятельности.</li> <li>• Расширения спектра диагностических критериев может выявляться или отсутствовать.</li> </ul>	<p>Более трех часов.</p> <p>В среднем 4 часа.</p>	4
*К.сл. – Коэффициент сложности, рассчитываемый по кратности увеличения среднего времени на формулирование выводов			

Для каждой из выделенных «групп сложности» СПЭ по гражданским коэффициент фактической устойчивости хроноряда не превышает 3 (Ку.факт. < 3 при исключении крайних показателей), то есть хроноряды являются устойчивыми при достаточном количестве наблюдений ( $\geq 25$ ).

**Группы сложности для СПЭ уголовным делам.** Результаты совокупного влияния факторов «клинической сложности» и «фактора экспертной сложности» на время формулирование, согласование и оформление выводов в СПЭ по уголовным делам представлены в Таблице 18.

Таблица 18 - Влияние факторов клинической и экспертной сложности на время обоснования выводов для СПЭ по уголовным делам

Время в минутах

№	Варианты сочетания факторов сложности	Число случаев	Время на формулирование выводов	Кратность увеличения трудозатрат
1	Нет факторов сложности	16	60 (45÷60)	1
2	Есть один из факторов клинической сложности Нет фактора экспертной сложности	14	60 (60÷90)	1
3	Нет факторов клинической сложности Есть фактор экспертной сложности	5	115 (90÷150)	1,75
4	Есть два любых фактора клинической сложности Нет фактора экспертной сложности	18	120 (115÷150)	2
5	Есть один из факторов клинической сложности Есть фактор экспертной сложности	11	135 (120÷150)	2,25
6	Есть два любых фактора клинической сложности Есть фактор экспертной сложности	11	180 (150÷240)	3
7	Есть три любых фактора клинической сложности Нет фактора экспертной сложности	9	180 (150÷180)	3
8	Есть три любых фактора клинической сложности Есть фактор экспертной сложности	5	180 (180÷240)	3

В анализируемую группу вошли все случаи СПЭ по уголовным делам (n=89). На основании полученных данных (см. Глава 3) 12 случаев СПЭ по уголовным делам, когда психическая патология исключалась, отнесены к ситуации, где вынесение экспертного решения не затруднено какими-либо объективными причинами (строка 1 Таблицы 18).

В варианте, где вынесение экспертного решения не затруднено какими-либо объективными причинами (16 случаев, строка 1 Таблицы 18) время обоснования экспертных выводов в данной группе не превышало 60 минут, и являлось минимальным. Поэтому данный вариант можно обозначить как «базовый» (с минимальным средним временем, затраченным на формулирование выводов).

С базовым вариантом не имел статистически значимых различий ( $p \geq 0,05$ ) вариант, включавший 14 наблюдений (строка 2 Таблица 18), где имелся только один из факторов «клинической сложности». При объединении указанных (30) наблюдений среднее время на обоснование выводов составило 60 ( $60 \div 90$ ) минут, что значимо отличалось от других вариантов ( $p < 0,05$ ).

В вариантах, где имелся только фактор «экспертной сложности» либо отмечалось сочетание одного фактора «клинической сложности» и фактора «экспертной сложности», либо сочетание двух любых факторов «клинической сложности», время на обоснование выводов составляло от 90 до 150 минут (строки 3,4,5 в Таблице 18). При сравнении эти варианты между собой не давали достоверных различий ( $p \geq 0,05$ ). Среднее время на обоснование выводов при их объединении (34 наблюдения) составило 120 ( $120 \div 150$ ) минут, что достоверно отличалось других вариантов ( $p < 0,05$ ).

В вариантах, где имелось сочетание всех трех факторов «клинической сложности» или двух-трех факторов «клинической сложности» с фактором «экспертной сложности» время на обоснование выводов составляло более 150 минут (строки 6, 7, 8 в Таблице 7). При сравнении между собой указанные варианты не давали значимых различий ( $p \geq 0,05$ ). Среднее время на обоснование выводов при их объединении (25 наблюдений) составляло 180 ( $150 \div 240$ ) минут, что достоверно отличалось от других вариантов ( $p < 0,05$ ).

Среднее время, затраченное на формулирование, согласование и оформление выводов позволяет определить диапазон временных затрат (при исключении экстремальных показателей) и сформировать 3 группы сложности СПЭ по уголовным делам. Выделенные группы и их характеристики представлены в Таблице 19.



Таблица 19 – Группы сложности для СПЭ по уголовным делам.

Группа сложности	Признаки группы	Время на формулирование выводов	*К.сл.
Простые СПЭ	<p style="text-align: center;">Вариант 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствует расширения спектра, недостаточность и несогласованности диагностических критериев</li> <li>• Отсутствует необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов</li> </ul> <p style="text-align: center;">Вариант 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется один из факторов клинической сложности (расширение спектра, недостаточность или несогласованность диагностических критериев)</li> <li>• Отсутствует необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов</li> </ul>	<p>Не более 1,5 часов.</p> <p>В среднем 1 час.</p>	1
Умеренно сложные СПЭ	<p style="text-align: center;">Вариант 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствует расширения спектра, недостаточность и несогласованность диагностических критериев</li> <li>• Имеется необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов</li> </ul> <p style="text-align: center;">Вариант 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется два любых факторов клинической сложности (расширение спектра, недостаточность или «несогласованность диагностических критериев)</li> <li>• Отсутствует необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</li> </ul> <p style="text-align: center;">Вариант 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется одни из факторов клинической сложности (расширение спектра, недостаточность или «несогласованность диагностических критериев)</li> <li>• Имеется необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов</li> </ul>	<p>В диапазоне от 1.5 часов до 2,5 часов.</p> <p>В среднем 2 часа.</p>	2

Сложные СПЭ	<p style="text-align: center;">Вариант 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется два любых факторов клинической сложности (расширение спектра, недостаточность или несогласованность диагностических критериев)</li> <li>• Имеется необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</li> </ul> <p style="text-align: center;">Вариант 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется три фактора клинической сложности: расширение спектра, недостаточность или несогласованность диагностических критериев.</li> <li>• Отсутствует необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</li> </ul> <p style="text-align: center;">Вариант 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется все три фактора клинической сложности: расширение спектра, недостаточность или несогласованность диагностических критериев.</li> <li>• Имеется необходимость обосновывать юридическую релевантность расстройства комплексом клинических, ситуационных и психологических факторов.</li> </ul>	<p>Более 2,5 часов. В среднем 3 часа.</p>	3
-------------	---	---	---

Для каждой из выделенных «групп сложности» СПЭ по уголовным делам коэффициент фактической устойчивости хроноряда не превышает 3 (Ку.факт. < 3 при исключении крайних показателей), то есть хроноряды являются устойчивыми при достаточном количестве наблюдений ( $\geq 25$ ).

**Таким образом,** определены факторы «экспертной сложности» для СПЭ по уголовным и гражданским делам, показано влияние данных факторов на трудозатраты эксперта. Выделены группы сложности СПЭ по уголовным и гражданским делам с учетом совокупного влияния факторов «клинической» и «экспертной» сложности. Рассчитаны коэффициенты сложности для выделенных групп.

## Глава 5

# СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЛОЖНОСТИ СПЭ

### 5.1 Организация судебно-психиатрического исследования на основе предварительной оценки сложности экспертного случая

Непосредственно после получения постановления (определения) о назначении судебно-психиатрической экспертизы руководитель экспертного учреждения (подразделения) должен принять несколько организационных решений, направленных на создание условий, способствующих качественному и своевременному проведению экспертного исследования. В частности, необходимо наметить дату проведения итоговой комиссии и поручить проведение исследования эксперту (экспертам) с достаточным уровнем квалификации. Кроме того, руководитель должен распределять нагрузку на экспертов так, чтобы все эксперты имели возможность вовремя оформить качественное экспертное заключение.

Для этого руководителю до начала экспертного исследования сразу после ознакомления с постановлением (определением) о назначении СПЭ и предоставленными материалами по формальным и легко определяемым признакам необходимо спрогнозировать уровень сложности СПЭ.

Это возможно, если верна гипотеза о том, что выделенные на предыдущем этапе исследования группы «фактической сложности» будут отличаться по встречаемости некоторых формальных признаков, характеризующих подэкспертного или экспертную ситуацию. Другими словами, необходимо исследовать распределение формальных признаков в той или иной группе сложности (для признаков, выражающих определенное качество) или выявить корреляцию между формальными признаками и уровнем сложности (для признаков, выраженных количественно).

К формальным признакам, которые известны до начала исследования, относятся: пол, возраст и процессуальный статус подэкспертного; содержание юридически значимой ситуации; способ экспертного исследования (очная, заочная или посмертная СПЭ); состав экспертной комиссии (однородная или комплексная СПЭ); количество юридически значимых ситуаций (криминальных эпизодов, сделок и т.д.); количество заданных вопросов; количество медицинских (в том числе психиатрических) карт.

Необходимо отметить, что ни один из перечисленных признаков не является собственно критерием сложности СПЭ, которую можно определить в ходе судебно-психиатрического анализа, и речь идет лишь о вероятности отнесения конкретного случая к той или иной группе сложности СПЭ.

Поскольку группы сложности для СПЭ по уголовным и гражданским делам значительно отличаются, как и формальные характеристики подэкспертного и юридически значимой ситуации, то исследование предварительно оцениваемой сложности СПЭ проведено отдельно для экспертиз в уголовном и гражданском процессах.

*Предварительная оценка сложности СПЭ по гражданским делам.* Содержание юридической ситуации для судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе не только определяет используемое экспертное понятие и спектр экспертных вопросов, но и преобладающий тип экспертной оценки (оценка актуального состояния, ретроспективная и прогностическая оценка), а также качество предоставленной информации (различное для СПЭ разной категории судебных дел и зависящее от процессуально допустимой инициативы суда или прокурора при подготовке материалов дела к экспертизе).

Например, при решении вопросов дееспособности преимущественно имеет значение оценка психического состояния в настоящее время, устанавливаемого при непосредственном исследовании или по надежным медицинским документам, предоставляемым по инициативе суда. При решении вопроса «сделкоспособности» речь идет о ретроспективной оценке состояния, как правило, на основании неполных и противоречивых сведений, предоставляемых

спорящими сторонами или по ходатайству сторон. В делах о защите прав и интересов детей чаще идет речь о прогностической оценке состояния и также на основании сведений, предоставляемых сторонами.

Поэтому, прежде всего, проверена гипотеза о том, что экспертизы, проводимые по различным категориям гражданских дел, чаще относятся к разным группам сложности. Все анализируемые случаи СПЭ по гражданским делам разделены на 4 группы: решения вопросов дееспособности (50 наблюдений); решение вопросов «делкоспособности» (50 наблюдений); защита прав и интересов несовершеннолетних (26 наблюдений); прочие гражданские дела (25 наблюдений).

Распределение анализируемых случаев по группам сложности СПЭ в зависимости от характера юридической ситуации в гражданском процессе представлено в Таблице 20.

Таблица 20 - Распределение анализируемых случаев по группам сложности, в зависимости от характера юридической ситуации для СПЭ по гражданским делам

Характер юридической ситуации	Группа сложности СПЭ			
	Простые	Умеренно сложные	Сложные	Повышенной сложности
Вопросы дееспособности n=50	26* (52%)	22* (44%)	2 (4%)	0
«Сделкоспособность» n=50	0	0	7 (14%)	43* (86%)
Защита прав и интересов детей n=26	0	2 (8%)	21* (80%)	3 (12%)
Прочие СПЭ n=25	1 (4%)	9 (36%)	6 (24%)	9 (36%)
Всего: n= 151	27 (18%)	33 (22%)	36 (24%)	55 (36%)
Примечания				
1 n - количество наблюдений				
2 * - достоверные различия, p<0,001				

Анализ полученных данных показывает, что СПЭ по различным категориям гражданских дел достоверно ( $p < 0,001$ ) чаще относятся к разным группам сложности. Так, СПЭ по делам о признании сделок недействительными в 86% случаев попадали в группу «повышенной сложности», в 14% – в группу «сложных» и никогда не являлись «умеренно сложными» или «простыми». СПЭ по делам о защите прав и законных интересов детей в 80% относились к группе «сложных», в 12% – к группе с «повышенной сложностью», в 8% – к группе с «умеренной сложностью» и никогда не являлись простыми. СПЭ, проводимые для решения вопросов дееспособности, распределялись по группам простых СПЭ (52%) и умеренно сложных СПЭ (44%), лишь в единичных случаях (4%) являлись сложными и никогда не относились к группе повышенной сложности. СПЭ по прочим гражданским делам относительно равномерно распределялись между «умеренно сложными», «сложными» и СПЭ с «повышенной сложностью» (36%, 24% и 36% соответственно) и редко являлись простыми (4%).

Данные результаты позволяют еще до начала исследования с вероятностью более 80% утверждать, что экспертизы по делам о защите прав и интересов детей будут «сложными», а при оценке «делкоспособности» – «повышенной сложности».

Следует отметить, что в СПЭ «по признанию сделок недействительными», «по защите прав и интересов детей» некоторая часть случаев не попадает в ту группу, к которой относятся большинство СПЭ с аналогичным содержанием юридически значимой ситуации (7 случаев «сложных» СПЭ по «делкоспособности»; 5 случаев по делам «о защите прав и интересов детей»). Однако, при сравнении этих случаев с большинством наблюдений при аналогичном содержании юридической ситуации по встречаемости формальных признаков достоверных различий не получено ( $p \geq 0,05$ ). Следовательно, подобные отклонения не могут быть спрогнозированы по формальным критериям и зависят от особенностей диагностики и экспертной оценки, выявляемых только в ходе экспертного исследования.

При решении вопросов дееспособности чаще (более 50%) СПЭ являлись простыми. Вместе с тем, в значительном проценте случаев (более 40%) данные экспертизы являлись умеренно сложными. Поэтому, для повышения надежности предсказания уровня сложности для данной группы необходимо проверить наличие иных значимых признаков.

Такие качественные признаки, как пол не показали статистически значимых различий ( $p \geq 0,05$ ). Также не было выявлено достоверной связи ( $p \geq 0,05$ ) между такими количественными признаками, как возраст подэкспертного, количество вопросов, медицинских карт и уровнем сложности СПЭ.

Вместе с тем в группе СПЭ по вопросам дееспособности можно выделить две подгруппы. В *первой подгруппе* в распоряжение экспертов предоставлялась медицинская документация из психиатрических учреждений (29 случаев).

Во *второй подгруппе* документация из психиатрических учреждений не предоставлялась (21 случай). Распределение случаев СПЭ при решении вопросов дееспособности по группам сложности в зависимости от наличия/отсутствия психиатрической медицинской документации представлено в Таблице 21.

Таблица 21 – Распределение случаев СПЭ при решении вопросов дееспособности по группам сложности в зависимости от наличия /отсутствия психиатрической медицинской документации

Медицинская психиатрическая документация	Группа сложности СПЭ		
	Простые	Умеренно сложные	Сложные
Представлена n=29	21*(72,5%)	8* (27,5%)	0
Не представлена n=21	5* (24%)	14* (67%)	2 (9%)
Примечания			
1 n - количество наблюдений			
2 * - достоверные различия, $p < 0,001$			

Анализ полученных данных показывает, что СПЭ при решении вопроса дееспособности достоверно ( $p < 0,001$ ) чаще (72,5%) будут простыми, если в распоряжение экспертов предоставлена психиатрическая медицинская документация, и будут «умеренно сложными» (67%), если психиатрическая документация отсутствует. Это связано с тем, что наличие психиатрической документации может значительно упрощать оценку клинико-динамических особенностей психического расстройства. При этом количество психиатрических карт не имеет достоверного значения. Данные результаты позволяют еще до начала исследования с вероятностью около 70% прогнозировать уровень сложности СПЭ при решении вопросов дееспособности в зависимости от наличия или отсутствия психиатрической документации.

СПЭ по «прочим гражданским делам» оказались неоднородны как по юридическим ситуациям и характеру экспертных вопросов, так и по уровню «сложности». Принципиально по характеру вопросов, а также методологическим подходам данные дела распределялись по трем подгруппам.

В *первую подгруппу* вошли 10 случаев, когда экспертная оценка сводилась к подтверждению/опровержению ранее установленного диагноза наркологического расстройства путем сличения клинических описаний с диагностическим стандартом (дела по выявлению медицинских противопоказаний к определенной деятельности, например, к управлению транспортным средством из-за наркологической патологии).

Во *вторую подгруппу* вошли 9 случаев, когда обжаловались действия медицинских работников при оказании психиатрической помощи (например, дела «по обжалованию действий медицинских работников при включении в группу диспансерного наблюдения», «необоснованному помещению в психиатрический стационар», а также к выявлению противопоказаний к определенным видам деятельности в силу психической патологии). Здесь не только требовалось диагностировать расстройство, но и соотнести его с критериями того или иного нормативного акта.



В третью подгруппу вошли 6 случаев, когда требовалось установление причинно-следственной связи между психическим состоянием и определенными событиями (например, дела по возмещению морального вреда или вреда психическому здоровью). Распределение СПЭ по «прочим гражданским делам» по группам сложности в зависимости от уточненного характера юридической ситуации представлено в Таблице 22.

Таблица 22 – Распределение СПЭ по «прочим гражданским делам» по группам сложности в зависимости от характера ситуации

Характер ситуации	Группа сложности СПЭ			
	Простые	Умеренно сложные	Сложные	Повышенной сложности
Диагностика наркологического расстройства n =10	1 (10%)	8* (80%)	1 (10%)	0
Обжалование действий при оказании психиатрической помощи n=9	0	1 (11%)	5* (56%)	3 (33%)
Возмещение морального вреда и вреда здоровью n=6	0	0	0	6* (100%)
Примечания				
1 n - количество наблюдений				
2 * - достоверные различия, p<0,001				

Анализ полученных данных показывает, что по «прочим гражданским делам» достоверно ( $p<0,001$ ) СПЭ, где требуется лишь подтвердить или опровергнуть имеющийся наркологический диагноз, с вероятностью 80% будут являться «умеренно сложными». СПЭ, где оценка психического состояния необходима для оценки действий медицинских работников, с вероятностью около 60% будут «сложными». СПЭ по делам о возмещении морального вреда и вреда психическому здоровью практически в 100% случаях будут «повышенной сложности».

Исследовано также распределение по группам сложности в зависимости от способа проведения СПЭ. Очные и заочные СПЭ не давали статистически достоверных результатов ( $p \geq 0,05$ ).

Все посмертные СПЭ по гражданским делам ( $p < 0,001$ ) относились к группе «повышенной сложности». Однако, все посмертные СПЭ проводились по делам об оценке «делкоспособности». Статистически достоверного различия при сравнении очных и посмертных СПЭ по делам о признании сделки недействительной не получено ( $p \geq 0,05$ ). Следовательно, посмертный характер СПЭ не имеет самостоятельного значения для прогностического определения сложности СПЭ.

Исследовано распределение по группам сложности в зависимости от состава экспертной комиссии. В 96% случаев комплексные психолого-психиатрические экспертизы (40 случаев из 41) достоверно ( $p < 0,001$ ) относились к «сложным» и «с повышенной сложностью». Однако, все комплексные экспертизы проводились либо по делам о признании сделки недействительной, либо по делам о компенсации морального вреда, либо по делам о защите прав и интересов детей. При этом достоверных различий между однородными психиатрическими и комплексными психиатрическими экспертизами по данным категориям гражданских дел не выявлено ( $p \geq 0,05$ ). То есть комплексный характер СПЭ не имеет самостоятельного значения для прогностического определения сложности СПЭ.

