

ВЛИЯНИЕ АТИПИЧНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НА «СЛОЖНОСТЬ» СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Б.Е. Потемкин, А.А. Ткаченко

*ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница»,
ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

В немногочисленных исследованиях трудозатрат экспертов [1, 2, 10] отмечалась определенная зависимость трудоемкости судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ) от категории судебного дела, контингента подэкспертных и состава экспертной комиссии. В частности, трудозатраты экспертов-докладчиков выше при решении вопросов «делкоспособности», экспертизе несовершеннолетних и проведении комплексных исследований. Однако исследование трудоемкости не позволяет выявить факторы, усложняющие принятие диагностического решения. Для определения критериев «сложности» СПЭ принципиальным является отграничение времени, затрачиваемого на выработку собственно диагностического заключения, от времени выполнения «рутинной» работы по обработке предоставляемых эксперту объектов исследования. Поэтому выявление объективных причин усложнения клинической диагностики при проведении СПЭ является важным этапом для определения их «сложности» в целом.

Объективная оценка «сложности» возможна только через анализ времени, которое эксперт затрачивает на проведение экспертизы [7], в связи с чем выявление клинических факторов, усложняющих диагностику, возможно при совместном проведении хронометрического исследования и клинического анализа.

Методика проведения хронометража подразумевает разделение всего процесса производства СПЭ на этапы и выделение «фиксажных точек» (момента начала и окончания трудовой операции) [4]. Хотя стадии экспертного исследования выделялись и назывались по-разному [1, 2, 10], характер экспертной деятельности и решаемых в ходе нее задач позволяет выделить три основных этапа (блока) в работе эксперта: первый – анализ материалов дела и медицинской документации; второй – работа с подэкспертным; третий – оформление и согласование выводов. Выделение данных этапов в целом согласуется с видами экспертных работ, которые закреп-

лены в «Протоколе ведения больных. Судебно-психиатрическая экспертиза» [8].

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 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» [9], 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 (по терминологии P.Devine) [11]. Все это делает практически невозможным определение «фиксажных точек» (момента начала и окончания собственно аналитического процесса), в связи с чем выделение времени на принятие диагностического решения на этих этапах затруднительно. 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 «обоснования и согласования выводов», когда получение новой информации о подэкспертном полностью завершено, а аналитический процесс не только продолжается, но и становится «контролируемым». Здесь эксперт осознанно и целенаправленно приступает к обоснованию диагностического решения, в связи с чем могут быть четко зафиксированы моменты начала и окончания работы над обоснованием выводов, то есть возможно выделение «фиксажных 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 операций. Следовательно, становится возможным исследовать влияние именно различных клинических особенностей на «сложность» СПЭ.

Трудность клинической диагностики определяется несоответствием наблюдаемой клинической картины диагностическому стандарту, что чаще всего обозначается широким понятием «атипичности» [3]. «Атипизм» клинической картины определяется наличием разных факторов, которые ранее были сгруппированы в категории «недостаточности», «расширения спектра» и «несогласованности» диагностических критериев [7]. На «недостаточность диагностических критериев» будет указывать ситуация, когда выявляемой симптоматики не хватает для однозначной интерпретации и отнесения к той или иной диагностической категории. О «расширении спектра диагностических критериев» можно говорить в случае, когда выявляемые клинические феномены выходят за рамки типичного диагностического набора признаков, и либо диагностируется несколько психических расстройств, либо отмечается наличие дополнительных симптомов и синдромов. О «несогласованности диагностических критериев» можно говорить, когда имеются взаимоисключающие сведения о психическом состоянии подэкспертного или несоответствие имеющихся данных известным клиничко-динамическим закономерностям. В этом случае эксперт, проводя анализ, вынужден сопоставлять противоречивые данные и оценивать клиническую надежность источников информации.

Исходя из сказанного, сформулирована **цель** исследования: выявление влияния различных вариантов «атипичности» клинической картины на время обоснования и согласования выводов при проведении СПЭ как показателей сложности судебно-психиатрической диагностики.

