

На правах рукописи

Потемкин Борис Евгеньевич

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

14.01.06. - психиатрия

Автореферат

диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2019

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Ткаченко Андрей Анатольевич

Официальные оппоненты:

Хамитов Рустем Радикович - доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и судебно-психиатрической экспертизы Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

Солохина Татьяна Александровна - доктор медицинских наук, заведующий отделом организации психиатрических служб ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «21» мая 2019 г. в 15 часов на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» и на сайте www.serbsky.ru.

Автореферат разослан «___» _____ 2019 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Одним из важных аспектов развития методологии судебно-психиатрической экспертизы (Шостакович Б.В., 2000-2004; Вандыш В.В., 2001-2013; Харитоновна Н.К., 2004-2016; Ткаченко А.А., 2004-2016; Корзун Д.Н., 2012-2014; Макушкина О.А., 2016 и др.) является выработка клиничко-методологического обоснования организации СПЭ.

Системообразующим фактором методологических решений по организации СПЭ является оценка сложности экспертиз. Выявление критериев сложности позволит обоснованно определять состав экспертной комиссии (Ткаченко А.А., 2004-2016), учитывать сложность работы при начислении стимулирующих выплат (Букреева Н.Д., 2004), планировать нагрузку на экспертов, в том числе с учетом региональных особенностей (Мохонько А.Р., 2011-2016).

Оценка сложности СПЭ особенно актуальна для организации работы амбулаторных отделений, где проводится основной объем экспертиз (Мохонько А.Р. и др. 2016), в том числе посмертных, имеющих свои методологические особенности (Королева Е.В., 2007-2009; Ткаченко А.А. и др., 2014). При амбулаторных СПЭ максимально проявляются и особенности клинической диагностики, связанные с судебной ситуацией (Енгальчев В.Ф. и др., 2006; Дмитриева Т.Б. и др., 2008, Janofsky J.S. et al., 2014; Glancy G.D. et al., 2015).

Степень разработанности темы исследования. Ранее изучение сложности применительно к СПЭ не проводилось. Немногочисленные исследования трудозатрат экспертов (Кудрявцев И.А. и др., 2000; Ружников А.Ю., 2003; Введенский Г.Е., Ткаченко А.А., 2010) и клиничко-эпидемиологические исследования (Букреев Н.В., 2003) не были направлены на выявление факторов, затрудняющих диагностику психического расстройства и его экспертную оценку. Поэтому критерии оценки и методология определения сложности СПЭ остаются недостаточно разработанными.

Теоретические основания исследования. Сложность понимается как объективная характеристика процессов и систем (Пригожин И. и др. 1995-2003;

Гайсин Р.Р., 2002; Уемов А.И., 2003; Казарян В.П., 2014; Gell-Mann M., 1995; Gupta S., 2004; Heylighen F., et al., 2007). Сложность исследования определяется методологическими установками и отражает «мыследеятельность» исследователя (Щедровицкий Г.П., 1999). Сложность аналитического процесса выражается только через время его протекания (Малышева Л.В., 2007; Забеглов В.В., 2010; Моркина Ю.С., 2011; Gottfredson L.S., 1997). Понятия трудоемкости и сложности различаются (Букреева Н.Д., 2004).

Методологической основой работы являются представления о стадиях и этапах экспертного исследования (Шостакович Б.В., 2004; Дмитриева Т.Б. и др., 2008; Ткаченко А.А., 2005-2016; Janofsky J.S. et al., 2014), герменевтическом подходе к диагностике, подразумевающим выделение «опорных точек» – однозначно понимаемых сведений и «лакун» – информационных пробелов (Сафуанов Ф.С., 2011; Ткаченко А.А. с соавт., 2016), клинической надежности сведений из материалов дела и юридически значимых психопатологических механизмах (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2012-2016), разных причинах «атипичности» клинической картины (Илейко В.Р., 1992; Шумский Н.Г., 1999; Дробижев М.Ю., 2000; Березанцев А.Ю., 2001; Пивень Б.Е., 2003; Кронфельд А., 2006; Гурьева В.А., 2007; Макушкин Е.В., 2008; Вандыш В.В., 2010; Смулевич А.Б., 2016).