Здесь необходимо пояснить, что сложность СПЭ в данном исследовании изучается с точки зрения судебно-психиатрического эксперта, поскольку очевидно, что с точки зрения психолога сложность выполняемой работы будет определяться другими факторами. Очевидно, что для психолога сложность работы, когда он участвует как самостоятельный эксперт, выше, нежели если он привлекается только для проведения экспериментально-психологического исследования в рамках однородной психиатрической экспертизы.

Значение прочих факторов (возраст и пол подэкспертного, количество медицинской документации, количество вопросов) не было подтверждено статистически ( $p \geq 0,05$ ).

*Таким образом:* руководитель экспертного учреждения (подразделения) при организации СПЭ по гражданским делам может предварительно (до начала экспертного исследования) определять вероятный уровень сложности СПЭ руководствуясь критериями, приведенными в Таблице 23.

Таблица 23 – Предварительная оценка сложности СПЭ по гражданским делам

Ожидаемая группа сложности	Значимые критерии	Вероятность
Простые СПЭ	Решение вопросов дееспособности при наличии психиатрической документации	70%
Умеренно сложные СПЭ	Решение вопросов дееспособности при отсутствии психиатрической документации	70%
	Подтверждение/опровержение наркологического диагноза	80%
Сложные СПЭ	Обжалование действий при оказании психиатрической помощи	60%
	СПЭ по защите прав и интересов детей	80%
СПЭ повышенной сложности	Решение вопросов «делкоспособности»	80%
	Вопросы возмещения морального вреда и вреда здоровью	До 100%

### ***Предварительная оценка сложности СПЭ по уголовным делам***

При анализе по всей выборке СПЭ по уголовным делам, включавшей как потерпевших, так и свидетелей, выделенные группы сложности СПЭ достоверно не отличались ( $p \geq 0,05$ ) по встречаемости таких формальных факторов, как пол, возраст и процессуальный статус подэкспертного; характер криминальной ситуации; способ проведения СПЭ; состав экспертной комиссии; наличие и количество медицинской документации; количество эпизодов; количество вопросов.

Поэтому для выявления значимых факторов исследование проведено отдельно для обвиняемых (подсудимых, подозреваемых) и потерпевших (а также свидетелей и лиц, совершивших суицид).

Для проведения сравнения обвиняемые распределены на 2 подгруппы на основании характера противоправного деяния. В *первую подгруппу* вошли 28 случаев, когда действия обвиняемых сопряжены с применением насилия или угрозой его применения. Во *вторую подгруппу* включены 29 случаев, когда противоправные действия обвиняемых не были связаны с насилием (правонарушения имущественного характера, связанные с незаконным оборотом наркотических средств и т.д.). Распределение случаев СПЭ в отношении обвиняемых по группам сложности в зависимости характера противоправных действий представлено в Таблице 24.

Таблица 24 – Распределение случаев СПЭ в отношении обвиняемых по группам сложности, в зависимости характера противоправных действий

Характер противоправных действий	Группа сложности СПЭ		
	Простые	Умеренно сложные	Сложные
Насильственные преступления n = 28	4(14 %)	22* (79%)	2 (7%)
Ненасильственные преступления n =29	13 (45%)	4 (14%)	12 (41%)
Примечания			
1	n - количество наблюдений		
2	* - достоверные различия, p <0,001		

Анализ полученных данных показывает, что при проведении СПЭ в отношении обвиняемых достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) экспертизы являлись «умеренно сложными» (около 80%) при совершении насильственных правонарушений. Это позволяет с высокой вероятностью прогнозировать уровень сложности для данной категории дел.

При совершении ненасильственных правонарушений экспертизы примерно в равных долях распределялись между «простыми» и «сложными». В связи с этим были исследованы различия между случаями, вошедшими в группу «простых» и «сложных» СПЭ. Выявлено, что при совершении ненасильственных преступлений к категории «простых» достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) относились СПЭ

в отношении совершеннолетних (10 случаев из 13, или 77%). К категории «сложных» чаще ( $p < 0,05$ ) относились СПЭ в отношении несовершеннолетних (8 из 12, или 67%).

*Таким образом:* руководитель экспертного учреждения (подразделения) при организации СПЭ по уголовным делам в отношении обвиняемых может предварительно определять вероятный уровень сложности экспертного случая, руководствуясь критериями, приведенными в Таблице 25.

Таблица 25 – Предварительная оценка сложности СПЭ по уголовным делам в отношении обвиняемых

Ожидаемая группа сложности	Значимые критерии	Вероятность
Простые СПЭ	Совершеннолетние (старше 18 лет) обвиняемые в совершении правонарушений, не связанных с насилием или угрозой его применения	Более 70%
Умеренно сложные СПЭ	Обвиняемые в правонарушениях, связанных с насилием или угрозой его применения, вне зависимости от возраста подэкспертного	Около 80%
Сложные СПЭ	Несовершеннолетние (младше 18 лет) обвиняемые в совершении правонарушений, не связанных с насилием или угрозой его применения	Около 70%

Экспертизы в отношении потерпевших относительно равномерно распределялись по группам сложности: «простые» - 13 случаев, «умеренно сложные» - 8 и сложные – 11 случаев. Статистически достоверного значения каких-либо формальных факторов для прогностической оценки сложности получено не было ( $p \geq 0,05$ ).

При этом следует отметить, что все случаи посмертных экспертиз (материалы проверки на предмет «доведения до самоубийства») в анализируемой выборке относились к категории «сложных». Однако в связи с малым количеством (3 случая) различия были статистически недостоверными в сравнении с очными экспертизами (29 случаев). Вместе с тем, при определении предварительной сложности руководитель может учитывать данные сведения и с целью планирования работы.

Поскольку не выявлено формальных ориентиров, позволяющих обоснованно спрогнозировать категорию «сложности» для очных СПЭ в отношении потерпевших, то для целей планирования целесообразно относить данные экспертизы к категории «умеренной сложности».

Исходя из сказанного руководителю экспертного учреждения (подразделения) при организации СПЭ по уголовным делам в отношении потерпевших допустимо относить посмертные экспертизы по уголовным делам к категории «сложных», а все прочие экспертизы в отношении потерпевших – к категории «умеренной сложности».

Предложения по прогнозированию уровня сложности СПЭ также могут использоваться следственными органами и судами при определении необходимости комиссионного характера экспертного исследования.

## **5.2 Расчет трудозатрат эксперта с учетом фактической сложности СПЭ как основа материального стимулирования труда**

Для того чтобы заработная плата выполняла социальную и стимулирующую функции, то есть воспринималась работниками как справедливая, и способствовала повышению производительности труда, нужны объективные (не связанные с личностями руководителя или работника) критерии оценки труда эксперта, в том числе учитывающие реальный объем и сложность выполненной экспертом работы. Поэтому вне зависимости от формы оплаты труда (повременно-премиальная, сдельная или контрактная) руководителю экспертного учреждения (подразделения) необходимо иметь представление об объективно обусловленных затратах рабочего времени на производство конкретной экспертизы. Другим словами, необходимо рассчитать трудоемкость конкретной экспертизы, обусловленную сложностью случая и объемом рутинной работы.

Использование для этого «среднеарифметической» трудоемкости (среднее время на проведение того или иного вида экспертиз), а также учет только количества проведенных экспертиз не в полной мере позволяет достичь

желаемого результата и обеспечить справедливое начисление стимулирующих выплат. Это связано с тем, что объем и качество анализируемых данных, особенности контакта с подэкспертным, а также сложность диагностики и экспертной оценки могут значительно отличаться от случая к случаю. В результате эксперт, работавший с более сложными случаями или с более объемными материалами, получит меньшую зарплату в сравнении с экспертом, который выполнил много простых экспертиз с небольшим объемом обрабатываемых данных. Трудоемкость и размер материальных выплат не могут быть рассчитаны и только на основании сведений, полученных от работника, непосредственно заинтересованного в увеличении размера стимулирующих выплат. Не решит ситуацию и проведение тотального учета рабочего времени эксперта, поскольку такой учет не отражает мыслительную деятельность эксперта. Кроме того, это может потребовать дополнительных затрат и вряд ли будет способствовать созданию комфортной рабочей обстановки, необходимой для вынесения экспертного решения.

В результате организатору экспертных исследований в учреждении (подразделении) необходим инструмент, позволяющий рассчитать трудоемкость конкретного случая. Таким инструментом может стать *формула трудоемкости*, учитывающая коэффициенты сложности СПЭ.

При разработке формулы трудоемкости необходимо учитывать, что при соблюдении общего порядка и методологических установок последовательность трудовых операций эксперта в разных экспертных случаях может значительно отличаться. Так, в большинстве случаев при проведении очной амбулаторной экспертизы (121 СПЭ, 65% от всех очных экспертиз) эксперт предварительно ознакомился с материалами дела (накануне или в день проведения экспертизы). Затем проводил исследование подэкспертного, делая пометки для оформления статуса и субъективного анамнеза, обрабатывал предоставленные материалы. Затем, уже с учетом принятого решения и обсуждения с членами комиссии оформлял в итоговом варианте анамнестические сведения, психический статус, а также выводы, содержащие ответы на вопросы. В других случаях при проведении

очной амбулаторной экспертизы (65 СПЭ, 35% от всех очных экспертиз) эксперт заранее изучал материалы дела, предварительно оформлял сведения объективного анамнеза. Затем работал с подэкспертным и делал пометки для оформления субъективного статуса и анамнеза. После, с учетом обсуждения и принятого решения оформлял в итоговом варианте анамнестические сведения, психический статус, а также выводы, содержащие ответы на вопросы. Во всех случаях заочных и посмертных СПЭ (30 и 23 СПЭ соответственно) эксперт полностью оформлял данные анамнеза, а затем, после обсуждения, с учетом принятого решения оформлял выводы, содержащие ответы на вопросы. Кроме того, работа эксперта с конкретным экспертным случаем, как правило, многократно прерывается, поскольку эксперт ведет одновременно несколько СПЭ, требующих его внимания, а также участвует в работе в качестве члена комиссии и выполняет прочие обязанности.

Поэтому ориентироваться при расчете трудоемкости конкретной СПЭ необходимо не на характер выполняемых экспертом действий, а на основные этапы (блоки) в работе эксперта, отражающие его мыследеятельность и различающиеся по решаемым задачам. *Первый блок* – анализ предоставленных материалов с их изучением и фиксацией объективного анамнеза в проекте заключения. Целью здесь является получение данных объективного анамнеза о юридически значимом психическом состоянии подэкспертного. *Второй блок* – работа с подэкспертным подразумевает непосредственное взаимодействие эксперта и подэкспертного с частичной фиксацией особенностей психического состояния и субъективного анамнеза. Целью здесь является получение данных субъективного анамнеза, самоотчета подэкспертного и наблюдений эксперта. *Третий блок* – формулирование, согласование и оформление выводов подразумевает обсуждение полученных данных с членами комиссии, итоговое оформление результатов анамнеза и психического состояния с учетом принятого решения, поиск аргументации для обоснования экспертного решения, обсуждение с членами комиссии проекта обоснования выводов и итоговое оформление заключения. Целью здесь является принятие и обоснование диагностического и



экспертного решения. Выделение данных блоков позволяет точно обозначать время начала и окончания работы над конкретным экспертным случаем вне зависимости от последовательности конкретных действий или отвлечения на другие виды деятельности.

Исходя из этого, время, затрачиваемое на экспертизу (трудоемкость), будет складываться из времени на анализ предоставленных материалов, работу с подэкспертным и обоснование выводов. При этом время на анализ материалов будет включать время на обработку судебного дела, обработку медицинской документации, и обработку аудио-видео материалов. Тогда в общем виде трудоемкость будет рассчитываться по формуле (1).

$$T = t_{1д} + t_{1м} + t_{1з} + t_2 + t_3, \quad (1)$$

где  $T$  - Трудоемкость СПЭ, мин.

$t_{1д}$  – время на обработку материалов судебного дела, мин.

$t_{1м}$  – время на обработку медицинских документов, мин.

$t_{1з}$  – время на обработку аудио и видеозаписей, мин.

$t_2$  - время работы с подэкспертным, мин.

$t_3$ - время на формулирование, согласование и оформление выводов, мин.

Затраты времени на каждом этапе (блоке) зависят как от сложности дела, так и от необходимости выполнять рутинную работу. Увеличение затрат времени на этапе анализа материалов ( $t_1$ ), будет зависеть от объема предоставленных данных, а также от сложности решаемых вопросов, определяющих степень детализации анализа. Увеличение затрат времени на работу с подэкспертным ( $t_2$ ) будет зависеть от особенностей контакта с подэкспертным, а также от сложности решаемых вопросов и клинической определенности наблюдаемых психопатологических феноменов. Увеличение затрат времени на этапе формулирование выводов ( $t_3$ ), как это показано ранее, зависит только от степени сложности клинической и экспертной оценки. Поэтому общая формула должна быть дополнена коэффициентами, отражающим сложность СПЭ.

Поскольку характер решаемых вопросов, структура судебных дел, а также критерии сложности СПЭ различны для уголовных и гражданских дел, то формулы расчета трудоемкости для указанных категорий СПЭ также должны быть разными.

***Формула расчета трудоемкости СПЭ по гражданским делам.***

Имеются некоторые особенности гражданских дел, которые имеют значение при расчете трудоемкости. Как правило, все гражданские дела являются полностью пронумерованными (вне зависимости от количества томов). Поэтому для того, чтобы рассчитать время на анализ материалов дела, необходимо умножить количество листов дела на среднее время обработки одного листа.

Время на обработку 1 листа может зависеть от степени необходимой детализации анализа, то есть уровня сложности СПЭ. Поэтому необходимо сравнить среднее время на обработку 1 листа дела в разных группах сложности СПЭ. И в случае значимых различий определить коэффициент сложности.

Для расчета среднего времени на обработку 1 листа дела результаты хронометража на обработку всего судебного дела делились на количество листов дела. Среднее время на обработку 1 листа дела во всей выборке СПЭ по гражданским делам достоверно составляет 3,6 (2,5÷4,6) минуты ( $p < 0,05$ ).

Сравнение по времени обработки 1 листа дела в зависимости от сложности СПЭ приведены в Таблице 26.

Таблица 26 - Среднее время на обработку 1 листа дела в зависимости от сложности для СПЭ по гражданским делам Время в минутах

Ожидаемая группа сложности	Время на обработку 1 листа дела
Простые СПЭ n=27	1,1 (0,9 ÷ 1,3)*
Умеренно сложные СПЭ n=33	1,6 (1,2 ÷ 1,8)*
Сложные СПЭ n=36	2,4 (2,0÷ 2,9)*
СПЭ повышенной сложности n=55	4,1 (3,1÷4,8)*
Примечания	
1 n - количество наблюдений	
2 * - достоверные различия	

Среднее время на обработку 1 листа дела составляет: 1,1 минуту в «простых» СПЭ; 1,6 минут в умеренно сложных СПЭ; 2,3 минуты в «сложных» СПЭ и 4,1 минут в СПЭ «повышенной сложности». Все выделенные группы достоверно ( $p < 0,05$ ) различаются между собой.

Учитывая, что полученные результаты близки к коэффициенту сложности, полученному при определении времени на обоснование и согласование выводов (см. Глава 4), а также для упрощения вычислений время на анализ 1 страницы гражданского дела можно принять за 1 минуту. При этом коэффициент сложности (К.сл) для «простых» СПЭ равен 1; для «умеренно-сложных» СПЭ – 1,5; для «сложных» - 2,5; для СПЭ «повышенной сложности» - 4.

Таким образом, время на обработку материалов гражданского дела может рассчитываться по формуле (2).

$$t_{1д} = N_{л} \times K_{.сл}, \quad (2)$$

где  $t_{1д}$  - время на обработку материалов судебного дела, мин.

$N_{л}$  - количество листов дела, шт.

$K_{.сл}$  – коэффициент сложности.

Далее необходимо вычислить время, затрачиваемое на обработку медицинской документации. К сожалению, большинство медицинских карт, предоставляемых в распоряжение экспертов, не пронумеровано. Кроме того, разборчивость записей значительно отличается, и объем рутинной работы при необходимости разбирать трудночитаемые записи может быть значительным даже при небольшом объеме самой карты. Также записи могут существенно отличаться в плане информативности, даже если речь идет о психиатрической документации.

В связи с этим, зная количество представляемых медицинских карт, а также полученные при проведении хронометража затраты времени эксперта докладчика на анализ медицинской документации, можно рассчитать среднее время на обработку одной медицинской карты.

Среднее время на обработку 1 медицинской карты по гражданскому делу в среднем достоверно составляет 45 (30-90) минут ( $p < 0,05$ ). Статистически значимого различия по данному показателю между СПЭ с разным уровнем сложности не получено ( $p \geq 0,05$ ).

Таким образом, время на обработку медицинской документации может рассчитываться по формуле (3).

$$t_{1м} = 45 \times N_k, \quad (3)$$

где  $t_{1м}$  - время на обработку медицинской документации, мин.

45 - среднестатистическое время на обработку 1 карты, мин.

$N_k$  - количество медицинских карт, шт.

Далее, необходимо знать, сколько времени эксперт затрачивает на обработку аудио и видеоматериалов, приобщенных к делу. Данное время, во-первых, зависит от затрат времени на просмотр (прослушивание) материала, которое не может быть меньше продолжительности аудио-видео записи. Иначе это будет означать неполноту исследования материала. Кроме того, эксперту необходимо время на оформление результатов анализа аудио-видеоматериала. Время на просмотр и анализ аудио-видео материалов достоверно ( $p < 0,05$ ) в 1.1 раза отличается от времени самой записи, вне зависимости от уровня сложности СПЭ.

Таким образом, время на обработку аудио-видео записи может рассчитываться по формуле (4).

$$t_{1з} = t_{зап} \times 1.1, \quad (4)$$

где  $t_{1з}$  - время на обработку аудио и видео записей, мин.

$t_{зап}$  - длительность аудио или видео записи, мин.

1.1 - коэффициент для учета времени на оформление результатов анализа аудио-видео записи.

Продолжительность работы с подэкспертным также зависит от множества факторов: от актуального психического состояния подэкспертного, особенностей его познавательной сферы; желаний/нежеланий подэкспертного взаимодействовать с экспертами; наличия установочного поведения, наличия дефекта в слуховом или зрительном анализаторах; уровня владения языком, на котором проводится экспертиза; личностных особенностей конкретного состава экспертной комиссии; уровня сложности решаемых вопросов; присутствия лиц, участвующих в деле на экспертизе, и множества других факторов. Причем достоверного различия времени общения с подэкспертным в зависимости от сложности СПЭ не выявляется. Но основании данных хронометража может быть рассчитано только среднее время на работу с подэкспертным по гражданским делам, которое составляет 60 (45-110) минут.

Таким образом, время работы с подэкспертным ( $t_2$ ) может приниматься в расчетах за 60 минут ( $60t_2$ ), при условии, что речь идет об очной СПЭ.

При необходимости более точного определения, время работы комиссии с конкретным подэкспертным может быть замерено фактически.

Расчет времени на обоснование и согласование выводов с учетом уровня сложности СПЭ показан в Главе 4. Так, время на обоснование выводов при простой экспертизе принимается за 60 минут. При этом коэффициент сложности (К.сл.) для «простых» СПЭ равен 1; для «умеренно-сложных» СПЭ – 1,5; для «сложных» - 2,5; для СПЭ «повышенной сложности» - 4.

Таким образом, время на формулирование, согласование и оформление выводов ( $t_3$ ) может рассчитываться по формуле (5).

$$t_3 = 60 \times \text{К.сл.}, \quad (5)$$

где:  $t_3$  - время на формулирование выводов, мин.