Материал и методы

Всего проведено 240 наблюдений на базе ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница». В амбулаторном отделении СПЭ по уголовным делам проведено 64 наблюдения (26,7%) за период апрель–май 2013 года; в отделении СПЭ по гражданским делам – 176 наблюдений (73,3%) за периоды январь–февраль и октябрь–декабрь 2013 год.

В анализируемую группу включались случаи завершенных амбулаторных экспертных исследований по уголовным и гражданским делам с проведением хронометража работы эксперта-докладчика. В анализируемую группу не включались случаи, когда экспертное исследование было начато, но не завершено (возращение дела без исполнения). Показателем «сложности» экспертиз рассматривалось время,

затрачиваемое экспертом-докладчиком на формирование и согласование выводов, то есть на обсуждение выводов с другими членами комиссии; обдумывание аргументации и формулировку выводов; согласование и уточнение окончательных формулировок и оформление ответов на экспертные вопросы.

Проводилось сравнение трех групп экспертных случаев. В первую группу (24) включены случаи, когда наличие психической патологии у подэкспертного исключалось. В данную группу не входили случаи, когда психическое расстройство не диагностировалось в связи с неясностью клинической картины и неустранимыми в ходе исследования противоречиями в описании психического состояния. Во вторую группу (52) включены случаи диагностики одного психического расстройства с «типичной» клинической картиной и отсутствовали неустранимые противоречия в описании психического состояния. В данную группу не включались случаи, когда имелась типичная клиническая картина, выходящая за рамки одной нозологической единицы. В третью группу (164) вошли случаи, когда при диагностике психической патологии выявлялась «атипичная» клиническая картина при наличии «недостаточности», «избыточности» или противоречивости диагностических критериев или сочетания указанных факторов.

Так как имеются существенные различия в вопросах, разрешаемых с помощью экспертизы в уголовном и гражданском процессах, то сравнение данных групп проводилось как во всей выборке, так и отдельно для экспертиз в уголовном (89) и гражданском (151) процессах.

Основным методом исследования являлся клинический (психопатологический), включающий анализ объективизированных источников информации (заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов). Проводился анализ анамнестических сведений и психического состояния в период экспертного исследования.

Дополнительно применялся метод выборочного 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.

Определение минимально необходимого числа наблюдений рассчитывалось по формуле $n=2500 \times [K^2 \times (K_y - 1)^2 / C^2 \times (K_y + 1)^2]$ [4], 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 $C=10\%$) [5, 6]. При указанных значениях достаточно проведение до 25 замеров.

Коэффициент «фактической устойчивости хроноряда», то есть соотношение максимального и минимального значений измерений всех наблюдений (K_y факт.= T_{max}/T_{min}) для данной выборки равен 20 (600 мин/30 мин). Такой результат, даже при исключении крайних (экстремальных) показателей [4], не позволяет считать хроноряд устойчивым, что указывает на неоднородность выполняемой экспертом работы на одном и том же ее этапе в разных экспертных ситуациях и подтверждает гипотезу о различной «сложности» выполняемой работы.

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

Результаты

Для проверки исходной гипотезы о том, что «атипичность» клинической картины определяет повышенную сложность диагностического процесса, проводилось сравнение времени на обоснование и согласование выводов при наличии «типичной» (Группа 2) и «атипичной» (Группа 3) клинической картины. Поскольку «атипизм» определяется наличием разных факторов («недостаточность», «расширение спектра» и «несогласованность» диагностических критериев), а также различными их комбинациями, то в Группе 3 выделялись подгруппы, которые также сравнивались с Группой 2. Кроме того, чтобы выяснить, является ли констатация психического здоровья у подэкспертного фактором, упрощающим (или усложняющим) принятие экспертного решения, проведено сравнение Группы 1 (отсутствие психических расстройств) с Группой 2 («типичная» клиническая картина).

Во всей выборке время на обоснование выводов составляло: в Группе 1 ($n=24$) – 150 (120÷180) мин.; в Группе 2 ($n=52$) – 60 (60÷90) мин.; в Группе 3 ($n=164$) – 150 (110÷180) мин. То есть наличие «атипичной» симптоматики, как и исключение психической патологии, достоверно ($p<0,001$), в 2,5 раза увеличивало время на обоснование и согласование экспертных выводов.