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 СПЭ представлена как объективная характеристика, обусловленная клиническими и методологическими особенностями экспертного случая. Разработана методология оценки сложности, основанная на герменевтическом подходе и анализе клинической надежности информации, содержащей сведения о психическом состоянии подэкспертного. Для объективной оценки сложности конкретного экспертного случая применен хронометраж в сочетании с клиническим (психопатологическим) методом. Определены факторы, вызывающие затруднения в клинической диагностике, и показан алгоритм их преодоления. Определены факторы, затрудняющие соотнесение медицинского и юридического критериев. Выделены группы сложности СПЭ по уголовным и гражданским делам. Предложены подходы к предварительной оценке сложности СПЭ и расчету трудоемкости экспертизы с учетом особенностей экспертного случая.

Теоретическая и практическая значимость. Разработанная методология объективной оценки сложности, 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 СПЭ и обучении экспертов (*частное теоретическое значение*). Определение сложности экспертного исследования может учитываться организаторами здравоохранения для совершенствования экспертной службы и

финансирования экспертных учреждений (*общее практическое значение*). Предварительное определение сложности позволит руководителю экспертного подразделения эффективнее распределять нагрузку и определять состав экспертной комиссии. Определение фактической сложности позволит учитывать реальный объем выполненной работы при материальном стимулировании труда эксперта (*частное практическое значение*).

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, но и оценкой совокупности всей клинической симптоматики, а также психологических факторов.

4. Различные комбинации факторов сложности по-разному влияют на основной показатель сложности (время на формулирование, согласование и оформление выводов), что позволяет 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 оценка сложности); рассчитывать трудоемкость экспертизы, а также выработать рекомендации по обоснованию выводов и оформлению экспертных заключений.

Реализация и внедрение результатов исследования: Результаты исследования используются в ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» г. Екатеринбург.

Степень достоверности и апробации результатов исследования:

Степень достоверности определяется объемом и научно-методическим уровнем исследований, а также репрезентативностью выборки и статистической обработкой материала.

Основные положения диссертации доложены на научно-практической конференции «Организационно-правовые клинико-диагностические вопросы общей психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы» (Санкт-Петербург, 2013 г.); на VI Национальном конгрессе по социальной психиатрии и наркологии: «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее» (Уфа, 2016 г.), обсуждались на Проблемном совете по судебной психиатрии ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» (Москва, 2014 г., 2019 г.). По теме диссертации опубликовано 7 печатных работ, из них 4 статьи – в журналах, рецензируемых ВАК. Список публикаций приводится в конце автореферата.

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.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» (г. Екатеринбург) в период с 2013 по 2018 гг. Всего проведено 240 наблюдений.

В анализируемую группу включались случаи первичных СПЭ при сделанном выводе о наличии/отсутствии психического расстройства и проведенном хронометраже работы эксперта-докладчика (*критерии включения*). Не включались случаи, когда вывод о наличии/отсутствии психического расстройства не был сделан, не был проведен хронометраж, проводились повторные и дополнительные СПЭ (*критерии исключения*).

В выборку вошли: 151 СПЭ по гражданским делам (63%) и 89 по уголовным делам (37%); 186 очных (77,5%), 30 заочных (12,5%) и 23 посмертных (10%) СПЭ.

Клинико-нозологическая характеристика наблюдений: органические расстройства – 91 (37,9%), расстройства шизофренического спектра – 19 (7,9%), расстройства личности – 16 (6,7%), умственная отсталость – 42 (17,5%); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ – 40 (16,6); другие психические расстройства – 8 (3,3%). В 24 случаях расстройств не выявлено (10%).

Хронометраж работы эксперта проводился при выполнении трех блоков экспертной работы. Первый – обработка материалов дела (изучение и перенос значимых сведений в проект заключения). Второй – работа с подэкспертным (осмотр, фиксация субъективного анамнеза, жалоб и наблюдаемых феноменов). Третий – формулирование, согласование и оформление выводов (обсуждение с членами комиссии, итоговое оформление исследовательской части заключения, обдумывание аргументации, уточнение формулировок).

Основным показателем сложности СПЭ является время, затрачиваемое экспертом на формулирование, согласование и оформление выводов. Увеличение этого времени отражает только трудности принятия решения, и не зависит от объема изучаемых материалов и особенностей контакта с подэкспертным.

Для выявления факторов клинической сложности, затрудняющих диагностику расстройства, также анализировалась частота использования таких рубрик МКБ-10, как «другое» и «неуточненное» психическое расстройство. Для определения факторов экспертной сложности, препятствующих определению юридической релевантности расстройства, фиксировались случаи, когда

однозначное экспертное решение не было вынесено, несмотря на проведенную клиническую диагностику.