60 - время на формулирование выводов при простых СПЭ, мин.

К.сл. - коэффициент сложности.

Учитывая, что при расчете времени на обработку материалов дела ( $t1д$ ) и при расчете времени на формулирование, согласование и оформление выводов ( $t3$ ) используется коэффициент сложности с одинаковыми значениями, то трудоемкость СПЭ по гражданским делам будет рассчитываться по формуле (6).

$$T = K_{сл} \times (N_{л} + 60) + (N_{к} \times 45) + (t_{зап} \times 1.1) + 60(t2), \quad (6)$$

где  $T$  - Трудоемкость СПЭ, мин.

$K_{сл}$  - Коэффициент сложности, для «простых» СПЭ равен 1; для «умеренно-сложных» СПЭ – 1,5; для «сложных» - 2,5; для СПЭ «повышенной сложности» - 4.

$N_{л}$  - количество листов дела, шт.

60 - время на формулирование выводов для «простых» СПЭ, мин.

$N_{к}$  - количество медицинских карт, шт.

45 - среднестатистическое время на обработку 1 карты, мин.

$t_{зап}$  - время аудио-видео записей, при их наличии, в мин.

1.1 - коэффициент для учета времени на оформление результатов анализа аудио-видео записи.

$60(t2)$  - время осмотра подэкспертного, для очной СПЭ, мин.

**Клинический пример 15.** Подэкспертный Г., 54 года. Очная экспертиза по делу о признании гражданина недееспособным. Количество листов дела – 45. Медицинских карт – 2. Аудио-видео записей нет. По данным амбулаторной карты психиатра, в возрасте 52 лет перенес серию ишемических инсультов в системе левой внутренней сонной артерии. На КТ головного мозга выявлялся исход ишемического инфаркта, множественные кисты, а также лейкоэнцефалопатия сосудистого генеза и генерализованная церебральная атрофия 2 ст. После инсульта выявлялась правосторонняя гемиплегия. В описании психического состояния стойко отмечалась социально-бытовая беспомощность. Выявлялась утрата воспоминаний на события прошлого и нарушение запоминания текущих событий, утрата навыков чтения, счета, эмоциональная лабильность. Психиатром

диагностирована «сосудистая деменция без дополнительных симптомов». При экспертном исследовании выявлены нарушения высших корковых функций с нарушением ориентировки, утратой элементарных навыков самообслуживания, неспособностью к организации самостоятельной деятельности, в том числе в связи с утратой представления о решаемой задаче, утратой воспоминаний на события прошлого и грубой фиксационной амнезией, а также утратой критики к своему состоянию. Результат по MMSE – 5 баллов. Экспертами на основании полученных данных сделан вывод, что у Г. имеется психическое расстройство в виде «сосудистой деменции, без дополнительных симптомов». При анализе данных у экспертов из двух надежных источников получены непротиворечивые сведения, соответствующие диагностическому стандарту, выявлен ведущий синдром – грубые когнитивные нарушения, однозначно нарушающие саморегуляцию даже на этапе формирования о решаемой задаче. Таким образом, в данном примере отсутствовали признаки «клинической и экспертной сложности», и экспертиза являлась простой. Исходя из этого и данных об объеме материалов, трудоемкость экспертизы составит:  $1 \times (45+60) + (2 \times 45) + 60 = 255$  минут. То есть эксперт на проведение данной экспертизы в среднем должен затратить 4 часа 15 минут.

**Клинический пример 16.** Подэкспертная С. Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза по признанию завещания недействительной. Количество листов дела 161. Медицинской документации с записями психиатра не предоставлено. Имеется 2 медицинские карты с записями невролога, терапевта. В одной из карт из частного мед. центра отмечено, что после перенесенной травмы головы в возрасте 50 лет возникли жалобы на головные боли, головокружение, слабость. На КТ головного мозга выявлялась атрофия коры 3 степени. В более ранних записях неврологом отмечалось наличие выраженного когнитивного дефицита до уровня деменции, а также указывалось на поражение лобных отделов мозга (указание на элементы «лобной атаксии»). При этом собственно описания когнитивных нарушений не приводится. В другой медицинской карте из государственной поликлиники терапевтом и неврологом

отмечались жалобы на головные боли, головокружения. При этом неврологом отмечалось, что интеллект в норме и соответствует возрасту. Описания когнитивных функций не приводилось. При этом степень энцефалопатии указывалась то, как 2-ая, то, как 3-я. Также в данной карте отмечалась эмоциональная лабильность, быстрая смена настроения. Кроме того, в деле имелись справки о том, что умершая конфликтовала с соседями, писала жалобы в МВД и прокуратуру, скандалила, у нее отмечались вспышки агрессии. В судебных заседаниях невролог из частного центра фактически отрицал свои записи, говоря, что память и интеллект были сохранены, а также утверждал, что «деменция» не диагноз, а лишь особенности возраста. Невролог из государственной поликлиники указывал на несамостоятельность наследодателя, некритичное отношение к соматическому состоянию, отказ от госпитализаций и приема лекарств при тяжелой сердечно-сосудистой патологии, забывчивость, случаи запамятования посещений врача на дому. Истец и несколько свидетелей сообщали о грубых нарушениях памяти еще за 20 лет до сделки в тот период, когда наследодатель еще работала зав. складом. Ответчик и несколько свидетелей указывали, что наследодатель не имела каких-либо отклонений психики. При этом описывали ее бытовую беспомощность, которую нельзя было объяснить только соматическим или неврологическим расстройством. При проведении анализа и обоснования решения эксперты отметили, что высоконадежных источников сведений не предоставлено. Другие медицинские документы имеют недостаточность в описании состояния и несогласованность в оценках состояния. При этом эксперты из менее надежных источников выделили опорные точки о наличии у наследодателя к юридически значимому периоду времени психоорганической симптоматики в виде сочетания астенических симптомов, когнитивных нарушений и эмоциональной лабильности. Компенсируя образовавшиеся лакуны на основе сопоставления и интерпретации сведений из менее надежных и наименее надежных источников, выявили, что у наследодателя ведущим клиническим синдромом были когнитивные нарушения, при этом их выраженность была значительна, т.к. снижала бытовую адаптацию, кроме того,



отмечались признаки нарушения критических способностей. При этом эксперты указали, что достаточных данных о том, что у наследодателя уже имелись грубые когнитивные нарушения, достигающие уровня деменции, получено не было. Экспертами диагностировано психическое расстройство в виде «неуточненного органического расстройства личности и поведения» и сделан вывод, что наследодатель с высокой степенью вероятности не могла понимать значение своих действий и руководить ими. В данном примере имелись все признаки «клинической» и «экспертной сложности», и экспертиза относилась к группе «повышенной сложности». Исходя из этого и данных об объеме материалов, трудоемкость экспертизы составит:  $4 \times (161+60) + (2 \times 45) = 974$  минуты. То есть эксперт на проведение данной экспертизы в среднем должен затратить более 16 часов.

***Формула расчета трудоемкости СПЭ по уголовным делам.***

Для СПЭ по уголовным делам ряд элементов формулы трудоемкости рассчитывается также, как и для СПЭ по гражданским делам. В частности:  $t_{1з}$  - время на обработку аудио и видео записей (мин.);  $t_{1д}$  – время на обработку медицинской документации (мин.);  $t_2$  время работы с подэкспертным (60мин.).

Расчет времени на формулирование согласование и оформление выводов, с учетом уровня сложности СПЭ показан в Главе 4. Так, время на обоснование выводов при простой экспертизе принимается за 60 минут. При этом коэффициент сложности (К.сл.) для «простых» СПЭ равен 1; для «умеренно-сложных» СПЭ – 2; для «сложных» - 3.

Однако, определение времени на обработку уголовного дела ( $t_{1д}$ ) имеет существенные особенности. Хотя в рамках проводимого исследования также было возможно рассчитать время на обработку 1 листа уголовного дела, которое равнялось 1,2 ( $0,89 \div 1,6$ ) минут, использовать это значение для практических расчетов не представляется возможным. Это связано с тем, что в большинстве случаев экспертизы по уголовным делам назначаются на этапе предварительного следствия, когда листы дела не пронумерованы. Поэтому точно рассчитать на практике количество листов дела проблематично.

Однако, при работе с материалами дела эксперту точно известно количество томов дела. При этом данные хронометража позволяют рассчитать затраты времени на обработку одного тома. Так, на обработку одного тома в среднем затрачивается 150 (120÷180) минут. Статистически значимого различия между временем на обработку 1 тома дела и уровнем сложности экспертизы не получено ( $p \geq 0,05$ ).

Вместе с тем, имеется достоверная разница ( $p < 0,05$ ) по времени на обработку 1 тома уголовного дела в зависимости от характера криминальной ситуации. Так, если криминальные действия обвиняемого были сопряжены с применением насилия или угрозой его применения, то на обработку 1 тома дела затрачивалось 180 (150÷240) минут. При этом сами материалы дела содержали большее количество характеризующих личность сведений и более подробные допросы обвиняемого, потерпевшего и свидетелей. Если действия обвиняемого не были сопряжены с насилием, то на обработку 1 тома дела затрачивалось 120 (90÷150) минут.

На анализ 1 тома дела при проведении очной экспертизы в отношении потерпевшего (вне зависимости от характера криминальной ситуации) затрачивалось в среднем 180 (150÷180) минут, что статистически не отличалось от случаев СПЭ в отношении обвиняемых при совершении правонарушений, сопряженных с насилием. На обработку 1 тома посмертных экспертиз в уголовном процессе тратилось 240 (180 - 240) минут. Однако, достоверных различий в связи с малым числом данных СПЭ получено не было.

Время на обработку тома дела, где действия обвиняемого не были сопряжены с насилием (120 мин.), можно принять в качестве основного, и ввести повышающий коэффициент сложности анализа (Кад). Тогда для СПЭ в отношении обвиняемых, где характер криминальных действий не связан с насилием, дела равен 1 (**Кад = 1**). Для СПЭ, где криминальные действия связаны с насилием, а также для СПЭ в отношении потерпевших данный коэффициент равен 1,5 (**Кад=1,5**).

Таким образом, время на обработку уголовного дела ( $t_{1д}$ ) может быть рассчитано по формуле (7).

$$t_{1д} = 120 \times N_t \times \text{Кад} , \quad (7)$$

где  $t_{1д}$  - время на обработку уголовного дела, мин.

120- время на обработку 1 тома уголовного дела, мин.

$N_t$  - количество томов уголовного дела, шт.

Кад- повышающий коэффициент сложности анализа дела.

На основании вышеизложенного трудоемкость СПЭ по уголовному делу может быть рассчитана по формуле (8).

$$T = (120 \times N_t \times \text{Кад}) + (45 \times N_k) + (t_{зап} \times 1.1) + 60(t_2) + (60 \times \text{К.сл}), \quad (8)$$

где  $T$  - Трудоемкость СПЭ, мин.

120 - время на обработку 1 тома уголовного дела, мин.

$N_t$  - количество томов уголовного дела, шт.

Кад - повышающий коэффициент сложности анализа дела.

45 - среднестатистическое время на обработку 1 мед. карты, мин.

$N_k$  - количество медицинских карт, шт.

$t_{зап}$  - время аудио-видео записей, при их наличии, в мин.

1.1 - коэффициент для учета времени на оформление результатов анализа аудио-видео записи.

$60(t_2)$  - время осмотра подэкспертного, для очной СПЭ, мин.

60 - время на обоснование выводов при простых СПЭ, мин.

К.сл - коэффициент сложности для «простых» СПЭ равен 1;

для «умеренно сложных» - 2; для «сложных» - 3.

**Клинический пример 17.** Подэкспертный М., 29 лет. Подозревается в совершении убийства (ножевое ранение, повлекшее смерть потерпевшего на месте преступления), совершенного в ходе ссоры, возникшей во время распития

спиртных напитков. Очная экспертиза. Предоставлен 1 том дела. Медицинских карт не предоставлено. Ауди-видео записей нет. Объективных данных о развитии, психическом состоянии нет. Имеются характеристики с места жительства о том, что злоупотребляет алкогольными напитками. В ходе экспертного исследования у подэкспертного не было выявлено нарушения интеллекта, памяти, психопродуктивных симптомов, неадекватности эмоций и нарушений ассоциативного процесса. Также по самоотчету подэкспертного он начал употреблять алкоголь с 16 лет. С 20 лет алкоголизировался систематически. Стал отмечать желание употреблять алкоголь. К 25 годам утратил ситуационный и количественный контроль, алкоголизировался запоями продолжительностью до 2 недель, отмечались абстинентные состояния, амнестические формы опьянения. Толерантность выросла свыше 1 литра водки. Употреблял суррогаты алкоголя. Дважды, после резкого прекращения употребления алкоголя на фоне состояния похмелья и нарушенного сна испытывал отрывочные зрительные галлюцинации. За помощью не обращался, «проходило самостоятельно». На запомывание обстоятельств правонарушения не ссыался. Подробно описывал последовательность своих действий. Пояснял их неприязнью к потерпевшему. Формально выражал раскаяние, утверждая, что если бы был трезвый, то «не стал бы связываться». Экспертами диагностирован синдром зависимости от алкоголя 2 стадии. На момент совершения установлено состояние простого алкогольного опьянения. Сделан вывод о том, что подэкспертный мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и мог руководить ими; мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и может давать о них показаний.

В данном примере, несмотря на отсутствие медицинской документации, имеются сведения, достаточные для диагностики расстройства и отсутствуют критерии сложности СПЭ, то есть экспертиза является простой. Исходя из этого и данных об объеме материалов, трудоемкость экспертизы составит:  $120 \times 1 \times 1,5 + 60 + 60 = 300$  мин. То есть среднестатистический эксперт на проведение данной экспертизы в среднем должен затратить около 5 часов.

Для приведенных примеров, как по гражданским, так и по уголовным делам, расхождение между данными хронометрического исследования и результатом расчета с применением формулы составляли не более 45 минут, что подтверждает возможность использования данных формул на практике.

При этом следует отметить, что анализ проводился на материале одного экспертного учреждения. Следовательно, нельзя исключать того, что в других регионах, при наличии других условий, время на обработку дела или на общение с подэкспертным будет отличаться. Вместе с тем, при коррекции переменных предложенные формулы также могут применяться для расчета трудоемкости СПЭ для амбулаторных экспертиз.

#### ***Другие варианты использования формул расчета трудоемкости СПЭ.***

Как руководитель экспертного подразделения, так и эксперт-докладчик могут использовать коэффициент сложности, определенный не из фактической, а из «предварительной сложности», тем самым спрогнозировав общие трудозатраты на проведение СПЭ.

Особо следует остановиться на возможности применения формул, для расчета трудозатрат при «незавершенных» исследованиях. Так, при назначении СПЭ в отношении живого лица всегда существует вероятность того, что подэкспертный не явится на экспертизу. В рамках данного исследования не обсуждаются организационно-правовые вопросы, связанные с регламентацией действий эксперта в случае неявки подэкспертного, в частности, объем и содержание «мотивированного сообщения эксперта о невозможности вынести решение». Однако, неявка подэкспертного создает ситуацию, когда экспертом будет проведена работа, которая не будет учтена при оценке ее объема.

В ряде случаев, чтобы избежать данной ситуации, экспертами выполняется основной объем работы после того, как подэкспертный явился на экспертизу. Существенным недостатком такого подхода является то, что при предварительном изучении материалов дела могут быть пропущены важные сведения, характеризующие психическое состояние. Эти сведения будут обнаружены экспертами уже тогда, когда получить пояснения подэкспертного

будет невозможно. То есть пострадает полнота и всесторонность исследования. Кроме того, такой подход применим при относительно небольшом объеме предоставленных материалов.

Если же материалов большое количество либо ожидается «проведение экспертизы повышенной сложности», эксперт вынужден начинать полноценный анализ за несколько дней до даты осмотра подэкспертного. Это позволяет подготовиться к проведению работы с подэкспертным. Однако, именно в этом случае проделанная работа может быть не учтена.

Поскольку в предложенных формулах отдельно отражен блок обработки предоставленных материалов, то при оформлении экспертом «мотивированного сообщения о невозможности вынести решение и завершить начатое исследование в связи с неявкой» его трудозатраты могут быть объективно оценены.

### **5.3 Сложность СПЭ и оформление экспертных заключений**

Анализ 240 экспертных случаев позволяет выделить две модели оформления экспертных заключений.

*Первая модель* (187 случаев): В исследовательской части содержатся данные анамнеза, описание статуса с его интегративной оценкой, а также дополнение психического состояния результатами психологического исследования. Вся интерпретация клинических данных, обоснование диагноза, а также обоснование экспертной оценки психической патологии и ответы на вопросы приводятся в разделе «выводы». Данная модель является более распространенной, применяется как в СПЭ по уголовным, так и в СПЭ по гражданским делам.

*Вторая модель* (53 случая): В исследовательской части содержатся данные анамнеза, описание статуса с его интегративной оценкой, а также дополнение психического состояния результатами психологического исследования. После чего в исследовательской части проводится систематизация выявленных клинических феноменов, которая обозначается как «клинический анализ». Данная

модель встречалась только в СПЭ по гражданским делам, которые относились к группе «сложных» или «СПЭ с повышенной сложностью».

Прежде всего, необходимо отметить, что вторая модель оформления заключения в большей мере соответствует нормативно установленным по оформлению судебно-психиатрических заключений. Так, в п.п. 2.3.16. и 2.3.17. Инструкции по заполнению отраслевой учетной формы № 100/у-03 «заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)» указано, что исследовательская часть заключения завершается систематизацией и психопатологической квалификацией клинических феноменов для последующего соотнесения с общепризнанными международными критериями диагностики (Приказ Минздрава РФ от 12.08.2003 № 401 «Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе»).

Однако для разработки практических рекомендаций в рамках данного исследования необходимо не столько ориентироваться на нормативные документы, сколько установить, имеется ли смысл в выделении «клинического анализа» как самостоятельного подраздела в исследовательской части заключения с точки зрения формирования, обоснования и оформления выводов.

То, что «клинический анализ» выделялся в самостоятельный подраздел заключения в сложных экспертных случаях, позволяет предположить, что практический смысл выделения данного подраздела имеется, и это связано с необходимостью преодолевать диагностические затруднения.

Проведенный анализ показывает, что когда «клинический анализ» не выделяется особо (первая модель), то при наличии факторов клинической сложности в разделе «выводы» эксперт либо должен рассмотреть множество диагностических версий и обосновывать выбор итоговой гипотезы, либо редуцировать аргументацию диагноза до обоснования итогового диагноза. В первом случае это делает выводы громоздкими, а также может формировать у суда сомнения в категоричности выводов экспертов. Во втором случае это может вызвать сомнение в полноте проведенного исследования, не учитывающего всю

совокупность имеющихся данных о психическом состоянии. Даже если факторы клинической сложности отсутствуют, для того, чтобы обоснование диагноза было понятно суду (не имеющему знаний в области психиатрии), при этой модели обоснования заключения эксперт должен разъяснять используемую терминологию, балансируя между необходимостью четко приводить критерии диагностического стандарта и указывать клинико-динамические особенности психического расстройства в конкретном случае. Это также может перегружать выводы.