В подгруппе, где имелась только «недостаточность диагностических критериев» ($n=10$), анализируемое время составляло 120 (90÷150) мин. То есть наличие только данного фактора достоверно ($p<0,001$), в 2 раза увеличивало время на обоснование и согласо-

вание выводов. В подгруппе, где отмечалось только «расширение спектра диагностических критериев» ($n=31$), анализируемое время составляло 90 (60÷90) мин. Это означало, что наличие только данного фактора достоверно ($p<0,05$), в 1,5 раза увеличивало время на обоснование и согласование выводов. В подгруппе, где отмечалось только наличие «несогласованности» критериев ($n=23$), анализируемое время составляло 150 (120÷180) мин. Следовательно, наличие данного фактора достоверно ($p<0,001$), в 2,5 раза увеличивало время на обоснование и согласование экспертных выводов. В подгруппе, где одновременно наблюдались «недостаточность» и «расширение спектра» диагностических критериев ($n=8$) анализируемое время составляло 135 (120÷180) мин. То есть сочетание данных факторов достоверно ($p<0,001$), в 2,25 раза увеличивало время на обоснование и согласование экспертных выводов. В подгруппе, где одновременно наблюдались «недостаточность» и «несогласованность» диагностических критериев ($n=3$), анализируемое время составляло 180 (150÷180) мин. Это значит, что сочетание данных факторов достоверно ($p<0,05$), в 3 раза увеличивало время на обоснование и согласование экспертных выводов. В подгруппе, где отмечалось сочетание «расширения спектра» и «несогласованности» диагностических критериев ($n=28$), анализируемое время составляло 150 (120÷180) мин. Таким образом, данная комбинация факторов «атипичности» достоверно ($p<0,001$), в 2,5 раза увеличивала время на обоснование и согласование экспертных выводов. В подгруппе, где отмечалось сочетание всех вариантов «атипичности» ($n=61$), анализируемое время составляло 180 (180÷360) мин. Из этого следует, что в данном случае достоверно ($p<0,001$), в 3 раза увеличивалось время на обоснование и согласование выводов.

Влияние различных вариантов «атипичности» на время обоснования выводов во всей выборке представлено в табл. 1.

Отдельно проанализированы выделенные группы (1-ая, 2-ая и 3-я) и подгруппы (из Группы 3) для СПЭ в гражданском процессе. Здесь время на обоснование выводов составляло: в Группе 1 ($n=12$) – 150 (150÷300) мин.; в Группе 2 ($n=43$) – 60 (45÷60) мин.; в Группе 3 ($n=96$) – 150 (90÷300) мин. То есть «атипичность» симптоматики, как и исключение психической патологии достоверно ($p<0,001$), в 2,5 раза увеличивало время на обоснование и согласование экспертных выводов.

В подгруппе, где имелась только «недостаточность диагностических критериев» ($n=6$), анализируемое время составляло 105 (90÷125) мин. То есть наличие только данного фактора достоверно ($p<0,001$), в 1,75 раза увеличивало время на обоснование и согласование выводов. В подгруппе, где отмечалось только «расширение спектра диагностических критериев» ($n=28$), анализируемое время

Влияние различных вариантов «атипичности» на время обоснования экспертных выводов во всей выборке

Анализируемая группа (подгруппа)	Время на обоснование и согласование выводов (в минутах)	Кратность увеличения трудозатрат в сравнении с Группой 2
Наличие только «расширения спектра» критериев (n=31)	90 (60÷90)	1,5*
Наличие только «недостаточности критериев» (n=10)	120 (90÷150)	2*
Сочетание «недостаточности» и «расширения спектра» критериев (n=8)	135 (120÷180)	2,25*
Отсутствие психической патологии (n=24)	150 (120÷180)	2,5*
Наличие только «несогласованности критериев» (n=23)	150 (120÷180)	2,5*
Сочетание «расширения спектра» и «несогласованности» критериев (n=27)	150 (120÷180)	2,5*
Сочетание «недостаточности» и «несогласованности» критериев (n=4)	180 (150÷180)	3*
Сочетание всех вариантов «атипичности» (n=61)	180 (180÷360)	3*

Примечания: * – достоверные различия.