Для выявления факторов клинической и экспертной сложности проанализированы 216 случаев, когда было диагностировано какое-либо психическое расстройство (основная группа). Наблюдения, когда диагноз психического расстройства установлен не был, учтены при выделении групп сложности СПЭ (дополнительная группа, 24 случая).

Оценка клинической сложности основана на применении герменевтического подхода к диагностике с учетом «надежности» источников клинических данных. Предложенное Д.Н.Корзуном и А.А.Ткаченко (2012) ранжирование предоставленных материалов по степени их клинической надежности дополнено оценкой надежности сведений из других источников. Собственные исследования эксперта сопоставимы с «наиболее надежными источниками» (психиатрической документацией). Сведения, полученные от подэкспертного при наличии продуктивного контакта, сопоставимы по надежности с «менее надежными источниками» (непсихиатрической документацией, иными объективными характеристиками). Самоотчет подэкспертного при отсутствии продуктивного контакта – с «наименее надежными источниками» (свидетельским показаниям и противоречивой документацией).

Оценка экспертной сложности основана на выделении ведущего синдрома, определяющего психопатологический механизм и юридическую релевантность расстройства (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016).

Определено влияние факторов клинической и экспертной сложности на основной показатель сложности и сформированы группы сложности для СПЭ по гражданским и уголовным делам.

Изучена возможность предварительной оценки уровня сложности по признакам, которые известны до начала исследования. 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. По результатам исследования сформированы критерии, позволяющие прогнозировать сложность СПЭ до начала экспертного исследования.

На основании изучения трудозатрат на всех этапах работы эксперта и оценки уровня сложности СПЭ предложены математические модели (формулы) расчета трудоемкости для СПЭ по гражданским и уголовным делам, учитывающие коэффициенты сложности.

С учетом выявленных критериев клинической сложности предложены рекомендации по оформлению экспертных заключений с выделением в исследовательской части «клинического анализа».

Основным методом исследования являлся клинический (психопатологический), включающий анализ заключений экспертов. Проводилось изучение объективного (сведения из материалов дела и медицинской документации) и субъективного (сведения со слов подэкспертного) анамнезов, а также результатов наблюдения психического состояния на момент экспертизы.

Дополнительно применялся метод индивидуального хронометража. Хронометраж проводился в соответствии методикой ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ (2013) и рекомендациями ряда авторов (Мягкова Г.Г., 2007; Мареева Е.С. с соавт., 2012 и др.). 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; C – необходимая точность наблюдений ($C=10\%$). При указанных значениях достаточно проведения до 25 замеров. Устойчивость хроноряда проверялась сравнением «фактической

устойчивости» (соотношение максимального и минимального значения измерений всех наблюдений) с нормативными показателями ($K_u = 3$).

Для разработки формул расчета трудоемкости 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. Для оценки значимости различий между выделяемыми на разных этапах группами по частоте встречаемости признаков, характеризующих качественные параметры, использовались ϕ – критерий Фишера (при малых выборках) и χ^2 Пирсона (при больших выборках). Для изучения связи между двумя рядами количественно выраженных признаков применялся коэффициент Спирмена. Различия считались статистически значимыми при уровне ошибки $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая сложность. Теоретический анализ позволил сформулировать гипотезу, что клиническая сложность может зависеть от достаточности/недостаточности, согласованности/несогласованности данных, полученных из трех групп источников информации (предоставленные материалы, самоотчет подэкспертного, 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, отражающих разные диагностические ситуации. Общая характеристика выделенных групп дана в Таблице 1.

Таблица 1 - Характеристика групп, отражающих диагностические ситуации

Группа, отражающая ситуацию		Характеристика диагностической ситуации		
Обозначение группы	Количество наблюдений	Достаточность данных	Согласованность данных	Типичность проявлений
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.

Анализ клинических ситуаций показал, что при нетипичности клинической картины (Группы 2,5,6,8) появляются диагностические признаки, выходящие за рамки диагностического стандарта, т.е. наблюдается *«расширение спектра диагностических критериев»*. При наличии противоречивой информации в источниках одного уровня клинической надежности (Группы 3,5,7,8) отмечается *«несогласованность диагностических критериев»*. При отсутствии клинически надежных данных (Группы 4,6,7,8), наблюдается *«недостаточность диагностических критериев»*.

Когда указанные факторы отсутствуют (Группа 1), то к моменту окончания сбора клинически значимой информации экспертами всегда выявляются «опорные точки», достаточные для однозначной диагностики одного психического расстройства с типичной клинической картиной.