Совсем другая ситуация наблюдается в тех случаях, когда клинический анализ выделяется отдельно (вторая модель). «В клинической анализе» эксперты учитывают клиническую надежность сведений о психическом состоянии, обозначают опорные точки, позволяющие выдвигать диагностические версии, информационные пробелы, связанные с недостаточностью, несогласованностью и расширением спектра диагностических критериев; переводят все описания психического состояния в психопатологические термины, разъясняя их, тем самым компенсируя недостаточность диагностических критериев; сопоставляют разные описания и выявляют в них противоречия, компенсируя «лакуны» вследствие «несогласованности» диагностических критериев; обосновывают выбор гипотезы, максимально объясняющей все значимые феномены; отражают синдромологическую структуру психического расстройства у конкретного пациента в динамике и выделяют ведущий синдром; разъясняют психиатрическую терминологию; соотносят выявленные феномены с критериями диагностического стандарта. После этого, в разделе «Выводы», эксперты кратко приводят аргументацию клинического диагноза критериями диагностического стандарта, которые были обоснованы в клиническом анализе. Затем дается оценка юридической релевантности психического расстройства с опорой на выявленные в клиническом анализе клинико-динамические особенности психического расстройства.

При выделении в исследовательской части заключения «клинического анализа» итоговые выводы будут более краткими и конкретными. В то же время



будет раскрыта логика экспертов и учтены все сведения о психическом состоянии подэкспертного, что делает заключение более проверяемым и, соответственно, более достоверным.

**Клинический пример 18.** Посмертная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза по признанию сделки недействительной. В заключении в исследовательской части, после изложения данных материалов дела и медицинской документации судебно-психиатрическими экспертами оформлен клинический (психопатологический) анализ в следующем виде: *Анализ медицинской документации и других объективизированных источников:* По данным медицинской документации: к апрелю 2011 г. у Е. имелось поражение головного мозга сосудистого генеза. Так, в апреле 2011 г. при проведении компьютерной томографии головного мозга выявлена характерная для сосудистого поражения головного мозга перивентрикулярная лейкоэнцефалопатия, а также церебральная атрофия. Однако до случившегося 28.04.2011 г. инсульта данных о наличии у Е. каких-либо нарушений психики нет. По данным медицинской документации: в 2011 г. после перенесенного ишемического инсульта 28.04.2011 г. (инсульт в бассейне задней мозговой артерии слева подтвержден результатами компьютерной томографии) в остром периоде (до 3 недель) на фоне неврологических нарушений (правосторонний гемипарез, гемигипэстезия, стато-координаторные нарушения, дизартрия) при проведении нейропсихологического исследования выявлялись: когнитивная недостаточность (затруднение ориентировки в месте, снижение устойчивости внимания, затруднение слухоречевого восприятия, грубые нарушения памяти, нарушение счета, трудности в ориентации по часам, нарушения интерпретации пословиц), пассивность (пассивное отношение к обследованию). Последующая динамика перечисленных нарушений до юридически значимого события 09.02.2012 г. в медицинской документации не описана. Предоставленная видеозапись от 09.02.2012 г. позволяет однозначно исключить наличие нарушения сознания в момент совершения юридически значимых действий (доступна контакту, реагирует на обращение, отвечает на вопросы). Однако данная запись

не позволяет полно оценить уровень ориентировки в месте и времени, исключить наличие когнитивных нарушений и оценить выраженность нарушений познавательной сферы (в основном подтверждает высказывания нотариуса), а также волевые функции. Кроме того, запись косвенно подтверждает наличие эмоциональной лабильности или депрессивного настроения (плачет). Вскоре после юридически значимого события, в марте 2012 г. на фоне ухудшения соматического состояния (пневмония, нарушение кровообращения) у Е. отмечены эпизоды спутанного сознания (нарушение контакта, неправильная ориентировка, нарушение поведения, последующая амнезия периода нарушенного сознания). При этом в периоды непомянутого сознания отмечалось наличие выраженных когнитивных нарушений (не могла сообщить сведения анамнеза из-за выраженной энцефалопатии), отсутствие критики и эмоциональная лабильность (неустойчивость настроения). Кроме того, в июле 2012 г., при оказании медицинской помощи, со слов «подруги», зафиксировано, что контакт затруднен с февраля 2012 г., а нарушение контакта расценивалось как следствие перенесенного ОНМК (инсульта). Таким образом, в объективизированных источниках имеются данные о выраженных когнитивных нарушениях на фоне сосудистого поражения головного мозга, которые возникли задолго до и отмечались вскоре после юридически значимых событий. При этом динамика данных нарушений однозначно не описана. *Пояснений сторон и свидетелей не позволяют восполнить недостаточность описания состояния Е. в объективизированных источниках.* Так, истец М. подтверждает наличие эмоциональной неустойчивости (эмоциональна, с криками общалась), когнитивной недостаточности (путала имена), при этом считает это проявлениями слабоумия. Это описание не противоречит данным медицинской документации, однако не содержит данных, позволяющих однозначно диагностировать деменцию. Ответчики К. и К., нотариус Г., свидетели П., Х., О. отрицают наличие каких-либо нарушений психики у Е. Это не в полной мере соотносится с данными медицинской документации, не подтверждается однозначно видеозаписью, однако, данные лица указывают на способность Е. поддерживать речевой

контакт, узнавать, что исключает выраженную деменцию, однако, не исключает начальные проявления деменции или преддементные когнитивные нарушения. Затем судебно-психиатрические эксперты в разделе «Выводы судебно-психиатрических экспертов» отвечают на вопрос о наличии у Е. психического расстройства: Судебно-психиатрические эксперты пришли к выводу о том, что у Е. к моменту составления нотариальной доверенности 09.02.2012 г. имелось «Органическое психическое расстройство неуточненное сосудистого генеза». Об этом свидетельствует то, что у подэкспертной на фоне перивентрикулярной энцефалопатии сосудистого генеза, после перенесенного в 2011г. ишемического инсульта выявлялись выраженные когнитивные нарушения с нарушением ориентировки, грубыми нарушениями памяти), а также пассивность. Кроме того, выраженные когнитивные нарушения отмечались у Е. и вскоре после совершения юридически значимых событий. Вместе с тем, в 2011 г. выраженные когнитивные нарушения были выявлены в остром периоде нарушения мозгового кровообращения и отсутствуют сведения о дальнейшей динамике данных нарушений. Имеющаяся видеозапись не позволяет однозначно оценить выраженность когнитивных нарушений, а пояснения сторон и свидетелей неоднозначны и не восполняют недостатки описания в медицинской документации. Далее судебно-психиатрические эксперты дают совместный с психологом ответ на вопрос о способности Е. понимать значение своих действий и руководить ими в юридически значимой ситуации: У Е. задолго до юридически значимых событий, а также вскоре после них отмечались выраженные когнитивные нарушения с такими предпосылками нарушения саморегуляции, как нарушение ориентировки, выраженное снижение памяти, снижение критических способностей, а также социально-бытовая беспомощность. При этом однозначно не ясна динамика когнитивных и выраженность волевых нарушений на момент совершения юридически значимых действий. Поэтому эксперты делают вывод, что Е. с высокой степенью вероятности не могла понимать значение своих действий и руководить ими.

В данном примере эксперты ранжировали клиническую надежность источников данных, выдвигали разные диагностические гипотезы, обозначили информационные пробелы, предприняли попытку их компенсации, вначале восполняя пробелы в описании, а затем выявляя противоречия в данных. Также эксперты отразили клинику и динамику нарушений, выделили ведущий синдром и совместно с психологом доказали юридическое значение оценив, разъяснив при этом причину вероятностного вывода.

Важным является то, что при наличии такого анализа руководитель учреждения (подразделения), не анализируя самостоятельно весь массив данных, способен понять логику обоснования выводов и выявить наличие факторов клинической и экспертной сложности при проведении конкретной экспертизы.

Проверить на имеющемся эмпирическом материале само по себе выделение клинического анализа в самостоятельный раздел трудозатраты эксперта не представляется возможным, поскольку для этого нужно на однородной группе экспертных случаев сравнивать трудозатраты одной группы экспертов, при том что они будут оформлять заключения как по второй, так и по первой модели. Это мало согласуется с ежедневной экспертной работой. Вместе с тем необходимо отметить, что если эксперт должным образом (соблюдая методологию) обосновывает свои выводы, то содержание этого обоснования не должно принципиально различаться в зависимости от модели оформления заключения. Выделение «клинического анализа» в самостоятельный раздел лишь структурирует аргументацию экспертов в единую схему и позволяет нагляднее раскрыть логику принятия диагностического и экспертного решения.

Сказанное выше показывает возможность и преимущества модели оформления экспертных заключений с выделением клинического анализа в исследовательской части заключения.

**Таким образом,** в данной главе показано, что определение «сложности» СПЭ имеет не только общетеоретическое и методологическое значение, но и может практически использоваться как основа для совершенствования организации судебно-психиатрических экспертных исследований.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В разных научных публикациях, касающихся психопатологической диагностики или судебно-психиатрической экспертной оценки, можно встретить указание на сложность принятия диагностического решения в тех или иных ситуациях. Однако причины этой сложности, понятные практикующему эксперту, не могут в неизменном виде учитываться организаторами здравоохранения при планировании работы или экономическом обосновании экспертной деятельности.

Отсутствие ясных представлений о критериях оценки сложности СПЭ не позволяет решить целый ряд организационных проблем, в том числе связанных с распределением нагрузки, расчетом стимулирующих выплат, определением состава экспертной комиссии.

Традиционные исследования трудоемкости СПЭ не позволяют выявить необходимые критерии сложности, поскольку трудоемкость СПЭ – более широкое понятие и зависит как от выполнения рутинной работы, так и от сложности принятия диагностического и экспертного решения.

Следовательно, изучение сложности СПЭ как системообразующего фактора методологических решений по организации судебно-психиатрической деятельности возможно только в рамках клинико-методологического исследования. Поэтому разработка научно обоснованного подхода к определению степени сложности экспертиз на основании результатов клинико-методологического исследования явилось целью данной работы.

Поскольку клинико-методологических исследований для определения уровня сложности практически не проводилось, то одной из задач исследования является разработка методологии оценки сложности СПЭ. Анализ научной литературы позволил теоретически обосновать и проверить в ходе исследования основные положения методологии оценки сложности СПЭ.

Сложность СПЭ может быть объективизирована через анализ времени, которое эксперт затрачивает на проведение СПЭ, в зависимости от клинических и

методологических особенностей экспертного случая. Поэтому клинические методы исследования должны быть дополнены методом хронометража.

В качестве основного критерия сложности может использоваться время, затрачиваемое экспертом-докладчиком на формулирование, согласование и оформление выводов, поскольку увеличение данного времени характеризует сложность принятия решения и практически не зависит от объема рутинной работы.

Методологическое положение о двухэтапности судебно-психиатрической диагностики предопределяет вначале отдельное изучение клинической сложности (затруднений в соотнесении клинических данных с диагностическим стандартом) и экспертной сложности (затруднений в определении юридической релевантности выявленного расстройства), а затем – совокупную оценку влияния факторов клинической и экспертной сложности.

Оценка клинической сложности основана на применении герменевтического подхода к диагностике, подразумевающего выделение «опорных точек» в виде однозначно понимаемых сведений и информационных пробелов («лаун»), с учетом «надежности» источников клинических данных и соответствия клинической картины диагностическому стандарту.

Предложенное Д.Н.Корзуном и А.А.Ткаченко (2012) ранжирование материалов дела и медицинской документации по степени клинической надежности дополнено оценкой клинической надежности самоотчета подэкспертного и результатов собственных исследований. Собственные наблюдения и исследования эксперта, а также результаты привлеченных экспертом исследований сопоставимы с «наиболее надежными источниками» (психиатрической документацией). Сведения, полученные от подэкспертного при наличии продуктивного контакта с ним, сопоставимы по надежности с «менее надежными источниками» (непсихиатрической документацией, иными объективными характеристиками). Самоотчет подэкспертного при отсутствии продуктивного контакта (ответы «не по существу», противоречивые, непоследовательные и клинически недостоверные сведения) сведения следует

приравнивать к «наименее надежным источникам» (свидетельским показаниям и противоречивой документации).

Оценка экспертной сложности основана на выделении психопатологических механизмах, влияющих на звенья саморегуляции и выделении ведущего психопатологического синдрома (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н. 2016).

Исследование было выполнено на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» (г. Екатеринбург). Всего проведено 240 наблюдений. Проводился клинико-методологический анализ экспертных заключений по уголовным и гражданским делам в сочетании с изучением затрат рабочего времени эксперта докладчика.

Основным методом исследования являлся клинический (психопатологический) метод. Дополнительно применялись методы: хронометраж, математическое моделирование и статистический метод.

Для изучения «клинической сложности» отобрано 216 экспертных случаев, когда диагностика психического расстройства была проведена. В зависимости от достаточности/недостаточности, согласованности/несогласованности данных и типичности/атипичности симптоматики все данные случаи были разделены на 8 групп, отражающих разные клинические ситуации.

Анализ данных клинических ситуаций показал, что при «атипизме» клинической картины появляются диагностические признаки, выходящие за рамки диагностического стандарта, т.е. наблюдается *«расширение спектра диагностических критериев»*. Если отсутствует однозначная и исчерпывающая информация о психическом состоянии подэкспертного в надежных источниках данных, то либо наблюдается *«недостаточность диагностических критериев»*, когда отсутствуют клинически надежные данные, а недостаток информации не может быть восполнен в ходе исследования; либо отмечается *«несогласованность диагностических критериев»*, когда имеется противоречивая информация в источниках одного уровня клинической надежности.

Если указанные факторы отсутствуют, то к моменту окончания сбора клинически значимой информации экспертами всегда выявляются «опорные точки», достаточные для однозначной диагностики одного психического расстройства с типичной клинической картиной и без дополнительных симптомов. Клиническая диагностика в этом случае завершается без проведения дифференциальной диагностики и какого-либо дополнительно клинико-динамического анализа. Время, затраченное на обоснование и согласование выводов, составляет 60(60÷90) минут.

Если перечисленные факторы имеются, что достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) будут использоваться такие диагностические рубрики, как «другое» и «неуточненное» расстройство и достоверно ( $p < 0,05$ ) будет возрастать время на обоснование выводов.

Общим для диагностических ситуаций, где встречаются факторы клинической сложности, является то, что к моменту окончания сбора клинически значимых данных однозначные сведения для проведения диагностики отсутствуют.

Выявляются информационные «лакуны», которые не могут быть восполнены, и для их компенсации требуется проведение дифференциальной диагностики с учетом сведений из «менее надежных» и «наименее надежных» источников. Компенсация «лакун», связанных с избыточностью диагностических критериев, происходит путем объединения выявленных «опорных точек» в диагностическую гипотезу, максимально объясняющую симптоматику. Компенсация «лакун», обусловленных несогласованностью диагностических критериев, происходит путем отбора сведений, не затронутых противоречивостью описаний. Компенсация «лакун», определяемых недостаточностью диагностических критериев, осуществляется путем перевода «неквалифицированных» описаний ненадежных источников в психопатологические термины, то есть обнаружением «опорных точек» на основе интерпретативной деятельности и проверки клинической достоверности получаемых данных. В случае сочетания разных факторов преодоление



диагностических затруднений происходит поэтапно: вначале компенсируются лакуны, связанные с «недостаточностью критериев»; затем – обусловленные «несогласованностью критериев»; потом – связанных с «избытком критериев». То есть наличие факторов клинической сложности определяет алгоритм проведения дифференциальной диагностики.

Для СПЭ по гражданским делам установлено, что факторы клинической сложности («расширение спектра», «недостаточность» и «несогласованность» диагностических критериев), а также разные варианты их сочетания неодинаково влияют на время обоснования выводов. При отсутствии факторов клинической сложности (43 случая) оно составляет 60(45÷60) мин; при наличии «расширения спектра» критериев (28 случаев) - 90(60÷90) мин. (увеличение в 1,5 раза); при «недостаточности критериев» (4 случая) - 105(90÷125) мин. (увеличение в 1,75 раза); в случае комбинации «недостаточности» и «расширения спектра» диагностических критериев (4 случая) – 120 (100÷120) мин. (увеличение в 2 раза); при «несогласованности критериев» (7 случаев) - 180 (120÷180) мин (увеличение в 3 раза); в случае сочетания «расширения спектра» и «несогласованности» критериев (3 случая) – 180 (150÷225) мин. (увеличение в 3 раза); при комбинации «недостаточности» и «несогласованности» критериев (3 случая) - 225(150÷225) мин. (увеличение в 3,75 раза); при сочетании всех факторов клинической сложности (47 случаев) - 240(180÷360) мин. (увеличение в 4 раза). Увеличение анализируемого времени в зависимости от комбинации факторов клинической сложности статистически достоверно ( $p < 0,05$ ).

На основании этого выделены группы клинической сложности для СПЭ по гражданским делам, отличающиеся друг от друга по времени, затрачиваемому на обоснование выводов: *Простые СПЭ* (наличие одного психического расстройства с «типичным» набором диагностических критериев) - 60(45÷60) мин. *СПЭ с незначительным усложнением* (диагностика нескольких психических расстройств или одного психического расстройства с дополнительными симптомами; отсутствие признаков других групп) - 90(60÷90) мин. *Умеренно сложные СПЭ* (диагностика одного или нескольких психических расстройств при наличии

«недостаточности» диагностических критериев; отсутствие «несогласованности» (противоречивости) клинических данных - 120(90÷120) мин. *Сложные СПЭ* (диагностика одного или нескольких психических расстройств при наличии «несогласованности» (противоречивости) критериев и отсутствии «недостаточности» диагностических критериев) - 180(150÷240) мин. *СПЭ повышенной сложности* (диагностика одного или нескольких психических расстройств и сочетания «несогласованности» и «недостаточности» диагностических критериев) - 240(180÷360) мин. Различия между группами статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

Для СПЭ по уголовным делам значение имела только комбинация двух или трех любых факторов сложности, что позволило выделить группы клинической сложности, достоверно ( $p < 0,05$ ) отличающиеся по времени на обоснование выводов: *Простые СПЭ* (отсутствие факторов сложности (9 случаев) или наличие не более одного фактора клинической сложности (25 случаев) - 120(95÷150) мин. *СПЭ с незначительным усложнением* (наличие двух факторов клинической (29 случаев)) - 150(100÷180) мин. (увеличение в 1,25 раза). *Сложные СПЭ* (наличие трех факторов клинической сложности (14 случаев)). - 180(150÷180) мин. (увеличение в 1,5 раза). Различия между группами статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

Время на обоснование выводов в случае исключения психического расстройства составляло: для СПЭ по уголовным делам (12 случаев) - 120 (90÷170) мин., т.е. не являлось фактором усложнения. Для СПЭ по гражданским делам (12 случаев) - 150(150÷300) мин. (увеличение в 3 раза), т.е. являлось фактором усложнения диагностики, отражающим наличие несогласованности диагностических критериев.

Выделение групп сложности только с учетом факторов, затрудняющих клиническую диагностику, являлось предварительным, поскольку коэффициент устойчивости хроноряда ( $K_{у.факт.} = T_{max}/T_{min}$ ) приближается к нормативному (3), но не достигает его. То есть необходим учет и факторов «экспертной сложности».