составляло 90 (60÷90) мин. Следовательно, наличие только данного фактора достоверно ($p<0,05$), в 1,5 раза увеличивало время на обоснование и согласование выводов. В подгруппе, где отмечалось только наличие «несогласованности» критериев (n=23), анализируемое время составляло 180 (120÷300) мин. То есть наличие данного фактора достоверно ($p<0,001$), в 3 раза увеличивало время на обоснование и согласование экспертных выводов. В подгруппе, где одновременно наблюдались «недостаточность» и «расширение спектра» диагностических критериев (n=4), анализируемое время составляло 120 (100÷120) мин. Это означало, что сочетание данных факторов достоверно ($p<0,05$), в 2 раза увеличивало время на обоснование и согласование экспертных выводов. В подгруппе, где одновременно имелись «недостаточность» и «несогласованность» диагностических критериев (n=3), анализируемое время составляло 225 (150÷225) мин. То есть сочетание данных факторов достоверно ($p<0,05$), в 3,75 раза увеличивало время на обоснование и согласование экспертных выводов. В подгруппе, где отмечалось сочетание «расширения спектра» и «несогласован-

ности» диагностических критериев (n=3), анализируемое время составляло 180 (150÷225) мин. Следовательно, данная комбинация факторов «атипичности» достоверно ($p<0,05$), в 3 раза увеличивало время на обоснование и согласование экспертных выводов. В подгруппе, где отмечалось сочетание всех вариантов «атипичности» (n=47), анализируемое время составляло 240 (180÷360) мин. То есть в данном случае достоверно ($p<0,001$), в 4 раза увеличивалось время на обоснование и согласование выводов.

Результаты влияния различных вариантов «атипичности» на время обоснования выводов в СПЭ по гражданским делам представлены в табл. 2.

Особо проведено сравнение выделенных подгрупп СПЭ по гражданским делам между собой. Подгруппа, где имеется только «расширение спектра критериев» (n=28), достоверно ($p<0,05$) отличается от других подгрупп.

Подгруппы, где встречается только «недостаточность» критериев, а также сочетание «недостаточности» и «расширения спектра» критериев достоверно не отличаются между собой ($p\geq 0,05$) и достоверно ($p<0,05$) отличаются от прочих подгрупп. При

Таблица 2

Влияние различных вариантов «атипичности» на время обоснования экспертных выводов для СПЭ по гражданским делам

Анализируемая группа (подгруппа)	Время на обоснование и согласование выводов (в минутах)	Кратность увеличения трудозатрат в сравнении с Группой 2
Наличие только «расширения спектра критериев» (n=28)	90 (60÷90)	1,5*
Наличие только «недостаточности критериев» (n=6)	105 (90÷125)	1,75*
Сочетание «недостаточности» и «расширения спектра» критериев (n=4)	120 (100÷120)	2*
Отсутствие психических расстройств	150 (150÷300)	2,5*
Наличие только «несогласованности критериев» (n=5)	180 (120÷180)	3*
Сочетание «расширения спектра» и «несогласованности» критериев (n=3)	180 (150÷225)	3*
Сочетание «недостаточности» и «несогласованности» критериев (n=3)	225 (150÷225)	3,75*
Сочетание всех вариантов «атипичности» (n=61)	240 (180÷360)	4*

Примечания: * – достоверные различия.

объединении указанных подгрупп (n=10) время на обоснование и согласование выводов составляет 120 (90÷120) мин. То есть в случае, если имеется «недостаточность», но не встречается «несогласованность» критериев, достоверно (p<0,001), в 2 раза увеличивается время на обоснование выводов по сравнению с Группой 2, где имеется только типичная симптоматика.