В ситуациях, где встречаются перечисленные факторы (Группы 2-8), к моменту окончания сбора клинически значимых данных, однозначные сведения для проведения диагностики отсутствуют. Выявляются информационные

«лакуны», для компенсации которых требуется проведение дифференциальной диагностики с учетом сведений из «менее надежных» и «наименее надежных» источников.

Компенсация «лакун», связанных с расширением спектра 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.

В случае сочетания разных факторов клинической сложности преодоление диагностических затруднений происходит поэтапно: вначале компенсируются «лакуны», связанные с недостаточностью критериев; затем – обусловленные несогласованностью критериев; потом – связанные с расширением спектра критериев. То есть наличие факторов клинической сложности *определяет алгоритм проведения клинической анализа.*

Для СПЭ по гражданским делам при отсутствии факторов клинической сложности (Группа 1, 43 случая) эксперт затрачивает на формулирование выводов 60 (45÷60) мин., и такие диагностические рубрики, как «другое» и «неуточненное» расстройство, не используются. По этим параметрам Группа 1 достоверно отличается от Групп 2-8 ($p \leq 0,05$). Это позволяет считать расширение спектра, недостаточность и несогласованность диагностических критериев факторами клинической сложности. Влияние факторов клинической сложности на анализируемое время различно и представлено в Таблице 2.

Таблица 2 - Влияние факторов клинической сложности на время, затрачиваемое на формулирование выводов для СПЭ по гражданским делам

Группа с указанием количества наблюдений	Факторы клинической сложности,	Анализируемое время (в минутах).	Кратность увеличения времени	Достоверные различия
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	Расширение спектра и несогласованность критериев	180 (150÷225)	3*	p<0,001*
Группа 6 n=4	Недостаточность и расширения спектра критериев	120 (100÷120)	2*	p<0,001*
Группа 7 n=3	Недостаточность и несогласованности критериев	225 (150÷225)	3,75*	p<0,001*
Группа 8 n=47	Расширение спектра, недостаточность и несогласованность критериев	240 (180÷360)	4*	p<0,001*

* - при сравнении с Группой 1

Выделены группы клинической сложности для СПЭ по гражданским делам, отличающиеся затратами времени на формулирование 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) – 90 (60 ÷ 90) мин. *Умеренно сложные СПЭ* (диагностика одного или нескольких психических расстройств, наличие недостаточности диагностических критериев и отсутствие несогласованности диагностических критериев) – 120 (90÷120) мин. *Сложные СПЭ* (диагностика одного или нескольких психических расстройств, наличие несогласованности диагностических критериев и отсутствие недостаточности диагностических критериев) – 180 (150÷240) мин. *СПЭ повышенной сложности* (диагностика одного или нескольких психических расстройств, сочетание несогласованности и недостаточности диагностических критериев) – 240 (180÷360) мин. Различия между группами статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

Для СПЭ по уголовным делам значение имела только комбинация двух или трех любых факторов сложности. Выделены группы клинической сложности, отличающиеся по времени на формулирование 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 ($p \leq 0,05$).

При исключении психического расстройства анализируемое время составляло для СПЭ по уголовным делам (12 наблюдений) 120 (90÷170) мин., что сопоставимо с «простыми» СПЭ. Для СПЭ по гражданским делам (12 наблюдений) – 150 (150÷300) мин., что сопоставимо со «сложными» СПЭ.

Экспертная сложность. Теоретический анализ позволил выдвинуть гипотезу, что экспертная сложность может зависеть от ведущего синдрома, определяющего нарушение саморегуляции на разных этапах: представления о решаемой задаче, оценки последствий и рисков, выборе альтернатив, реализации решения (Ткаченко А.А., Корзун Д.Н., 2016).

Для СПЭ по гражданским делам было сформировано 3 группы: в первой ведущим синдромом являются когнитивные нарушения (59 наблюдений); во второй – волевые нарушения (49 наблюдений); в третьей ведущими являлись синдромы, нарушающие саморегуляцию на смысловом уровне (нарушение сознания, дезинтеграция психической деятельности, психотические симптомы, 38 наблюдений). В каждой группе выделялись подгруппы, отражающие значимые клиничко-динамические особенности.

При выявлении умеренных когнитивных нарушений (18 наблюдений), умеренных волевых расстройств (27 наблюдений) и дезинтеграции психической деятельности (9 наблюдений) встречались случаи, когда однозначное экспертное решение не было получено, несмотря на проведение клинической диагностики (выносились вероятностные решения или следовал отказ от вынесения решения).