Для оценки экспертной сложности для СПЭ по гражданским делам значение имело выделение ведущего синдрома. В группе, где ведущим синдромом являлись когнитивные нарушения, в случае выявления умеренных интеллектуально-мнестических нарушений, затрудняющих оценку последствий действий и оценку рисков поведения (18 случаев), время на обоснование выводов составляло 180(120÷360) мин., что достоверно ( $p < 0,05$ ) в 2 и 3 раза превышало анализируемое время при наличии юридически незначимых (легких) нарушений и грубых нарушений интеллекта и памяти, нарушающих представление о решаемой задаче. В группе, где ведущим клиническим синдромом являлись волевые нарушения разной степени, в случаях, когда волевая регуляция полностью или частично нарушалась на этапе «выбора альтернатив», однако, не нарушалась возможность реализации принятого решения, время на обоснование выводов составляло 180(150÷360) мин., что достоверно ( $p < 0,05$ ) в 2 и 1,7 раза превышало анализируемое время при наличии грубой патологии волевой сферы и юридически незначимых нарушений волевого процесса. В сборной группе, при необходимости оценивать юридическое значение «дезинтеграция психической деятельности», время на обоснование выводов составляло 210(180÷360) мин., что достоверно ( $p < 0,05$ ) в 2,3 и 3,5 раза превышало анализируемое время при наличии признаков нарушения сознания и определяющих поведение психопродуктивных расстройствах. При сравнении групп, где требовалось обосновывать юридическую релевантность «умеренно выраженных интеллектуально-мнестических нарушений», «умеренно выраженных волевых нарушений» и «дезинтеграции психической деятельности», достоверных различий не выявлено ( $p \geq 0,05$ ). Т.е. наличие любой из данных ситуаций определяет экспертную сложность.

Для СПЭ по уголовным делам не выявлено влияния характеристики ведущего синдрома на экспертную сложность. При этом, когда имела необходимость обосновывать юридическое значение психического расстройства совокупностью клинических, ситуационных и личностных факторов, время на обоснование выводов составляет 180 (150÷240) мин., что достоверно ( $p < 0,05$ ) в

1,6 и 1,5 раза увеличивало анализируемое время в сравнении с ситуацией, когда решение обосновывалось только влиянием психопатологических феноменов, или наличие психической патологии не имело юридического значения.

Фактором, затрудняющим судебно-психиатрическую оценку психических расстройств, осуществляемую после установления клинического диагноза, является необходимость обоснования нарушения саморегуляции в юридически значимой ситуации не только параметрами ведущего психопатологического синдрома.

Учитывая совокупное влияние факторов клинической сложности и экспертной сложности, выделены 4 группы сложности СПЭ по гражданским делам и 3 группы сложности по уголовным делам. Данные группы достоверно ( $p < 0,05$ ) отличаются по времени, затраченному на обоснование выводов, и набору критериев сложности, что позволяет определить коэффициент сложности.

Для СПЭ по гражданским делам: Простые СПЭ (27 случаев): Отсутствуют факторы сложности. Анализируемое время 60 (30-60) мин. Коэффициент сложности – 1. Умеренно сложные СПЭ (33 случая): либо имеются только признаки «расширения спектра» диагностических критериев; либо имеется только недостаточность диагностических критериев; либо имеется только фактор экспертной сложности. Анализируемое время 90 (60-120) мин. Коэффициент сложности – 1.5. Сложные СПЭ (36 случаев): либо имеется сочетание фактора экспертной сложности только с «расширением спектра» и (или) «недостаточностью» диагностических критериев; либо имеется только «несогласованность диагностических» критериев. Анализируемое время 150 (120-180) мин. Коэффициент сложности – 2.5. СПЭ повышенной сложности (55 наблюдений): имеется сочетание «несогласованности» диагностических критериев с фактором экспертной сложности и (или) «недостаточностью» диагностических критериев. Анализируемое время 240 (180- $\geq$ 300) мин. Коэффициент сложности – 4.

Для СПЭ по уголовным делам: Простые СПЭ (30 случаев): отсутствует фактор экспертной сложности, имеется не более одного фактора клинической

сложности. Анализируемое время 60 ( $\leq 60-90$ ) мин. Коэффициент сложности – 1. Умеренно сложные СПЭ (34 случая): либо имеется сочетание двух факторов клинической сложности; либо имеется фактор экспертной сложности и не более одного фактора клинической сложности. Анализируемое время 120(90-150) мин. Коэффициент сложности – 2. Сложные СПЭ (25 случаев): либо имеются три фактора клинической сложности; либо сочетание фактора экспертной сложности с двумя и более факторами клинической сложности. Анализируемое время 180(150- $\geq 240$ ) мин. Коэффициент сложности – 3.

Для каждой из выделенных групп сложности СПЭ хроноряды являлись устойчивыми, что подтверждало однородность выполняемой работы, которая может быть определена только по ходу экспертного исследования.

Для СПЭ по гражданским делам предварительная оценка сложности определяется исходя из характера юридической ситуации и наличия/отсутствия психиатрической документации. Так, с вероятностью 70% СПЭ при решении вопросов дееспособности при наличии психиатрической документации будут простыми, а при отсутствии психиатрической документации – умеренно сложными. СПЭ при необходимости подтвердить или опровергнуть наркологический диагноз с вероятностью 80% будут умеренно сложными. СПЭ по обжалованию действий при оказании психиатрической помощи с вероятностью 50%, а СПЭ по защите прав и интересов детей с вероятностью 80% будут сложными. СПЭ при решении вопросов «следкособности» и компенсации вреда с вероятностью более 80% будут «повышенной сложности».

Для СПЭ по уголовным делам предварительная оценка сложности определяется исходя из характера криминальных действий и возраста подэкспертного. Так, СПЭ в отношении совершеннолетних обвиняемых в совершении правонарушений, не связанных с насилием или угрозой его применения, с вероятностью 70% будут простыми. СПЭ в отношении обвиняемых в правонарушениях, связанных с насилием или угрозой его применения, с вероятностью около 80% будут умеренно сложными. К умеренно сложным также будут относиться очные СПЭ в отношении потерпевших и свидетелей. СПЭ в

отношении несовершеннолетних обвиняемых в совершении правонарушений, не связанных с насилием или угрозой его применения с вероятностью 70%, будут сложными. К категории сложных также будут относиться посмертные СПЭ в уголовном процессе.

Данные предложения по прогнозированию уровня сложности СПЭ также могут использоваться не только руководителем экспертного подразделения, но и следственными органами и судами при определении необходимости комиссионного характера экспертного исследования.

Для оценки объема выполненной экспертной работы организатору экспертных исследований в учреждении (подразделении) необходим инструмент, позволяющий рассчитать трудоемкость конкретного случая. Таким инструментом может стать *формула трудоемкости*, учитывающая коэффициенты сложности СПЭ.

Данная формула должна учитывать как объем рутинной работы, уровень сложности СПЭ, деятельность эксперта на всех этапах проведения СПЭ (анализ предоставленных материалов с их изучением и фиксацией объективного анамнеза в проекте заключения; работа с подэкспертным; обоснование, оформление и согласование выводов).

Для СПЭ по гражданским делам установлено, что от сложности СПЭ зависит как время на формулирование выводов, так и время на обработку одного листа дела, что позволяет использовать коэффициент сложности для данных переменных. Базовое время на обработку одного листа дела – 1 минута. Базовое время на оформление выводов – 60 минут. При этом коэффициент сложности (К. сл.) для «простых» СПЭ равен 1; для «умеренно-сложных» СПЭ – 1,5; для «сложных» - 2,5; для СПЭ «повышенной сложности» - 4. Время на обработку медицинских карт определяется их количеством при том, что на обработку одной карты затрачивается в среднем 45 минут. Время на обработку аудио-видео записей складывается из времени самой записи и времени на обработку данной записи с учетом постоянного коэффициента, равного 1,1. Среднее время на работу экспертной комиссии с подэкспертным составляет 60 минут.

Для СПЭ по уголовным делам установлено, что расчет времени на обработку аудио и видеозаписей, обработку медицинской документации и работу с подэкспертным аналогично СПЭ по гражданским делам. Время на формулирование выводов зависит от уровня сложности. Базовое время на оформление выводов - 60 минут. При этом коэффициент сложности (К.сл.) для «простых» СПЭ равен 1; для «умеренно-сложных» СПЭ – 2; для «сложных» - 3. Время на обработку материалов дела зависит от количества томов дела, процессуального статуса подэкспертного и характера криминальной ситуации. Так, время на обработку одного тома дела при СПЭ в отношении обвиняемых в совершении правонарушений, не сопряженных с насилием, составляет 120 минут. При этом для СПЭ в отношении потерпевших и обвиняемых в насильственных преступлениях вводится повышающий коэффициент, равный 1,5.

Трудоемкость определяется суммой всех рассчитанных переменных с учетом коэффициентов и постоянных величин.

При сравнении двух моделей оформления экспертных заключений, показаны преимущества такой модели, которая предусматривает выделение в исследовательской клинического анализа в виде самостоятельного подраздела, краткое обоснование диагноза психического расстройства критериями диагностического стандарта в разделе «выводы» и кратко обоснование выводы о юридической релевантности расстройства с использованием результатов клинического анализа. Данная модель в большей степени соответствует требованиями нормативной документации, позволяет оценить уровень сложности СПЭ и повышает доказательную силу экспертного заключения, давая возможность уяснить логику обоснования выводов.

Таким образом, проведенное исследование показывает возможность объективного исследования сложности СПЭ в рамках клинико-методологического исследования и значение определения сложности СПЭ для решения проблемных вопросов в организации экспертной работы.

## ВЫВОДЫ

1. Разработанная методология позволяет оценить уровень сложности судебно-психиатрической экспертизы и включает: оценку «надежности» всех источников клинических данных; анализ соответствия клинической картины диагностическому стандарту; хронометраж времени на формулирование, согласование и оформление выводов; учет факторов клинической и экспертной сложности.

2. Выявлены факторы, усложняющие проведение клинической диагностики в условиях амбулаторного судебно-психиатрического отделения, которые проявляются при соотнесении клинической картины с критериями диагностического стандарта. К данным факторам относятся: «расширение спектра диагностических критериев», «недостаточность диагностических критериев» и «несогласованность диагностических критериев». Перечисленные факторы определяются атипичностью симптоматики или отсутствием однозначной и исчерпывающей информации о психическом состоянии.

2.1 Для СПЭ по гражданским делам уровень клинической сложности зависит от комбинации выше названных факторов. При этом наибольшее значение имеет «несогласованность», а наименьшее значение имеет «расширение спектра» диагностических критериев.

2.2 Для СПЭ по уголовным делам значение имеет только сочетание двух или трех любых факторов клинической сложности.

3. Фактором, затрудняющим судебно-психиатрическую оценку психических расстройств, осуществляемую после установления клинического диагноза, является необходимость обоснования нарушений саморегуляции в юридически значимой ситуации не только параметрами ведущего психопатологического синдрома. Для аргументации решения требуется анализ всей совокупности клинических и психологических особенностей, а также уровня социальной адаптации.



3.1 Для СПЭ по гражданским делам экспертная сложность связана с наличием следующих характеристик ведущего психопатологического синдрома: умеренно выраженные интеллектуально - мнестические нарушения, умеренно выраженные волевые расстройства и дезинтеграция психической деятельности.

3.2 Для СПЭ по уголовным делам связь между экспертной сложностью и характеристиками ведущего психопатологического синдрома не установлена.

4. С учетом различного влияния факторов, затрудняющих клиническую диагностику и судебно-психиатрическую оценку психических расстройств, выделены 4 группы сложности СПЭ по гражданским делам и 3 группы сложности СПЭ по уголовным делам. Для выделенных групп рассчитаны коэффициенты сложности.

5. Для совершенствования организации судебно-психиатрических экспертных исследований, на основании анализа выделенных факторов и групп сложности СПЭ разработаны:

5.1 Рекомендации, по предварительной оценке сложности СПЭ с учетом характера юридически значимой ситуации, способа проведения исследования, наличия/отсутствия психиатрической документации, возраста и процессуального статуса подэкспертного.

5.2 Формулы для расчета трудоемкости СПЭ с учетом коэффициентов сложности.

5.3 Алгоритм клинического анализа, который подразумевает поэтапную компенсацию информационных пробелов, обусловленных недостаточностью, несогласованностью и расширением спектра диагностических критериев.

5.4 Рекомендации по оформлению «Заключения судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)», определяющие единую схему аргументации выводов и позволяющие оценивать уровень сложности СПЭ.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для равномерного распределения нагрузки на экспертов амбулаторных экспертных отделений, а также для определения состава экспертной комиссии целесообразно до начала экспертного исследования определить предварительную сложность СПЭ в соответствии со следующими рекомендациями:

Для СПЭ по уголовным делам:

- Простые - СПЭ в отношении совершеннолетних обвиняемых в совершении правонарушений, не связанных с насилием или угрозой его применения.
- Умеренно сложные - СПЭ в отношении обвиняемых в правонарушениях, связанных с насилием или угрозой его применения; а также СПЭ в отношении потерпевших и свидетелей.
- Сложные - СПЭ в отношении несовершеннолетних обвиняемых в совершении правонарушений, не связанных с насилием или угрозой его применения; посмертные СПЭ в уголовном процессе.

Для СПЭ по гражданским делам:

- Простые - СПЭ для решения вопросов дееспособности при наличии психиатрической документации.
- Умеренно сложные - СПЭ для решения вопросов дееспособности при отсутствии психиатрической документации; СПЭ при необходимости подтвердить или опровергнуть наркологический диагноз.
- Сложные - СПЭ по обжалованию действий при оказании психиатрической помощи; по защите прав и интересов детей.
- Повышенной сложности - СПЭ при решении вопросов «следкособности»; а также СПЭ по делам о компенсации вреда.

«Сложные СПЭ» и СПЭ «повышенной сложности» целесообразно равномерно распределять между экспертами-докладчиками. Указанные СПЭ

рекомендуется проводить комиссионно, включая в состав комиссии экспертов высшей категории с опытом проведения данных экспертиз.

2. При проведении судебно-психиатрической диагностики для оценки достаточности и согласованности данных, выдвижения и проверки диагностических гипотез рекомендуется оценивать клиническую надежность всех источников сведений о психическом состоянии, включая самоотчет подэкспертного и результаты собственных исследований эксперта.

- К «наиболее надежным источникам» целесообразно относить непротиворечивые описания из психиатрической документации, а также результаты собственных исследований эксперта.

- К «менее надежным источникам» можно относить непсихиатрическую медицинскую документацию, объективизированные характеристики, а также сведения, полученные от подэкспертного при условии продуктивного контакта с ним и при отсутствии признаков установочного поведения.

- К «наименее надежным источникам» рекомендуется относить свидетельские показания, противоречивую медицинскую документацию и самоотчет подэкспертного при отсутствии продуктивного контакта (ответы «не по существу», противоречивые, непоследовательные и клинически недостоверные сведения).

3. При определении объема выполненной работы и размера стимулирующих выплат, а также для предварительной оценки трудозатрат на конкретное исследование рекомендуется проводить расчет трудоемкости СПЭ по следующим формулам (9),(10):

Для СПЭ по уголовным делам:

$$T = (120 \times N_T \times \text{Кад}) + (45 \times N_K) + (t_{\text{зап}} \times 1.1) + 60(t_2) + (60 \times \text{К.сл}), \quad (9)$$

где T - Трудоемкость СПЭ, мин.

120 - время на обработку 1 тома уголовного дела, мин.

$N_T$  - количество томов уголовного дела, шт.

Кад - повышающий коэффициент сложности анализа дела.

45 - среднестатистическое время на обработку 1 мед. карты, мин.

Нк - количество медицинских карт, шт.

тзап - время аудио-видео записей, при их наличии, в мин.

1.1 - коэффициент для учета времени на оформление результатов анализа аудио-видео записи.

60(t2) - время осмотра подэкспертного, для очной СПЭ, мин.

60 - время на обоснование выводов при простых СПЭ, мин.

К.сл - коэффициент сложности для «простых» СПЭ равен 1;  
для «умеренно сложных» - 2; для «сложных» - 3.

Для СПЭ по гражданским делам:

$$T = K_{сл} \times (N_{л} + 60) + (N_{к} \times 45) + (t_{зап} \times 1.1) + 60(t_2), \quad (10)$$

где T - Трудоемкость СПЭ, мин.

К.сл - Коэффициент сложности: для «простых» СПЭ равен 1; для «умеренно-сложных» СПЭ – 1,5; для «сложных» - 2,5; для СПЭ «повышенной сложности» - 4.

Nл - количество листов дела, шт.

60 - время на формулирование выводов для «простых» СПЭ, мин.

Nк - количество медицинских карт, шт.

45 - среднестатистическое время на обработку 1 карты, мин.

тзап - время аудио-видео записей, при их наличии, в мин.

1.1 - коэффициент для учета времени на оформление результатов анализа аудио-видео записи.

60(t2) - время осмотра подэкспертного, для очной СПЭ, мин.

4. В случае возникновения затруднений в верификации психического расстройства дифференциальную диагностику целесообразно проводить с учетом сведений из источников всех уровней надежности. При этом клинико-динамический анализ рекомендуется проводить по следующему алгоритму:

- 1) «Перевести» все описания психического состояния, поддающиеся интерпретации, в психопатологические термины.
- 2) Отобрать для анализа только непротиворечивые данные.
- 3) Найти диагностическую гипотезу, максимально объясняющую все симптомы.

5. Для соблюдения нормативных требований к оформлению Отраслевой ученой формы № 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта (комиссии экспертов)», для повышения доказательной силы экспертных заключений, а также для обеспечения возможности оценки уровня сложности СПЭ рекомендуется завершать исследовательскую часть экспертного заключения клиническим анализом, отражающим клиническую надежность сведений, факторы клинической сложности, результаты компенсации информационных пробелов, систематизацию выявленных клинических феноменов и их психопатологическую квалификацию.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

**ГПК** - Гражданский процессуальный кодекс

**МЗ** - Министерство Здравоохранения

**МКБ** - Международная классификация болезней

**РФ** - Российская Федерация

**СПЭ** - судебно-психиатрическая экспертиза

**УК** - Уголовный Кодекс

**УПК** - Уголовный Процессуальный Кодекс

**ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского»** - Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ** - Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**AAPL** - Американская академия психиатрии и права (The American Academy Psychiatry and the Law ).

**DSM** - Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders).

**ICD** - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Аверьянова Т.В. Судебная экспертиза: Курс общей теории / Т.В.Аверьянова. - М.: Норма, 2009. - 480 с.
2. Александрова З.Е. Словарь синонимов русского языка: Ок. 11 000 синоним. рядов / З.Е.Александрова. - 11. изд., перераб., и доп. - М.: Рус. яз., 2001. - 564 с.
3. Алмазов Б.Н. Правовая психопатология: Учебное пособие / Б.Н.Алмазов. - М.: Дата Сквер, 2009. - 376 с.
4. Ануфриев А.К. Избранные труды по психиатрии / А.К.Ануфриев. -М.: Логос, 2013. - 352 с.
5. Аршинов В.И. Синергетика встречается со сложностью / В.И.Аршинов // Вопросы философии. - 2011. - №4. - С. 73-84.
6. Аршинов В.И. Сложностный мир в контексте его наблюдателя / В.И.Аршинов // Философия, методология и история науки. - 2015. - Т.1. - №1. - С.86-99.
7. Балакшин В.С. Доказательства и доказывание в уголовном процессе. Виды доказательств / В.С. Балакшин // Уголовный процесс: учебник; под. ред. В.С.Балакшина, Ю.В.Козубенко, А.Д.Прошлякова. – М.: Инфотропик Медиа, 2016. - С. 261-315.
8. Березанцев А.Ю. Соматоформные и психосоматические расстройства в практике судебной психиатрии: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Березанцев Андрей Юрьевич. М., 2001. - 279 с.
9. Благов Л.Н. О понятии коморбидности в клинической наркологии / Л.Н. Благов, Д.И. Кургак // Наркология. - 2006. - № 5. - С. 58-63.
10. Богин Г.И. Филологическая герменевтика / Г.И.Богин. - Калинин: КГУ, 1982. - 50 с.
11. Боков С.И. Метод определения трудоемкости выполнения научно-исследовательской работы в условиях риска, основанный на ее декомпозиции и

формирования условных типов работ / С.И. Боков, А.Г. Подольский // Финансовая аналитика: проблемы и решения. - 2015. - № 26. - С. 22-32.