Достоверно (p≥0,05) не отличаются между собой подгруппа, где встречается только «несогласованность» критериев; подгруппа, где имеется сочетание «несогласованности» и «расширения спектра» критериев; а также Группа 1, где психическая патология была исключена. При этом указанные подгруппы и Группа 1 достоверно (p<0,05) отличаются от других подгрупп, где имеется «атипичность» симптоматики. При объединении данных подгрупп (n=20) время на обоснование и согласование выводов составляет 180 (150÷240) мин. То есть в случае, если встречается «недостаточность» критериев, усиленная «расширением спектра» критериев, или встречается только «несогласованность» критериев, либо наличие психической патологии исключается, то время на обоснование выводов достоверно (p<0,001) увеличивается в 3 раза (в сравнении с Группой 2).

Подгруппы, где встречается сочетание «несогласованности» и «недостаточности» критериев, либо одновременно присутствуют все варианты «атипичности», достоверно (p≥0,05) не отличаются между собой и достоверно (p<0,05) отличаются от других подгрупп. При объединении данных подгрупп (n=64) время на обоснование и согласование выводов составляет 240 (180÷360) мин. То есть в случае, если одновременно встречается «несогласованность» и «недостаточность» критериев, то время на обоснование выводов достоверно (p<0,001) увеличивается в 4 раза (в сравнении с Группой 2).

Отдельно проанализированы выделенные группы (1-ая, 2-ая и 3-я) и подгруппы (в Группе 3) для СПЭ в уголовном процессе. В экспертизе по уголовным делам в Группе 1 (n=12) анализируемое время составляло 120 (95÷170) мин. В Группе 2 (n=9) – 120 (95÷150) мин. В Группе 3 (n=68) – 150 (120÷180) мин. Достоверных различий между группами не установлено (p≥0,05).

Для СПЭ в уголовном процессе в подгруппе, где имелась только «недостаточность» диагностических

критериев» (n=4), анализируемое время составляло 135 (90÷195) мин. В подгруппе, где отмечалось только «расширение спектра диагностических критериев» (n=3), анализируемое время составляло 90 (90÷90) мин. В подгруппе, где отмечалось только наличие «несогласованности» критериев (n=18), анализируемое время составляло 120 (120÷160) мин. Достоверных различий указанных подгрупп с Группой 2 не установлено. В объединенной подгруппе, где встречалось по одному из вариантов «атипичности» (n=25), анализируемое время составляло 120 (90÷160). Достоверных различий с Группой 2 также не установлено.

В подгруппе, где одновременно наблюдалось сочетание «недостаточности» и «расширения спектра» диагностических критериев (n=4), анализируемое время составляло 150 (150÷260) мин. В подгруппе, где одновременно имелась «недостаточность» и «несогласованность» диагностических критериев (n=1), анализируемое время составляло 150 мин. В подгруппе, где отмечалось сочетание «расширения спектра» и «несогласованности» диагностических критериев (n=24), анализируемое время составляло 150 (100÷170) мин. Достоверных различий указанных подгрупп с Группой 2 установлено не было. Однако, в объединенной подгруппе, где встречались два любых варианта «атипичности» (т.е. при увеличении числа наблюдений, n=29), 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 обоснование и согласование выводов.

В подгруппе, где отмечалось сочетание всех вариантов «атипичности» (n=14), анализируемое время составляло 180 (150÷180) мин., то есть достоверно (p<0,05), в 1,5 раза увеличивалось время на обоснование и согласование выводов.

Результаты влияния «атипичности» на время обоснования выводов в СПЭ по уголовным делам представлены в табл. 3.

Обсуждение и выводы

Полученные результаты показывают, что «атипичность» симптоматики (несоответствие клинической картины диагностическому стандарту одной нозологической единицы) увеличивает время на обоснование и согласование выводов, то есть явля-

Таблица 3

Влияние различных вариантов «атипичности» на время обоснования экспертных выводов для СПЭ по уголовным делам

Анализируемая группа (подгруппа)	Время на обоснование и согласование выводов (в минутах)	Кратность увеличения трудозатрат в сравнении с Группой 2
Наличие одного любого варианта «атипичности» (n=25)	120 (90÷160)	-
Наличие двух любых вариантов «атипичности» (n=29)	150 (100÷180)	1,25*
Сочетание всех факторов «атипичности» (n=14)	180 (150÷180)	1,5*

Примечания: * – достоверные различия.