В этих же ситуациях время на формирование выводов составляло 180 (120÷360) мин., что в 1,7-3,5 раза превышало анализируемое время в иных ситуациях (выявление грубых когнитивных и волевых расстройств, нарушений сознания, психотической симптоматики, а также легких, не имеющих юридического значения, психических нарушений). Различия между сравниваемыми группами и подгруппами статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

Для СПЭ по уголовным делам влияние характеристик ведущего синдрома на экспертную сложность оставалось на уровне математической тенденции. При этом в ряде случаев (32 наблюдения) возникала необходимость обосновать юридическое значение психического расстройства совокупностью клинических, ситуационных и личностных факторов. Анализируемое время в этих случаях оставляло 180 (150÷240) мин., что в 1,6 и 1,5 раза больше в сравнении с ситуациями, когда решение обосновывалось влиянием ведущего синдрома, или наличие психической патологии не имело юридического значения. Различия между сравниваемыми группами статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

Общим для ситуаций, где отмечаются трудности оценки юридической релевантности психического расстройства, является то, что характеристик ведущего психопатологического синдрома недостаточно для обоснования экспертного решения и требуется проведение дополнительного анализа всей совокупности клинических и социально-психологических факторов. Это увеличивает время на формулирование выводов и является фактором экспертной сложности.

Группы сложности СПЭ. Учет влияния факторов клинической и экспертной сложности на время формулирования, обоснования и согласования выводов позволил выделить группы сложности СПЭ с устойчивым хронорядом: 4 по гражданским и 3 по уголовным делам. Данные группы достоверно отличаются по анализируемому времени ($p \leq 0,05$), что позволяет определить коэффициент сложности.

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): имеются только признаки «расширения спектра» либо недостаточности 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 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 (180-300 и более) мин. Коэффициент сложности – 4.

СПЭ по уголовным делам. *Простые СПЭ* (30 случаев): отсутствует фактор экспертной сложности, имеется не более одного фактора клинической сложности. Анализируемое время – 60 (30-90) мин. Коэффициент сложности – 1. *Умеренно сложные СПЭ* (34 случая): имеется либо сочетание двух факторов клинической сложности; либо 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 (150-240 и более) мин. Коэффициент сложности – 3.

Оценка предварительной сложности. Для рационального использования кадровых ресурсов (равномерное распределение нагрузки, определение комиссионного характера исследования) сложность СПЭ может оцениваться предварительно, до начала экспертизы по следующему ряду признаков.

Для СПЭ по гражданским делам достоверное значение имеют характер юридической ситуации и наличие/отсутствие психиатрической документации ($p \leq 0,05$). С вероятностью 60-80% СПЭ по вопросам дееспособности при наличии психиатрической документации будут простыми; СПЭ для решения вопросов

дееспособности при отсутствии психиатрической документации и СПЭ при необходимости подтвердить/опровергнуть наркологический диагноз – умеренно сложными; СПЭ по обжалованию действий при оказании психиатрической помощи и по защите прав и интересов детей – сложными; СПЭ при решении вопросов «сделкоспособности» и по делам о компенсации вреда – повышенной сложности.

Для СПЭ по уголовным делам достоверное значение имеют характер криминальных действий, возраст подэкспертного и способ проведения СПЭ ($p \leq 0,05$). С вероятностью 70-80% СПЭ в отношении совершеннолетних обвиняемых в совершении правонарушений, не связанных с насилием или угрозой его применения, будут простыми. СПЭ в отношении обвиняемых в правонарушениях, связанных с насилием или угрозой его применения (вне зависимости от возраста), а также СПЭ в отношении потерпевших и свидетелей – умеренно сложными; СПЭ в отношении несовершеннолетних обвиняемых в совершении правонарушений, не связанных с насилием или угрозой его применения; посмертные СПЭ в уголовном процессе – сложными.

Расчет трудоемкости СПЭ. Трудоемкость определяется затратами времени на выполнение всех блоков работы эксперта. Для СПЭ по гражданским делам установлено, что от сложности СПЭ зависит время на формулирование выводов и время на обработку одного листа дела. Это позволяет использовать коэффициент сложности для данных переменных. Среднее время на обработку одного листа дела – 1 минута. Среднее время на формулирование выводов для простых СПЭ – 60 минут. Коэффициент сложности для простых СПЭ – 1; для умеренно-сложных СПЭ – 1,5; для сложных – 2,5; для СПЭ повышенной сложности – 4. Время на обработку медицинских карт определяется их количеством. Среднее время на обработку одной карты – 45 минут. Время на обработку аудиовидеозаписей 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 мин. Смоделирована формула трудоемкости СПЭ по гражданским делам (1).

$$T = K_{сл} \times (N_{л} + 60) + (N_{к} \times 45) + (t_{зап} \times 1.1) + 60, \quad (1)$$

где T - Трудоемкость СПЭ, мин.