12. Большая Советская Энциклопедия. Том 23. Сафлор - Соан. 3-е изд. / глав. ред. А.М. Прохоров. - М.: Советская Энциклопедия, 1976. - 640 с.

13. Бомов П.О. Дефицитарные расстройства у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте: клинико-нейропсихологический и реабилитационный аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Бомов Павел Олегович. - Оренбург, 2007. - 24 с.

14. Боннер А.Т. Традиционные и нетрадиционные средства доказывания в гражданском и арбитражном процессе: монография / А.Т.Боннер. - М.: Проспект, 2014. – 616 с.

15. Бохан Н.А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.45 / Бохан Николай Александрович. - Томск, 1996. – 46с.

16. Буданов В.Г. Методология проектирования и прогнозирования в контексте синергетики и теории сложности / В.Г. Буданов // Философия науки. - 2011. - №16. - С. 56-86.

17. Букреев Н.В. Клинико-эпидемиологическое обоснование подходов к формированию медико-экономических стандартов для организации судебно-психиатрической экспертной службы: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Букреев Никита Валерьевич. – М.:, 2003. - 180 с.

18. Букреева Н.Д. Современные проблемы стандартизации судебно-психиатрической экспертной деятельности / Н.Д. Букреева // Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики; под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. - 2004. - Вып.1. - С. 4 -16.

19. Букреева Н.Д. Управление качеством судебно-психиатрической экспертной деятельности: Методические рекомендации / Н.Д. Букреева. - М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2013. - 42 с.



20. Букреева Н.Д. Управление качеством судебно-психиатрической экспертной деятельности [Электронный ресурс] / Н.Д.Букреева, Е.А.Кормачева, Р.В.Кутуева // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии, 19-21 сентября 2013 года, г. Самара, Тезисы конференции / под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова; - Самара. - 2013 - С. 377-379. - Режим доступа: [https://psychiatr.ru/download/1146?view=1&name=T-Med-Samara-2013\\_abstr.pdf](https://psychiatr.ru/download/1146?view=1&name=T-Med-Samara-2013_abstr.pdf) (дата 16.01.2019).

21. Бунеев А.Н. Задачи судебной психиатрии / А.Н.Бунеев // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы: методические статьи и инструктивные материалы. - М.: Государственное издательство юридической литературы, 1955. - С.7-13.

22. 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. 369-375.

23. Бутылина Н.В. Особенности посмертной судебно-психиатрической экспертизы лиц с онкологическими заболеваниями в гражданском процессе / Н.В.Бутылина // Судебная психиатрия. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе; под ред. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. - М: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава». - 2007. - Вып. 4. - С.3-12.

24. Вандыш-Бубко В.В. Органическое психическое расстройство: судебно-психиатрический функциональный диагноз / В.В. Вандыш-Бубко // Функциональный диагноз в судебной психиатрии; под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2001. - С. 76-98.

25. Вандыш-Бубко В.В. Судебно-психиатрическая оценка лиц с органическим психическим расстройством не исключающим вменяемости (ст. 22 УК РФ): Пособие для врачей / В.В. Вандыш-Бубко, Е.С. Андреева. – М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004. – 40 с.

26. Вандыш-Бубко В.В. Дефицитарные органические психические расстройства (систематика, принципы экспертной деятельности): Аналитический обзор / В.В. Вандыш-Бубко, А.А. Григоров. - М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2008. - 36 с.

27. Вандыш-Бубко В.В. Патоморфоз органического расстройства (судебно-психиатрический аспект): Аналитический обзор / В.В. Вандыш-Бубко, А.А.Григоров, Е.Ю.Харитonenкова. – М.: ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2010. – 35 с.

28. Вандыш В.В. Клиническая динамика органического психического расстройства, сопряженного с сердечно-сосудистой патологией, в судебно-следственной ситуации / В.В.Вандыш, Г.В. Тарасова, М.В.Гиленко // Судебная психиатрия. Органические психические расстройства и эпилепсия: судебно-психиатрический диагноз; под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава». - 2010. - Вып. 7. - С. 3-13.

29. Вандыш-Бубко В.В. Органическое психическое расстройство: современные принципы и возможности клинико-инструментального обследования Методические рекомендации. / В.В.Вандыш-Бубко, М.В.Гиленко, А.А.Григоров // Судебно-психиатрическая экспертиза: методические и аналитические материалы. - М.: Институт проблем управления здравоохранением, 2010. - С. 29-46.

30. Вандыш-Бубко В.В. Психические расстройства, коморбидные с органическим заболеванием головного мозга: Аналитический обзор / В.В.Вандыш-Бубко, М.В. Гиленко. - М.: ФГУ «ГНЦ ССП» Росздрава, 2010. - 44 с.

31. Вандыш-Бубко В.В. К вопросу о коморбидной патологии в судебной психиатрии / В.В.Вандыш-Бубко, М.В.Гиленко, Г.В.Тарасова, М.И.Топилина // Российский психиатрический журнал. - 2013. - №4. - С. 4-8.

32. Васюков С.А. Дифференциальный диагноз при шизофрении и реактивных психозах / С.А. Васюков, Н.И. Аносова // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник; под ред. Г.А. Фастовцева. - М.: ФГУ

«ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России. - 2011. - № 49. - С. 85-98.

33. Введенский Г.Е. Обеспечение качества комплексной сексолого-психиатрической экспертизы (требования к объему и полноте сексологического исследования): Методические рекомендации / Г.Е. Введенский, А.А. Ткаченко // Судебно-психиатрическая экспертиза: методические и аналитические материалы. - М.: Институт проблем управления здравоохранением, 2010. - С. 95-112.

34. Воробьев Р.В. Смешанные состояния в клинике биполярного аффективного расстройства: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Воробьев Руслан Вячеславович. – М., 2014. - 174 с.

35. Гайдай Е.С. Клинические особенности некоторых травматических психозов протекавших с синдромом психического автоматизма / Е.С. Гайдай // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник научных работ. - М.: Медицина. - 1968. - № 12. - С. 34-42.

36. Гайсин Р.Р. Принцип сложности в естественнонаучном познании. Методологический анализ: дис. ... канд. филос. наук: 09.00.01 / Гайсин Ришат Рауфович. – Уфа, 2002. - 169с.

37. Ганнушкин П.Б. Избранные труды / П.Б. Ганнушкин. - М.: Книжный Клуб Книговек, 2013. - 432 с.

38. Гарафутдинов Д.М. Экспериментально-клиническое обоснование выбора методов лучевой диагностики в клинике дентальной имплантологии: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Гарафутдинов Динар Минзагитович. – М., 2004. - 132 с.

39. Гиленко М.В. Органические психические расстройства, коморбидные с зависимостью от алкоголя (клинико-динамический, судебно-психиатрический аспекты): дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06 / Гиленко Мария Владимировна. -М., 2016. - 278с.

40. Гильбурд О.А. Шизофрения: семиотика, герменевтика, социобиология, антропология / Олег Гильбург. – М.: Видар, 2007. - 359 с.

41. Головин С.Ю. Словарь практического психолога / С.Ю.Головин. - Минск: Харвест, 1998. - 551 с.
42. Горбачевич К.С. Словарь синонимов русского языка (более 4000 синонимов) / К.С. Горбачевич. - М.: Эксмо, 2007. - 608 с.
43. Горинов В.В. О критериях экспертной оценки глубины врожденного слабоумия / В.В. Горинов, Н.А. Дзеружинская // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. Сборник научных трудов; под ред. Г.В.Морозова. – М., 1990. - С. 100-104.
44. Горинов В.В. Проблема феноменологии кратковременных психотических расстройств, диагностируемых в судебно-психиатрической клинике / В.В.Горинов // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы; под ред. В.В.Вандыша. - М: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава России. - 2014. - Вып. 11. - С. 31-39.
45. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 N 138-ФЗ (ред. от 27.12.2018) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс // Опубликовано 28.12.2018 на официальном интернет-портале правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. - Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_39570/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_39570/) (16.01.2019).
46. Гурьева В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В.А.Гурьева, Т.Б.Дмитриева, Е.В.Макушкин и др.; под ред. В.А.Гурьевой. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. - 488 с.
47. Данилов Ю.А. Что такое синергетика? / Ю.А. Данилов, Б.Б. Кадомцев // Прекрасный мир науки; под общ. ред. В.И. Санюка, Д.И. Трубецкого. - М.: «Прогресс-Традиция», 2008. - С. 130-142.
48. Доютова М.В. Научные основы совершенствования работы территориальной поликлиники в современных условиях: дис. ... докт. мед. наук: 14.02.03 / Доютова Марина Владиславовна. – М., 2012. - 349 с.
49. Дмитриева Т.Б. Предмет и задачи судебной психиатрии Т.Б.Дмитриева // Руководство по судебной психиатрии; под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича, А.А.Ткаченко. – М.: Медицина, 2004. - С. 16-20.

50. Дмитриева Т.Б. О порядке контроля за организацией деятельности судебно-психиатрических учреждений (отделений): Методические рекомендации / Т.Б.Дмитриева, Н.Д.Букреева, Е.В.Макушкин и др. - М.: ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2007г. – 20 с.

51. Дмитриева Т.Б. Судебная психиатрия: Учебное пособие / Т.Б.Дмитриева, А.А. Ткаченко Н.К., Харитонов, Шишков С.Н. – М.: ООО МИА, 2008. – 752 с.

52. Докучаева О.Н. Судебно-психиатрическое значение состояний декомпенсации при травматическом и сосудистом поражении головного мозга / О.Н. Докучаева, С.П. Разумовская // Судебно-психиатрическая экспертиза. Сборник научных трудов. - М., Центр. науч.-исслед. ин-т судеб. психиатрии им. проф. В. П. Сербского. - 1978. - № 30. - С. 13-20.

53. Дробижев М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Дробижев Михаил Юрьевич. М., 2000. - 41 с.

54. Дубина И.Н. К феноменальности творчества — через синергетическую сложность / И.Н. Дубина // Аналитика сознания: Сборник научных статей; под ред. В.В. Корнева. - Барнаул, 1998. - С. 61-78.

55. Елдашев С.А. Методические основы нормирования труда в современной терапевтической стоматологической практике: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Елдашев Сеймур Айдынович. – М., 2004. - 132 с.

56. Енгальчев В.Ф. Психологические особенности профессионального общения судебного психолога – эксперта в контексте решения экспертных задач / В.Ф. Енгальчев, А.В. Юнда // Использование психологических знаний в интересах правосудия: Материалы научно-практической конференции 18-19 мая 2006г. - Екатеринбург: Издательский дом «Уральская государственная юридическая академия, 2006. - С. 85-88.

57. Забеглов В.В. Компьютерно-ориентированные схемы минимизации временной сложности цифровой обработки сигналов при динамическом

изменении отсчетов: дис. ... канд. тех. наук: 05.13.17 / Забеглов Валерий Валерьевич. - Таганрог, 2010. – 206 с.

58. Зайцева Н.В. Хронометраж рабочего времени как инструмент оценки и формирования организационной культуры в медицинской организации / Н.В.Зайцева, Н.В.Присяжная, Н.Н.Богачанская и др. // Социология медицины. - 2015. - № 2. - С. 35-40.

59. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 19.07.2018) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс // Опубликовано 19.07.2018 на официальном интернет-портале правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. - Режим доступа: [http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=302967&fld=134&dst=1000000001,0&rnd=0.2158298275147047#07244886666157139\\_\(16.01.2019\)](http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=302967&fld=134&dst=1000000001,0&rnd=0.2158298275147047#07244886666157139_(16.01.2019)).

60. Заслонов В.Г. Исследование затрат рабочего времени: хронометраж: учебное пособие по практическим занятиям / В.Г.Заслонов. - Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2013. – 39 с.

61. Игонин А.Л. Диагностика и судебно-психиатрическая оценка различных состояний, вызываемых употреблением ПАВ (обзор): Сообщение 1 / А.Л. Игонин, О.В. Баранова, Н.Е. Кулагина, И.В. Офтаев // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы; под ред. В.В. Вандыша. – М: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского» Минздрава России. - 2014. - Вып. 11. - С. 53-70.

62. Илейко В.Р. Симуляция психических расстройств психопатическими личностями в судебно-психиатрической клинике: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Владимир Ростиславович Илейко. – М., 1992 - 24с.

63. Илейко В.Р. Методика оценки показаний свидетелей при посмертной судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе / В.Б.Первомайский, В.Р.Илейко // Судебно-психиатрическая экспертиза: от теории к практике. - Киев: КИТ, 2006. - С. 284-293.

64. Иммерман К.Л. Симуляция и диссимуляция психических расстройств / К.Л. Иммерман // Судебная психиатрия: Учебник; под ред. А.С.Дмитриева, Т.В.Клименко. - М.: Юристъ, 1998 - с. 357-373.

65. Информационное письмо Президиума Высшего Арбитражного суда РФ от 01.07.2014 №167 «Рекомендации по применению критериев сложности споров, рассматриваемых в арбитражных судах Российской Федерации» [Электронный ресурс]. // СПС Консультант Плюс // Опубликовано: Вестник экономического правосудия РФ, 2014. - № 9. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ARB002&n=404312#051326088145941> (16.01.2019).

66. Казарян В.П. Сложность как характеристика постнеклассической науки / В.П. Казарян // Российский гуманитарный журнал. - 2014. - № 6 (3) - С.417-424.

67. Карбонье Ж. Юридическая социология / Ж.Карбонье. - М.: Прогресс, 1980. – 352с.

68. Кастельс М. Информационная эпоха: экономика, общество и культура / М.Кастельс // Пер. с англ. под науч. ред. О. И.Шкаратана. - М.: ГУ ВШЭ, 2000. - 608 с.

69. Качаев А.К. Металкогольные (алкогольные) психозы / А.К. Качаев, Н.Н. Иванец, Н.Г. Шумский // Алкоголизм: руководство для врачей; под ред. Г.В.Морозова, В.Е.Рожнова, Э.А.Бабаяна. – М.: Медицина, 1983. - С. 225-307.

70. Клименко Т.В. Дифференцированная судебно-психиатрическая оценка лиц с зависимостью от психоактивных веществ / Т.В.Клименко // Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. - 2004. - Вып. 1. - С. 56-65.

71. Клинические разборы в психиатрической практике / под ред. проф. А.Г.Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 704 с.

72. Клинические разборы в психиатрической практике II / под ред. проф. А.Г.Гофмана, Ю.С. Савенко; составитель Л.В.Виноградова – М.: МЕДпресс-информ, 2017. - 640с.

73. Ковалевская И.М. Основные психопатологические синдромы: учебное пособие / И.М.Ковалевская. – Екатеринбург: Уральское издательство, 2010. – 122с.

74. Кожевников А. Ю. Словарь синонимов современного русского языка. Речевые эквиваленты: практический справочник / А.Ю.Кожевников. - М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2009. - 800 с.

75. Козюрин Н.Н. «Сложность комбинаторных алгоритмов» [Электронный ресурс] / Н.Н.Козюрин // Лекции по курсу 7 ноября 2003г. - Режим доступа:

[http://tka4.org/materials/study/%23ANOTHER/%5Bmaterials\\_from\\_no\\_access%5D%203%20potok/%D0%92%D0%A1%D0%90/%D0%92%D0%A1%D0%90\\_1.pdf](http://tka4.org/materials/study/%23ANOTHER/%5Bmaterials_from_no_access%5D%203%20potok/%D0%92%D0%A1%D0%90/%D0%92%D0%A1%D0%90_1.pdf)

(16.01.2019).

76. Кондратьев Ф.В. Деонтология в судебно-психиатрической практике: Методические рекомендации / Ф.В. Кондратьев. – М.: Изд-во МЗ СССР, 1987. – 28 с.

77. Кондратьев Ф.В. Этика и деонтология в судебной психиатрии / Ф.В.Кондратьев, Б.В.Шостакович // Руководство по судебной психиатрии; под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича, А.А.Ткаченко. - М. Медицина, 2004. - С. 81-88.

78. Карпов Ю.Г. Сложность алгоритмов и программ / Ю.Г.Карпов, П.В.Трифонов // Компьютерные инструменты в образовании. - 2007. - №6. - С. 4-10

79. Корзун Д.Н. К вопросу о методологии судебно-психиатрических экспертиз / Д.Н.Корзун, А.А.Ткаченко // Российский психиатрический журнал. - 2012. - № 5. - С. 23-30.

80. Корзун Д.Н. Роль различных источников информации при производстве судебно-психиатрической экспертизы / Д.Н.Корзун, А.А.Ткаченко //



Судебная психиатрия. Актуальные проблемы; под ред. профессора В.В.Вандыша. - М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России. - 2012. - Вып. 9. - С. 102-111.

81. Корзун Д.Н. Модели судебно-психиатрической экспертной оценки / Д.Н.Корзун, А.А.Ткаченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2013. - № 1. - С.44-48.

82. Корзун Д.Н. Судебно-психиатрическая оценка механизмов принятия юридически значимых решений / Д.Н.Корзун, А.А.Ткаченко // Российский психиатрический журнал. - 2013. - № 1. - С. 11-17.

83. Корзун Д. Н. Психопатологические механизмы принятия юридически значимых решений / Д.Н.Корзун, А.А.Ткаченко // Российский психиатрический журнал. - 2013. - № 2. - С. 11-19.

84. Корзун Д.Н. К вопросу о методологии доказывания экспертных выводов / Д.Н.Корзун, А.А.Ткаченко // Российский психиатрический журнал. - 2013. - №5. - С. 4-13.

85. Корзун Д.Н. Методология судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе: дис. ... докт. мед. наук: 14.01.06 / Корзун Дмитрий Николаевич. – М., 2014. – 309с.

86. Королева Е.В. Актуальные проблемы посмертной судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе. Судебная психиатрия / Е.В. Королева // Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе; под ред. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. - М: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава». - 2007. - Вып. 4. - С. 57-74.

87. 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: Сборник научных трудов; под ред. Т.Б.Дмитриевой, А.Ю.Березанцева. - М. ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2009. - С. 118-128.

88. Косенко А.А. Бюджет рабочего времени лечащего врача типовой городской поликлиники и нормообразующие факторы [Электронный ресурс] /

А.А. Косенко // Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 4. – Режим доступа: [www.science-education.ru/118-13960](http://www.science-education.ru/118-13960). (16.01.2019).

89. Коченов М.М. Теоретические основы судебно-психологической экспертизы: автореф. дис. ... докт. психол. Наук: 19.00.06 / Коченов Михаил Михайлович. – М., 1991. - 45с.

90. Коэн Ш.Т. Злоупотребление наркотическими веществами и психические заболевания / Ш.Т. Коэн, Р. Вейс // Наркология; под ред. Л.С.Фридмана.- М.: СПб: «Издательство Бинوم» - «Невский Диалект», 1998. – С. 275-285.

91. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. - М.: Практическая медицина, 2011. - 432 с.

92. Краснушкин Е.К. Судебно-психиатрические очерки / Е.К.Краснушкин. - М.: Издание М. и С. Сабашниковых, 1925. – 115 с.

93. Кронфельд А. Становление синдромологии и концепция шизофрении / А. Кронфельд. - М.: Независимая фирма «Класс», 2006. - 768 с.

94. Кудрявцев И.А. О должностных обязанностях и нормативах нагрузки психолога амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий и отделений стационарной судебно-психиатрической экспертизы: пособие для врачей / И.А. Кудрявцев, М.В. Морозова, О.Ф. Савина. - М.: ФГБУ ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2000. - 37 с.