Группы сложности для СПЭ по гражданским делам

Группа сложности	Признаки группы	Коэффициент сложности
Простые СПЭ	Наличие одного психического расстройства с «типичным» набором диагностических критериев. Среднее время, затрачиваемое экспертом на обоснование, согласование и оформление выводов составляет 1 час.	1
СПЭ с незначительным усложнением	Диагностика двух и более психических расстройств или одного психического расстройства с дополнительными симптомами. Среднее время, затрачиваемое экспертом на обоснование, согласование и оформление выводов составляет 1,5 часа.	1,5
Умеренно сложные СПЭ	Диагностика как одного, так и нескольких психических расстройств при наличии «недостаточности» диагностических критериев. Среднее время, затрачиваемое экспертом на обоснование, согласование и оформление выводов составляет 2 часа.	2
Сложные СПЭ	Диагностика одного или нескольких психических расстройств при «несогласованности» (противоречивости) критериев или исключение психической патологии. Среднее время, затрачиваемое экспертом на обоснование, согласование и оформление выводов составляет 3 часа.	3
СПЭ повышенной сложности	Диагностика одного или нескольких психических расстройств при сочетании «несогласованности» и «недостаточности» диагностических критериев. Среднее время, затрачиваемое экспертом на обоснование, согласование и оформление выводов составляет 4 часа.	4

ется объективным фактором усложнения клинической диагностики при проведении СПЭ.

Все выделенные варианты «атипичности» («недостаточность», «расширение спектра» и «несогласованность») диагностических критериев усложняют диагностический процесс.

Влияние разных вариантов «атипичности» клинической картины на сложность диагностического процесса различно. Наибольшее значение имеет «несогласованность» клинических критериев. Меньшее, но существенное значение имеет «недостаточность» диагностических критериев. Наименьшее значение имеет «расширение спектра» критериев диагностики. Также играет роль сочетание нескольких вариантов «атипичности», причем особенно значимы комбинации «несогласованности» диагностических критериев с другими вариантами.

Все перечисленные закономерности в полной мере характерны для СПЭ по гражданским делам, что позволяет использовать различные варианты «атипичности» клинической картины для выделения групп сложности СПЭ.

В зависимости от наличия тех или иных вариантов сложности и их комбинаций возможно предварительно выделить пять групп «сложности» СПЭ по гражданским делам и ввести коэффициент «сложности», отражающий кратность увеличения времени на обоснование и согласование выводов (показатель «сложности»). Выделенные группы и их характеристики представлены в табл. 4.

Предварительный характер такого разделения на группы сложности определяется тем, что при проведении СПЭ возможно наличие иных значимых факторов, которые могут как увеличивать, так и понижать «сложность» СПЭ. Например, к данным факторам может относиться разная степень выраженности психических нарушений, комплексный характер исследования и специфика разрешаемых вопросов, заслуживающие отдельного анализа.

Для СПЭ в уголовном процессе влияние «атипичности» симптоматики на время обоснования и согласования выводов выражено в значительно меньшей степени. Некоторое значение имеет только сочетание нескольких вариантов «атипичности». Это не позволяет использовать «атипичность» клинической картины в качестве основного критерия для выделения групп «сложности» СПЭ по уголовным делам. В уголовном процессе «сложность» СПЭ, по-видимому, определяется другими факторами, для выявления которых требуется продолжение исследования. Однако, «атипичность» клинической картины необходимо учитывать при итоговом выделении групп сложности.

Следует также отметить, что исключение психического расстройства не является фактором, облегчающим диагностику, что особенно характерно для гражданского процесса, поскольку экспертиза в данном случае назначается именно в связи с предполагаемой вероятностью психической патологии, и исключение таковой требует анализа разных диагностических гипотез.