K.сл - Коэффициент сложности.

N_л - количество листов дела, шт.

N_к - количество медицинских карт, шт.

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

Для СПЭ по уголовным делам установлено, что расчет времени на обработку аудио и видеозаписей, медицинской документации и работу с подэкспертным аналогичен СПЭ по гражданским делам. Время на формулирование выводов зависит от уровня сложности. Среднее время на формулирование выводов для простых СПЭ – 60 минут. Коэффициент сложности 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. Среднее время на обработку одного тома дела при СПЭ в отношении обвиняемых в совершении правонарушений, не сопряженных с насилием, составляет 120 минут. Коэффициент сложности анализа дела – 1. Для СПЭ в отношении потерпевших и обвиняемых в насильственных преступлениях – 180 минут. Коэффициент сложности анализа дела – 1,5. Смоделирована формула трудоемкости СПЭ по уголовным делам (2).

$$T = (120 \times N_{т} \times K_{ад}) + (45 \times N_{к}) + (t_{зап} \times 1.1) + 60(t_2) + (60 \times K_{сл}), \quad (2)$$

где T - Трудоемкость СПЭ, мин.

N_т - количество томов уголовного дела, шт.

K_{ад} - коэффициент сложности анализа дела.

N_к - количество медицинских карт, шт.

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

K.сл - коэффициент сложности СПЭ

Сложность СПЭ и оформление экспертных заключений. В анализируемой выборке встречались две модели оформления экспертных заключений. *Первая модель* (187 случаев): вся интерпретация клинических

данных приводится в разделе «выводы». При наличии факторов клинической сложности эксперт либо перегружает выводы рассмотрением диагностических версий (что может формировать сомнения суда в категоричности выводов), либо излагает только итоговую версию (что может вызывать сомнения во всесторонности исследования). *Вторая модель* (53 случая): в исследовательской части заключения проводится систематизация и квалификация клинических феноменов (клинический анализ), а в выводах проводится их соотнесение с диагностическим стандартом. В клиническом анализе эксперты обозначают опорные точки, выдвигают диагностические версии, отражают результат компенсации «лакун», обусловленных факторами клинической сложности, раскрывается логика экспертов. Выводы не перегружены специальной терминологией. Это делает заключение более понятным и проверяемым, позволяет руководителю отделения оценивать уровень сложности СПЭ и закрепляет единую схему аргументации выводов.

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.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Потемкин Б.Е. Категория «сложности» применительно к судебно-психиатрическим экспертным исследованиям / Б.Е. Потемкин, А.А. Ткаченко // Российский психиатрический журнал. – 2016. – № 1. – С. 35-45.**
2. **Потемкин Б.Е. Влияние атипичности клинической картины на «сложность» судебно-психиатрической диагностики / Б.Е. Потемкин, А.А. Ткаченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – № 3. – С. 58-64.**
3. **Потемкин Б.Е. Факторы, определяющие сложность клинической диагностики в условиях судебно-психиатрической экспертизы /**

Б.Е. Потемкин, А.А. Ткаченко // Психическое здоровье. – 2017. – № 12. – С. 55-67.

4. **Потемкин Б.Е. Оценка сложности амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз / Б.Е. Потемкин, А.А. Ткаченко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева». – 2019. – № 1.**
5. Потемкин Б.Е. Оценка качества и обоснованности выводов судебно-психиатрических экспертов / Б.Е. Потемкин // Использование специальных знаний в юридической деятельности: сборник научных статей; под ред. Ф.В. Балеевских. – Екатеринбург: Раритет, 2015. – С. 61-69.
6. Потемкин Б.Е. Актуальные вопросы организации экспертных исследований в свете изменений гражданского законодательства / Б.Е. Потемкин // Научно-практическая конференция «Организационно-правовые, клинко-диагностические вопросы общей психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы», 1-2 апреля 2013 года, Санкт-Петербург: тезисы. – СПб.: Альта Астра, 2015. – С.16.
7. Потемкин Б.Е. Методология оценки сложности судебно-психиатрических экспертных исследований [Электронный ресурс]: / Б.Е. Потемкин // Шестой национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии «общественное психическое здоровье: настоящее и будущее», 18-20 мая 2016г., Уфа. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. – С. 262.