95. Лавринович А.Н. Экспертные понятия в практике судебной психолого-психиатрической экспертизы / А.Н. Лавринович, А.С. Голев // Юридическая психология: тезисы докладов к VII съезду Общества психологов СССР. - М., 1989. - С. 43-44.

96. Лазарева В.А. Доказывание в уголовном процессе: учебно-практическое пособие / В.А. Лазарева. - М.: Издательство Юрайт, 2013. - 359 с.

97. Леонов А.М. Эпистемология сложности в контексте компьютерных наук: дис... д-ра филос. наук: 09.00.01 / Леонов, Андрей Михайлович. - Якутск, 2006. - 356 с.

98. Лунц Д.Р. Судебно-психиатрические взгляды В.Х. Кандинского / Д.Р. Лунц // Проблемы судебной психиатрии: Сборник. - М.: Государственное издательство юридической литературы. - 1957. - № 7. - С. 17-29.

99. Лунц Д.Р. Основные принципы судебно-психиатрической оценки при решении вопроса о невменяемости / Д.Р. Лунц // Проблемы судебной психиатрии: Сборник. – М.: Государственное издательство юридической литературы. - 1957. - № 7. - С.30-55.

100. Лунц Д.Р. Проблема невменяемости в теории и практике судебной психиатрии / Д.Р. Лунц. - М.: Медицина, 1966. – 236 с.

101. Любарт Т. Творческий процесс / Т. Любарт, К. Муширу, перевод с франц. Е.А. Валуевой // Психология. Журнал Высшей школы экономики. - 2005. - № 4. - С. 74–80 с.

102. Майлис Н.П. Творческий подход при решении экспертных задач как залог эффективности и качества производства судебных экспертиз / Н.П. Майлис // Вестник Московского университета МВД России. - 2017. - № 2. - С. 71-73.

103. Макушкин Е.В. Клинико-эволютивная систематика и судебно-психиатрическое значение дизонтогенетических психических и поведенческих расстройств у подростков: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / Макушкин Евгений Вадимович. – М., 2002. - 54 с.

104. Макушкин Е.В. Шизофрения, шизотипические, шизоаффективные и шизофреноформные расстройства в судебно-психиатрической экспертизе: минимальный комментарий / Е.В. Макушкин // Судебная психиатрия. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних; под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП Росздрава. - 2008. - Вып. 5 - С. 81-96.

105. Макушкин Е.В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием / Е.В.Макушкин. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. - 240с.

106. Макушкин Е.В. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних: Методические рекомендации / Е.В. Макушкин,

Е.Г. Дозорцева, В.Д. Бадмаева. - М.: ФГУ ГНЦССП им. В.П. Сербского Минздравсоцразвития России, 2011. - 28 с.

107. Макушкин Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних / Е.В.Макушкин, Е.Г.Дозорцева, В.Д.Бадмаева // Руководство по судебной психиатрии; под ред. А.А. Ткаченко. - М.: Издательство Юрайт, 2012. - С. 422-450.

108. Макушкина О.А. Структурированная оценка риска опасного поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами / О.А.Макушкина, Л.А.Муганцева // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б.Ганнушкина. - 2016. - № 6. - С. 60-64.

109. Макушкина О.А. Методика структурированной оценки риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами / О.А.Макушкина, Л.А.Муганцева // Психическое здоровье. - 2016. - № 10. - С. 18-26.

110. Малинова И.П. Философия права и юридическая герменевтика: Монография / И.П.Малинова. - Екатеринбург: Издательский дом «Уральская государственная юридическая академия», 2013г. - 172с.

111. Малышева Л.В. Об определении и взаимосвязи понятий «сложность» и «трудность» в контексте исследования интеллекта / Л.В. Малышева // Территория науки. - 2007. - №4. - С. 536-543.

112. Мареева Е.С. Организация, нормирование и оплата труда: учебное пособие / Е.С. Мареева, О.Н. Богатырева. – СПб, ГТУРП, 2012. - 47 с.

113. Марьенко Л.Б. Влияние соматической коморбидности на течение эпилепсии / Л. Б. Марьенко // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2013. - № 10. - С. 60-62.

114. Маякова А. В. Теория сложности в ракурсе исследований Российской постнеклассической философии / А.В.Маякова // Вестник ВГУ. Серия: Философия. - 2016. – Вып. 3. - С. 167-173.

115. Мейер Д.И. Русское гражданское право / Д.И. Мейер // По исправленному и дополненному 8-му изд., 1902. - Изд. 3-е, испр. - М.: «Статут», 2003. - 831 с.

116. Мелехов Д.Е. Значение клинического изучения психически больных в условиях трудовой деятельности для функционального диагноза и социально-трудового прогноза / Мелехов Д.Е. // Диагностические проблемы психиатрии. Сборник науч. трудов; под ред. Г. В. Морозова. - М.: М-во здравоохранения СССР: Центр. науч.-исслед. ин-т судебной психиатрии им. проф. В. П. Сербского: Всесоюз. науч. мед. о-во невропатологов и психиатров, 1973. - С. 171-179.

117. Методика разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала: метод. указания. - М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2013. - 28 с.

118. Молдавская Н.А. Организация нормирования труда врачей-стоматологов детских при применении современных технологий: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.33 / Молдавская Нелли Александровна. – М., 2006. - 151 с.

119. Моркина Ю.С. Понятие сложности в анализе художественного творчества / Ю.М. Моркина // Сборник материалов VIII Международного симпозиума «Рефлексивные процессы и управление». - М.: «Когито-Центр», 2011. - С. 182–184.

120. Морозов Г.В. Основные достижения и задачи научных исследований в области судебной психиатрии / Г.В. Морозов // Актуальные вопросы социальной и клинической психиатрии. Том 1. - Душанбе, 1969. - С. 5-11.

121. Морозов П.В. История развития научных основ психиатрии / П.В.Морозов // Психиатрия: национальное руководство. - М.: Гэотар-Медиа, 2009. - С.41-63.

122. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С.Н. Мосолов. - М.: Новый цвет, 2001. - 237 с.

123. Мотов В.В. Фундаментальные вопросы американской судебной психиатрии и психиатрии и права / В.В. Мотов. – М: Фолиум, 2008. – 252с.

124. Мохонько А.Р. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2010 году: Аналитический обзор / А.Р. Мохонько, Л.А. Мурганцева. - М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России. - 2011. - Вып. 19. – 188 с.

125. Мохонько А.Р. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2011 году: Аналитический обзор / А.Р.Мохонько, Л.А.Мурганцева. - М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России. - 2012. - Вып. 20. – 196 с.

126. Мохонько А.Р. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2012 году: Аналитический обзор / А.Р. Мохонько, Л.А. Мурганцева. - М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России. - 2013. - Вып. 21. - 192 с.

127. Мохонько А.Р. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2014 году: Аналитический обзор / А.Р. Мохонько, Е.В. Макушкин, Л.А. Мурганцева; под ред. Е.В. Макушкина. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. - 2015. - Вып. 23. - 212 с.

128. Мохонько А.Р. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2015 году: Аналитический обзор / А.Р. Мохонько, Е.В. Макушкин, Л.А. Мурганцева; под ред. Е.В.Макушкина. - М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России. - 2016. - Вып. 24. - 212 с.

129. Мошков М.Ю. Временная сложность деревьев решений: дис. д-ра. физ.-мат. наук: 01.01.09 / Мошков Михаил Юрьевич. - Н.Новгород, 1999.- 182 с.

130. Мягкова Г.Г. Организация, нормирование и оплата труда: учебное пособие / Г.Г. Мягкова. – Владивосток: Изд-во ВГУЭС, 2007. - 140 с.

131. Наймушина О.Э. Технология многофакторной оценки сложности учебных заданий по физике: дис... канд. пед. наук: 13.00.02 / Наймушина Ольга Эдуардовна. - Екатеринбург, 2010г. – 211с.

132. Немцев М.Ю. О понятии «текст» в философской герменевтике (Г.Гадамер и П. Рикер) / М.Ю. Немцев // Вестник Томского государственного университета. - 2008. - № 309. - С. 36-39.
133. Никифоров А.Л. Семантическая концепция понимания / А.Л.Никифоров // Загадка человеческого понимания; под общ. А.А. Яковлева. - М., Политиздат, 1991. - С. 72-94.
134. Николис Г. Познание сложного. Введение / Г. Николис, И. Пригожин; Пер. с англ. В. Ф. Пастушенко. -М.: УРСС, 2003. – 344 с..
135. Обзор судебной практики по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам. Бюллетень Верховного суда Российской Федерации №3 2012 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.vsrp.ru/files/13860/> (16.01.2019).
136. Ожегов С.И. Словарь русского языка [57000 слов] / С.И. Ожегов // изд. 19-е., испр; под ред. Н.Ю. Шведовой. - М.: Рус. Яз., 1987. - 750 с.
137. Озерникова Т.Г. Оплата труда персонала: учебное пособие / Т.Г.Озерникова, И.Г.Носырева. - Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2015. - 390с.
138. Осколкова С.Н. Дифференциальная диагностика шизофрении и резидуально-органического поражения головного мозга при психопатоподобных состояниях: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.18 / Осколкова Софья Натановна. М., 1992. – 46 с.
139. Пантелеева Г.П. Методы стандартизации диагноза и количественной оценки состояния психически больных / Г.П. Пантелеева, С.И. Гаврилова // Руководство по психиатрии в 2 томах: Том 1; под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. - С. 234-250.
140. Пелипас В.Е. Симуляция психических расстройств и ее распознавание при судебно-психиатрической экспертизе: Методические рекомендации / В.Е.Пелипас. // М-во здравоохранения СССР, Упр. по внедрению новых лекарств, средств и мед. техники. - М.: Б.и., 1983. - 26 с.

141. Печерникова Т.П. Суточно-параноидальные состояния при шизофрении / Т.П. Печерникова // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник научных работ. - М.: Медицина. - 1968. - № 12 - С. 14-20.

142. Печерникова Т.П. Особенности проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз / Т.П. Печерникова // Лекция по конспекту А.Ю.Березанцева / Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т.П. Печерниковой. Сборник научных трудов; под ред. Т.Б.Дмитриевой, А.Ю.Березанцева. - М. ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2009. - С. 5-19.

143. Пивень Б.Н. О смешанных формах психических заболеваний / Б.Н.Пивень // Независимый психиатрический журнал. - 2003. – №4. - С. 27-29.

144. Пищикова Л.Е. Судебная геронтопсихиатрия: Аналитический обзор / Л.Е. Пищикова. - М.: ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2011. - 60с.

145. Позолотина Е.И. Сравнение методов нормирования труда / Е.И.Позолотина // Human Progress. - 2015. - Том 1. - № 1. - С. 48-59.

146. Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 19 декабря 2003 г. N 23 г. Москва «О судебном решении» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=181664&fld=134&dst=1000000001,0&rnd=0.3857676478772534#09523937686259978> (16.01.2019).

147. Пригожин И. От существующего к возникающему: Время и сложность в физических науках / И. Пригожин. - М.: Наука, 1985. - 328 с.

148. Пригожин И. Перспективы исследования сложности: Системные исследования. Методологические проблемы / И. Пригожин. - М.: Наука, 1987. - С.45-57.

149. Приказ Минздрава России от 12.08.2003 N 401 «Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе» (вместе с Инструкцией по заполнению отраслевой учетной формы N 100/у-03 «Заключение судебно-психиатрического эксперта



(комиссии экспертов)», Инструкцией по заполнению отраслевой учетной формы N 105/у-03 «Журнал учета судебно-психиатрических экспертиз», «Инструкцией по заполнению отраслевой отчетной формы N 38 "Сведения о работе отделений судебно-психиатрической экспертизы») [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс - Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_128655/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_128655/) (16.01.2019).

150. Приказ Минздрава России от 12.01.2017 N 3н «Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы» [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс // Опубликовано 03.03.2017 на официальном интернет-портале правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. - Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_213561/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_213561/) (16.01.2019).

151. Протокол ведения больных «судебно-психиатрическая экспертиза» (Утвержден заместителем Министра МЗ и СП РФ В.И. Стародубовым 23.05.2005) // Нормативно-правовые и информационно-методические документы по судебно-психиатрической экспертизе: сборник / составитель А.А. Ткаченко. – М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2010. – С. 23-130.

152. Решетникова И.В. Доказывание в гражданском процессе: учебно-практическое пособие / И.В. Решетникова. - М.: Издательство Юрайт, 2011. - 503с.

153. Решетникова И.В. Судебное доказывание и доказательства / И.В.Решетникова // Гражданский процесс: учебник; под. ред. В.В. Яркова. – М.: Инфотропик Медиа, 2016. - С. 205-249.

154. Роговой М.А. Изучение затрат рабочего времени работников учреждений здравоохранения в целях нормирования: методические указания / М.А. Роговой. - М.: Медицина, 1979. – 83 с.

155. Россинская Е.Р. Теория судебной экспертизы: учебник / Е.Р.Россинская, Е.И.Галяшина, А.М.Зинин. - М.: Норма: Инфа-М, 2011. - 384с.

156. Ружников А.Ю. Анализ затрат времени членов судебно-психиатрических экспертных комиссий при производстве амбулаторных экспертиз / А.Ю. Ружников // Сборник научных трудов «Актуальные вопросы

современной психиатрии». – Екатеринбург.: Среднеуральский научный центр Российской академии медицинских наук и Правительства Свердловской области, 2003. - С.114-120.

157. Ряхимов Ю.С. Нормативная база в здравоохранении: как определить трудоемкость и рассчитать трудозатраты / Ю.С. Ряхимов // Кадровик. Трудовое право для кадровика. -2008. - № 7 - С. 43-45.

158. Санников А.Г. Управление региональной судебно - психиатрической экспертной службой на основе информационных технологий: автореф. дис. ... докт. мед. наук. 05.13.01, 14.00.33 / Санников Алексей Германович. – Тюмень, 2008г. – 47 с.

159. Сафуанов Ф.С. Методологические проблемы комплексной психолого-психиатрической экспертизы / Ф.С. Сафуанов // Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие; под ред. Т.Б.Дмитриевой, Ф.С.Сафуанова. - М. Генезис, 2009г. - С.382-401.

160. Сафуанов Ф.С. Методические основы производства заочных и посмертных судебных экспертиз в гражданском процессе (по материалам дела) / Ф.С. Сафуанов, А.С. Калашникова // Методические рекомендации. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2011. - 61 с.

161. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебник для академического бакалавриата / Сафуанов Ф.С. - М.: Издательство Юрайт, 2015. - 421 с.

162. Сахнова Т.В. Экспертиза в гражданском процессе: Теоретическое исследование: дис. ... докт. юр. наук: 12.00.03 / Сахнова Татьяна Владимировна. - Красноярск, 1998. - 402 с.

163. Селедцов А.М. Психоорганические расстройства при злоупотреблении различными психоактивными веществами: (Психопатология, клиника, патогенез, терапия): автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.45, 14.00.18 / Селедцов Александр Михайлович. – М., 1994. - 39 с.

164. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (психопатология и клиническая систематика) / А.Б. Смулевич // Психосоматические расстройства в клинической практике. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - С. 13-97.

165. Снежневский А.В. Психиатрический диагноз / А.В. Снежневский // Справочник по психиатрии; под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1974. - С. 3-8.

166. Снежневский А.В. Закономерности синдрообразования и течения психических заболеваний / А.В. Снежневский // Руководство по психиатрии в 2 томах; под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. - Т.1 - С. 78-86.

167. Снежневский А.В. Клиническое исследование / А.В. Снежневский // Руководство по психиатрии в 2 томах; под ред. А.С.Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - Т.1 - С. 227-234.

168. Солдатов В.В. Трудоемкость. [Электронный ресурс] / В.В. Солдатов. – Режим доступа: <http://www.vsoldatov.com/2015/04/blog-post.html> (16.01.2019).

169. Тарасова Г.В. Некоторые общие судебно-психиатрические характеристики органического психического расстройства, коморбидного с сердечно-сосудистой патологией / Г.В. Тарасова, В.В. Вандыш-Бубко // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы. - М: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава России. - 2014. - Вып. 11. - С. 170-177.

170. Ткаченко А.А. Перспективы судебно-психиатрической науки применительно к задачам уголовного права / А.А. Ткаченко // Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики; под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. - 2004. - Вып. 1 - С.163–176.

171. Ткаченко А.А. Экспертное судебно-психиатрическое исследование: подготовительная и аналитическая стадии / А.А. Ткаченко // Российский психиатрический журнал. - 2005. - № 3. - С. 44-50.

172. Ткаченко А.А. Экспертное судебно-психиатрическое исследование: сравнительная и синтезирующая стадии / А.А.Ткаченко // Российский психиатрический журнал. - 2005. - №4. - С. 27-33.

173. Ткаченко А.А. Вероятностные выводы судебно-психиатрических экспертных исследований (сообщение 1) / А.А.Ткаченко // Российский психиатрический журнал. - 2006. - № 1. - С. 48-53.

174. Ткаченко А.А. Вероятностные выводы судебно-психиатрических экспертных исследований (сообщение 2) / А.А.Ткаченко // Российский психиатрический журнал. - 2006. - № 4. - С. 58-65.

175. Ткаченко А.А. Правовые и методологические основы «Заключения судебно-психиатрического эксперта (комиссии судебно-психиатрических экспертов)»: Пособие для врачей / А.А. Ткаченко. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2006. - 64 с.

176. Ткаченко А.А. Единоличная и комиссионная судебно-психиатрические экспертизы: правовые и организационные аспекты / А.А.Ткаченко // Судебная психиатрия. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе; под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава». - 2007. - Вып. 4. - С.199-217.

177. Ткаченко А.А. Экспертное судебно-психиатрическое исследование / А.А. Ткаченко // Судебная психиатрия: учебное пособие. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. - С. 88-145.

178. Ткаченко А.А. Аномальное сексуальное поведение как предиктор манифестных психических расстройств / А.А.Ткаченко, Н.Б.Большакова, Е.В.Ан // Расстройства сексуального поведения; под ред. проф. А.А.Ткаченко. – М.: «Медкнига», 2008. - С. 5-49.

179. Ткаченко А.А. Объективные клиничко-психопатологические методы исследования / А.А.Ткаченко, Н.Б.Большакова, Е.В.Ан // Расстройства сексуального поведения; под ред. проф. А.А. Ткаченко. – М.: «Медкнига», 2008. - С.117-191.

180. Ткаченко А.А. Психопатологическое исследование / А.А.Ткаченко. - М.: Проект letterra.org, Логос, 2012. - 233 с.

181. Ткаченко А.А. Симуляция и диссимуляция психических расстройств / А.А.Ткаченко // Руководство по судебной психиатрии; под ред. А.А.Ткаченко. – М.: Издательство Юрайт, 2012. - С.498-505.

182. Ткаченко А.А. Дифференциальная диагностика критических состояний в практике посмертной СПЭ по уголовному делу / А.А.Ткаченко, И.Н.Винникова, Т.Ю.Филатов // Практика судебно-психиатрической экспертизы; под ред. Г.А. Фастовцова. - М.: Изд. ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России. – 2014. - № 52. - С. 3-22.

183. Ткаченко А.А. Судебная сексология / А.А.Ткаченко, Г.Е.Введенский, Н.В. Дворянчиков. – М.: Бином, 2015. – 648 с.