ЛИТЕРАТУРА

1. Введенский Г.Е., Ткаченко А.А. Обеспечение качества комплексной сексолого-психиатрической экспертизы (требования к объему и полноте сексологического исследования). Методические рекомендации // Судебно-психиатрическая экспертиза: методические и аналитические материалы. М., 2010. С. 95–112.
2. Кудрявцев И.А., Морозова М.В., Савина О.Ф. О должностных обязанностях и нормативах нагрузки психолога амбулаторных судебно-психиатрических экспертных комиссий и отделений стационарной судебно-психиатрической экспертизы: пособие для врачей. М., 2000. 37 с.
3. Марачев М.П. Атипичная депрессия при биполярном и монополярном аффективном расстройстве (клиника и фармакотерапия): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2013.
4. Методика разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. М.: 2013. Доступно по: <http://pandia.ru/text/79/321/58019.php> Ссылка активна на 31.01.2016 г.
5. Методы изучения затрат рабочего времени. EasilyManage (Особенности менеджмента). Доступно по: <http://www.easilymanage.ru/epo-2.html> Ссылка активна на 31.01.2016г.
6. Мягков Г.Г. Организация, нормирование и оплата труда на предприятиях отрасли (учебное пособие). Доступно по: http://abc.vvsu.ru/Books/organiz_normir_oplata Ссылка активна на 31.01.2016г.
7. Потемкин Б.Е., Ткаченко А.А. Категория «сложности» применительно к судебно-психиатрическим экспертным исследованиям // Российский психиатрический журнал. 2016. № 1. С. 35–45.
8. Протокол ведения больных. Судебно-психиатрическая экспертиза // Нормативно-правовые и информационно-методические документы по судебно-психиатрической экспертизе. М., 2010. С. 23–130.
9. Руководство по судебной психиатрии / Под ред. А.А.Ткаченко. М.: Юрайт, 2012. 960 с.
10. Ружников А.Ю. Анализ затрат времени членов судебно-психиатрических экспертных комиссий при производстве амбулаторных экспертиз // Сборник научных трудов «Актуальные вопросы современной психиатрии». Екатеринбург, 2003. С. 114–120.
11. Devine P. Stereotypes and Prejudice: Their Automatic and Controlled Components // J. Personality Soc. Psychol. 1989. Vol. 56, N 1. P. 5–18.

ВЛИЯНИЕ АТИПИЧНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НА «СЛОЖНОСТЬ» СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Б.Е. Потемкин, А.А. Ткаченко

Обсуждается проблема объективной оценки «сложности» судебно-психиатрической экспертизы. Критерием сложности является время, затраченное экспертом на обоснование экспертного решения. Сложность клинической диагностики определяется несоответствием наблюдаемой симптоматики диагностическому стандарту из-за «избыточности», «недостаточности» и «несогласованности» диагностических

критериев. Перечисленные факторы имеют различное влияние на сложность экспертной оценки по уголовным и гражданским делам. Определены ориентиры для выделения групп сложности для судебных экспертиз по гражданским делам.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, сложность судебно-психиатрической диагностики, хронометраж, группы сложности.

INFLUENCE OF ATYPICAL CLINICAL PICTURE ON 'COMPLEXITY' OF FORENSIC PSYCHIATRIC DIAGNOSIS

B.E. Potemkin, A.A. Tkachenko

The authors discuss the issue of objective assessment of complexity in forensic psychiatric evaluation. Time happens to be a criterion of complexity, specifically the time it takes for expert to present the grounds for his expert decision. Complexity of clinical diagnosis is associated with the symptoms not properly fitting the diagnostic standard because of excessive, insufficient or incongruent diagnostic criteria. The mentioned factors may to a varying

degree complicate the expert evaluation in criminal and civil cases. The authors propose orientation points for distinguishing the complexity groups in forensic psychiatric evaluations on civil cases.

Key words: forensic psychiatric evaluation, complexity of forensic psychiatric diagnosis, time measurement, complexity groups

Потемкин Борис Евгеньевич – заведующий отделением амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница»; e-mail: pbe.box@mail.ru

Ткаченко Андрей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: tkatchenko_gnc@mail.ru