184. Ткаченко А.А. Организационные, правовые и этические основы судебно-психиатрической экспертизы в Российской Федерации. Доклад на Совместном семинаре «Судебная психиатрия в Северной Америке и в Российской Федерации: учимся друг у друга» 25 мая 2016 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.serbsky.ru/images/stories/canada-2016/2.pdf>

185. Ткаченко А.А. Судебно-психиатрическая экспертиза / А.А.Ткаченко, Д.Н. Корзун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 672 с.

186. Ткаченко А.А. Предмет судебно-психиатрической экспертизы и трансляционная медицина / А.А. Ткаченко // Психическое здоровье. - 2016. - №11. - С. 3-14.

187. Ткаченко А.А. Об ускользающей предметности судебной психиатрии / А.А. Ткаченко // Психическое здоровье. - 2017. - № 8. - С. 83-90.

188. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 27.12.2018) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс // Опубликовано 28.12.2018 на официальном интернет-портале правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=314838&fld=134&dst=1000000001,0&rnd=0.1317483224200846#05564557062856959> (16.01.2019).

189. Труханова И.Н. Анализ затрат рабочего времени медицинской сестры стационара по данным хронометража / И.Н. Труханова, Т.В. Бухалова, С.В. Лапик

// Главная медицинская сестра: журнал для руководителя среднего медперсонала ЛПУ. - 2008. - №1. - С. 90-96.

190. Тхакохов А. А. Криминалистические и психологические аспекты деятельности судебного эксперта / А.А.Тхакохов // Молодой ученый. - 2014. - №19. - С. 427-429.

191. Тюрин Е.П. Объективные критерии сложности конкретно-практических задач по предметам математического и естественнонаучного циклов: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Тюрин Евгений Павлович. – М., 2012. – 112с.

192. Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 N 174-ФЗ (ред. от 27.12.2018 (с изм. и доп., вступ. в силу с 08.01.2019) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс // Опубликовано 28.12.2018 на официальном интернет-портале правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=315093&fld=134&dst=1000000001,0&rnd=0.037151920557313645#04952953130583577> (16.01.2019).

193. Уемов А.И. Свойства. Системы. Сложность / А.И. Уемов // Вопросы философии. - 2003. - № 6. - С. 96-110.

194. Утробин И.С. Категория сложности в современной теории развития: автореф. дис. ... докт. филос. наук: 09.00.01 / Утробин Игорь Серафимович. - Пермь, 1993. - 40 с.

195. Фастовцов Г.А. Клинические варианты и судебно-психиатрическая оценка параноидной шизофрении в инициальном периоде: Пособие для врачей / Г.А. Фастовцов, С.Н. Осколкова. – М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2009.- 47с.

196. Федеральный закон от 31.05.2001 N 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (ред. от 08.03.2015) [Электронный ресурс] // СПС КонсультантПлюс. - Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_31871/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_31871/) (16.01.2019).

197. Фелинская Н.И. Реактивные состояния в судебно-психиатрической практике / Н.И. Фелинская. – М.: Медицина, 1968. - 292с.
198. Филатов В.Н. Проблемы введения эффективного контракта в сфере здравоохранения: возможности и риски / В.Н. Филатов, Ф.Н. Кадыров, М.Т. Югай // Вестник северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2014. - № 1. (6) – С.87-97.
199. Фирсова С.А. Алгоритмы оптимизации временной сложности кусочно-полиномиальной аппроксимации функций в применении к быстрому преобразованию Фурье на основе параллельного вычисления элементов базиса: автореф. дис. ... канд. тех. наук: 05.13.17, 05.13.18 / Фирсова Светлана Александровна. - Таганрог, 2004г. – 20 с.
200. Фрейеров О.Е. Клинические варианты олигофрении в судебно-психиатрической практике / О.Е. Фрейеров // Проблемы судебной психиатрии. – М.: Государственное издательство юридической литературы. - 1957. – Сборник 7. -С.175-206.
201. Харитоновна Н.К. Современные аспекты и перспективы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе / Н.К.Харитоновна, Е.В.Королева // Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики; под ред. Т.Б.Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. - 2004. - Вып. 1. - С. 192-204.
202. Харитоновна Н.К. Сложности судебно-психиатрической оценки делкоспособности лиц, страдавших шизофренией при проведении посмертных экспертиз / Н.К. Харитоновна, Е.В. Королева, О.А. Храмкова // Практика судебно-психиатрической экспертизы; под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП им В.П.Сербского. - 2006. - № 44. - с.106-114.
203. Харитоновна Н.К. Различие методологических подходов при судебно-психиатрической оценке в гражданском и уголовном процессе / Н.К.Харитоновна, Е.В.Королева // Б.В.Шостакович и проблемы современной психиатрии. Сборник научных работ; под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2008. - С. 72-83.

204. Харитоновна Н.К. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе (клинический и правовой аспекты): монография / Н.К.Харитоновна, Е.В.Королева. - М.: «ФГУ ССП Росздрава», 2009. – 396 с.

205. Харитоновна Н.К. Дифференцированный подход к экспертной оценке психических состояний в различных юридически значимых ситуациях в гражданском процессе / Н.К. Харитоновна, Е.В. Королева, О.Ю. Тюлькина // Практика судебно-психиатрической экспертизы; под ред. Г.А. Фастовцова. - М.: ФГБУ «ГНЦСП им В.П. Сербского» Минздрава России. - 2014. - № 52 - 258с.

206. Харитоновна Н.К. Проблема ограниченной дееспособности в России и за рубежом: Аналитический обзор. / Н.К.Харитоновна, О.А.Русаковская и др. - М.: ФГБУ «ФМНЦПН им В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. – 96с.

207. Циркин С.Ю. Международная и национальные классификации психических болезней в некоторых странах / С.Ю.Циркин // Руководство по психиатрии в 2 томах; под ред. А.С.Тиганова. – М.: Медицина, 1999. - Т.1. - С.93-102.

208. Циркин С.Ю. Клинико-психопатологический метод в науке и практике / С.Ю. Циркин // Российский психиатрический журнал. - 2006. - № 3. – 49-53.

209. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология / С.Ю.Циркин. - Изд. 2-е. Исп. и доп. - М.: Бином, 2009. - 215с.

210. Цициашвили Ш.И. Особенности течения «простой шизофрении» и вопросы судебно-психиатрической экспертизы / Ш.И.Цициашвили // Проблемы судебной психиатрии. - 1959. - Сборник 7. - С. 482-499.

211. Чучкалова Д.И. Методы изучения затрат рабочего времени служащих. Сравнительный аспект / Д.И. Чучкалова, А.И. Данилина // Территория науки. - 2015. - №2. - С. 137-142.

212. Шамрей В.К. Квантифицированные методы оценки состояния в диагностике психических расстройств / В.К.Шамрей, А.А.Марченко // Психиатрия: национальное руководство. - М.: Гэотар-Медиа, 2009. - С. 30-40.



213. Шишков С.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза (понятие и виды): Учебное пособие: Приложение к Независимому психиатрическому журналу / С.Н.Шишков. - М.: Изд. Независимой Психиатрической Ассоциации, 1996. - 15 с.
214. Шишков С.Н. Невменяемость (мировоззренческие, эмпирические, социальные предпосылки и становление в качестве категории) / С.Н. Шишков // Монография - М.: ФГУ "ГНЦ ССП Росздрава", 2010. - 380с.
215. Шишков С.Н. Предмет и задачи судебной психиатрии / С.Н. Шишков // Руководство по судебной психиатрии; под ред. А.А. Ткаченко. – М.: Издательство Юрайт, 2012. – С. 23-34.
216. Шишков С.Н. Вероятное заключение экспертов-психиатров / С.Н.Шишков // Российский психиатрический журнал. - 2013. - №5. - С. 20-26.
217. Шишков С.Н. «Доказуемость» и «проверяемость» судебно-психиатрических экспертных оценок / С.Н. Шишков // Психическое здоровье. – 2017. - № 6. – С. 65-71.
218. Шишков С.Н. Ускользящая вплоть до полного исчезновения (ответ на статью А.А. Ткаченко «Об ускользящей предметности судебной психиатрии») / С.Н. Шишков // Психическое здоровье. - 2017. - № 11. - С.61-68.
219. Шостакович Б.В. Этические вопросы судебно-психиатрической экспертизы / Б.В. Шостакович // Материалы 6-го Всероссийского съезда психиатров. - М., 1990. - С. 98-101.
220. Шостакович Б.В. Способ диагностики степени выраженности волевых расстройств в судебно-психиатрической клинике / Б.В. Шостакович // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - № 3. - С. 42-48.
221. Шостакович Б.В. Психиатрия и судебная психиатрия на пороге XXI века / Б.В. Шостакович // Российский психиатрический журнал. - 2000. - № 3. - С. 4-7.
222. Шостакович Б.В. Методология, этапы и стадии судебно-психиатрического диагноза / Шостакович Б.В. // Функциональный диагноз в судебной психиатрии: монография; под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. - М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2001. - С. 7-19 с.

223. Шостакович Б.В. Методология и стадии судебно-психиатрического диагноза / Б.В. Шостакович // Руководство по судебной психиатрии; под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. - М. Медицина, 2004. - С.74-81.
224. Шостакович Б.В. Симуляция и диссимуляция психических расстройств // Руководство по судебной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М. Медицина, 2004. – С.282-287.
225. Шостакович Б.В. Современные проблемы теории и методологии судебно-психиатрического диагноза / Б.В. Шостакович // Судебная психиатрия. Методические и организационные проблемы современной судебно-психиатрической практики; под редакцией акад. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГНП ССП им. В.П. Сербского, 2004. – С. 220-237.
226. Шумский Н.Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике / Н.Г. Шумский. - СПб.: Акад. Проект, 1997. - 372 с.
227. Шумский Н.Г. Алкогольные (металкобольные) психозы / Н.Г.Шумский// Руководство по психиатрии в 2 томах; под ред. А.С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - Т2. - С. 304-326.
228. Щедровицкий Г.П. Избранные труды / Г.П. Щедровицкий. - М.: Шк.культ. полит., 1995. - 800 с.
229. Щедровицкий Г.П. Программирование научных исследований и разработок. Типология ситуаций проведения изысканий [Электронный ресурс] / Г.П. Щедровицкий - Электрон. Дан. - М.: Центр гуманитарных технологий, 1999. - Режим доступа: <https://gtmarket.ru/laboratory/basis/6473>
230. Щукина Е.Я. Актуальные правовые вопросы производства судебно-психиатрической экспертизы / Е.Я. Щюкина, С.Н. Шишков // Практика судебно-психиатрической экспертизы; под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП им. В.П.Сербского. - 2007. - № 45. - С. 408-419.
231. Яковенко О.О. Виды судебно-медицинской экспертной деятельности и организация работы отдела экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц в условиях крупного города: дисс... канд. мед. наук: 14.00.33 / Яковенко Ольга Олеговна. - СПб., 2007. - 246с.

232. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
233. Appelbaum P.S. A theory of ethics for forensic psychiatry / P.S.Appelbaum // The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. - 1997. - № 25. - P. 233-247.
234. Bar-Yam Y. Dynamics of Complex Systems. Reading / Y. Bar-Yam. - MA: Addison-Wesley, 1997. - 864 p.
235. Blackmore S. The meme mashine / S. Blackmore. - Oxford University Press, 1999. - 274 p.
236. Blumer. D. Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain prone disorder / D. Blumer, M. Heilbronn // Journal of Nervous and Mental Disease. - 1982. - Vol.170. - P. 381-406.
237. Bucci P. ICD-11 draft diagnostic guidelines open to input by mental health professionals / Paola Bucci // World Psychiatry. - 2017. - Vol. 16. - № 1. - P.115–116.
238. Cuthbert B.N. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology / B.N. Cuthbert // World Psychiatry/ - 2014. - Vol.13. - № 1. - P. 28–35.
239. Devine P. Stereotypes and Prejudice: Their Automatic and Controlled Components / P. Devine // Journal of Personality and Social Psychology. - 1989. - T.56.- № 1. - P.5–18.
240. Doyle A. The influence of project complexity on estimating accuracy / A.Doyle, W. Hughes // The influence of project complexity on estimating accuracy. In: 16th Annual ARCOM Conference. 6-8 Sep 2000, Glasgow Caledonian University. – 2000. - P. 623-634.
241. Feinstein A.R. The Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic diseases / A.R.Feinstein // J. Chronic Diseases. - 1970. - Vol. 23. - № 7. - P.455-469.
242. First MB. A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines / Michael B. First // World Psychiatry. - 2012. - Vol. 11. - № 1. - P.24-25.

243. First M.B. Adopting a continuous improvement model for future DSM revisions / Michael B. First // *World Psychiatry*. - 2016. - Vol. 15. - № 3. - P. 223-224.
244. Flood R. L. Dealing with complexity: an introduction to the theory and application of systems science (2nd ed.) / R. L. Flood, E. R. Carson. - New York: Plenum Press, 1993. - 280 p.
245. Frances A. Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future? / A. Frances // *World Psychiatry*. - 2012. - Vol. - №1. - P. 11-26.
246. Garb H. Cognitive and social factors influencing clinical judgment in psychiatric practice / Garb H. // *World Psychiatry*. - 2013. - Vol.12. - №2. - P. 108-110.
247. Gell-Mann, M. What Is Complexity? / M. Gell-Mann // *Complexity*. - 1995. - Vol. 1. - №. 1. - P. 16-19.
248. Glancy G.D. Practice Guideline for the Forensic Assessment / G.D.Glancy, P. Ash, A. Buchanan [et. All] // *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. - 2015. - Vol. 43. - № 2. - P3-53.
249. Gottfredson L.S. Why g Matters: The Complexity of Everyday Life / L.S.Gottfredson // *Intelligence*. - 1997. - Vol. 1 - № 24 - P. 79-132.
250. Griffith E. Conceptualizing the forensic psychiatry report as performative narrative / E. Griffith, A. Stankovic, M. Baranoski // *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. - 2010. - № 38. – P. 32–42.
251. Gupta S. Technology adoption in complex systems / S.Gupta, E.Karahanna // *7th Annual Conference of the Southern Association for Information Systems*. – Savannah GA: University of Georgia, 2004. – P. 162-169.
252. Heylighen F. Complexity and Philosophy / F.Heylighen, P.Cilliers, C.Gershenson // *Complexity, Science and Society* (Radcliffe, Oxford).- 2007.- P. 41-71.
253. Jablensky A. Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research / Assen Jablensky // *World Psychiatry*. - 2012. - Vol. 15. - № 1. - P. 22-23.
254. Jablensky A. Psychiatric classifications: validity and utility / Assen Jablensky // *World Psychiatry*. - 2016. - Vol. 15. № 1. - P. 26-31.

255. Janofsky J.S. Guideline for Forensic Psychiatric Evaluation of Defendants Raising the Insanity Defense / Jeffrey S. Janofsky, Anne Hanson, Philip J. Candilis [et. all] // The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. - 2014. - Vol.42. - № 4. – P 3-76.
256. Jose' L A. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes and the ICD-11 / Jose' L Ayuso-Mateos // World Psychiatry. - 2012. - Vol. 11. - № 1. - P. 30-31.
257. Kapur S. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? / S. Kapur, A.G. Phillips, T.R. Insel // Mol Psychiatry. - 2012. - № 17. - P. 1174-1179.
258. Kendell R. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses / R. Kendell, A. Jablensky // Am J Psychiatry. - 2003. - №160. - P. 4-12.
259. Kendler K.S. Toward a philosophical structure for psychiatry / K.S.Kendler // Am J Psychiatry. - 2005. -№ 162. - P. 33-40.
260. Lahey B.B. Validity and utility of the general factor of psychopathology / Benjamin B. Lahey, Robert F. Krueger, Paul J. Rathouz [et. all] // World Psychiatry. - 2017. - Vol. 16. - № 2. - P. 142-144.
261. Libet B. Do We Have Free Will? / B. Libet // Journal of Consciousness Studies. - 1999. - Vol. 6. - № 8-9. - P. 47-57.
262. Maercker A. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 / A. Maercker, C. Brewin, R. Bryant [et.all] // World Psychiatry. - 2013. - Vol. 12. - № 3. - P.198-206.
263. Maj M. Mental disorders as «brain diseases» and Jaspers' legacy / Mario Maj // World Psychiatry, 2013. - Vol. 12. - № 1 - P.1-3.
264. Maj M. Keeping an open attitude towards the RDoC project / Mario Maj // World Psychiatry, 2014. - Vol. 13. - № 1. - P. 1–3.
265. Maj M. Narrowing the gap between ICD/DSM and RDoC constructs: possible steps and caveats / Mario Maj // World Psychiatry. - 2016. - Vol. 15. - № 3 - P.1-3.
266. McGorry P. The next stage for diagnosis: validity through utility / P.McGorry // World Psychiatry. - 2013. - Vol.12. - № 3. - P. 213-215.

267. McLaren N. Cells, circuits, and syndromes: a critical commentary on the NIMH Research Domain Criteria project / N. McLaren // Ethical Hum Psychol Psychiatry, 2011. - № 13. - P. 229-236.

268. Mikulecky D.C. (2012). If the whole world is complex, why bother? SlideServe, [Электронный ресурс]. - URL: <http://views.vcu.edu/~mikuleck> (11.11.2018).

269. Morse S.J. The Ethics of Forensic Practice: Reclaiming the Wasteland / S.J.Morse // The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. - 2008. - № 36. - P. 206-17.

270. Owen M.J. Schizophrenia and the neurodevelopmental continuum: evidence from genomics / Michael J. Owen, Michael C. O'Donovan // World Psychiatry. - 2017. Vol. 16. - № 3. - P. 227-235.

271. Reed G.M. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders / G.M. Reed // Prof Psychol Res Pract. - 2010. - № 41. - P. 457-64.

272. Reisner R. Law and the Mental Health System 3rd Ed. / R.Reisner, C.Slobogin., A. Rai // A West Group, St. P. Minn. - 1999. - P. 585.

273. Soon C.S. Unconscious determinants of free decisions in the human brain / C.S. Soon, M. Brass, H.J. Heinze, J.D. Haynes // NatureNeuroScience. - 2008. - Vol.11. - №5. – P. 543-545.

274. Uher R. Etiology in psychiatry: embracing the reality of polygene environmental causation of mental illness / Rudolf Uher, Alyson Zwicker // World Psychiatry. - 2017. - Vol. 16. - № 2. - P. 121-129.

275. Tollefson G.D. Negative symptoms: a path analytic approach to a doubleblind, placebo-and haloperidol-controlled clinical trial with olanzapine / G.D.Tollefson, T.M. Sanger // Am J Psychiatry, 1997. - № 154. – P. 466-474.

276. Wegner D. M. The illusion of conscious will / D.M. Wegner. - Cambridge: The MIT Press, 2002. – 405 p.

277. Weinberger D.R. The neurodevelopmental origins of schizophrenia in the penumbra of genomic medicine / Daniel R. Weinberger // *World Psychiatry*. - 2017. - Vol. 16. - № 3. - P. 225-226.
278. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes / Drew Westen // *World Psychiatry*/ - 2012. - Vol. 11. - №1. - P. 16-21.
279. Westen D. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders / Drew Westen, JC Malone, JA DeFife // *World Psychiatry*. - 2012. - Vol. 11. - № 3. - P. 172-180.
280. Wolpe P.R. Emerging neurotechnologies for lie-detection: promises and perils / P.R.Wolpe, K.R.Foster, D.D.Langleben // *Am J Bioeth*, 2010. - №10. - P. 40-48.
281. Wood R.E. Task complexity: Definition of the construct / R.E. Wood // *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. - 1986. - № 37. - P. 60-82.
282. Yates, F. E. Complexity and the limits to knowledge. / F. E. Yates // *American Journal of Physiology*. - 1978. - 235. - P. 201-204.