УТВЕРЖДАЮ
Заместитель Министра
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
В.И. Стародубов
«____»_____2005 г.

ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ -
СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Москва, 2005 г.

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Нормативный документ Протокол ведения больного «Судебно-психиатрическая экспертиза» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

- Конституция Российской Федерации («Российская газета» от 25.12.1993 г. №237);
- Гражданский процессуальный кодекс РФ (Собрание законодательства Российской Федерации от 18.11.2002, №46, ст.4531);
- Уголовно-процессуальный кодекс РФ (Собрание законодательства Российской Федерации от 24.12.2001, №46, ст.4531);
- Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, №23, ст.2291);
- Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1992. №33. Ст. 1913).
- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, №46, ст.5312);
- Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.1999 №1194 «Об утверждении «Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации», (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, №46, ст.5322);

III. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

Протокол ведения пациента «Судебно-психиатрическая экспертиза» разработан с целью нормативного обеспечения Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и Постановления Правительства Российской Федерации от 26.10.1999 №1194 «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, №46, ст. 5322).

Он служит для решения следующих задач:

- установление единых требований к условиям и порядку проведения судебно-психиатрической экспертизы;
- унификация требований к проведению экспертного исследования и вынесения экспертного заключения;
- обеспечения оптимальных объемов, доступности и качества диагностических мероприятий, предпринимаемых для пациентов (подэкспертных) в ходе экспертного исследования в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения данного нормативного документа – судебно-психиатрические экспертные учреждения системы здравоохранения, иные учреждения, где производятся судебно-психиатрические экспертизы в соответствии с уголовно-процессуальным, гражданским процессуальным законодательством и законодательством об административных правонарушениях.

IV. ВЕДЕНИЕ ПРОТОКОЛА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО «СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА».

Ведение Протокола ведения больного «Судебно-психиатрическая экспертиза» осуществляется Государственным научным центром социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Система ведения предусматривает

взаимодействие Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского со всеми заинтересованными организациями.

V. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ.

Судебно-психиатрическая экспертная деятельность осуществляется в процессе судопроизводства (производства по уголовному, гражданскому либо административному делу) государственными судебно-психиатрическими экспертными учреждениями и состоит в организации и производстве судебно-психиатрических экспертиз.

Задачей государственной судебно-психиатрической экспертной деятельности является оказание содействия судам, судьям, прокурорам, органам дознания и дознавателям в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, посредством решения вопросов, требующих специальных знаний в области психиатрии и медицинской психологии.

Государственная судебно-психиатрическая экспертная деятельность осуществляется при неуклонном соблюдении равноправия граждан, их конституционных прав на свободу и личную неприкосновенность, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, а также иных прав и свобод человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией Российской Федерации. Судебно-психиатрические экспертные исследования, требующие временного ограничения свободы лица или его личной неприкосновенности, проводятся только на основаниях и в порядке, которые установлены федеральным законом.

В соответствии с нормами Федерального законодательства, перечисленными выше, судебно-психиатрическая экспертиза может производиться в гражданском судопроизводстве, уголовном процессе, а также в административном судопроизводстве (в случаях, когда производство по делу об административном правонарушении осуществляется судьей).

Судебно-психиатрическая экспертиза в отношении живых лиц может производиться в добровольном и принудительном порядке (ст.28 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»). Круг лиц, которые могут быть направлены на судебно-психиатрическую экспертизу в принудительном порядке, определяется процессуальным законодательством Российской Федерации. К их числу относятся:

- субъект деяния, в связи с совершением которого ведется уголовное производство (подозреваемый; обвиняемый; лицо, в отношении которого решается вопрос о применении принудительных мер медицинского характера) независимо от того находится он под стражей или нет;
- потерпевший при производстве некоторых экспертиз прямо предусмотренных законом, призванные установить психическое состояние потерпевшего в случае, когда возникают сомнения в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания;
- лицо, в отношении которого в гражданском судопроизводстве начато дело о признании его недееспособным. При явном уклонении этого лица от прохождения такой экспертизы в добровольном порядке, суд в судебном заседании с обязательным участием прокурора и врача-психиатра может вынести решение о принудительном направлении уклоняющегося лица на судебно-психиатрическую экспертизу.

Судебно-психиатрические экспертизы различаются по условиям проведения, юридического статуса подэкспертных, состава специалистов, участвующих в проведении экспертизы и др.

Классификация судебно-психиатрических экспертиз.

1. Судебно-психиатрические экспертизы живых лиц и заочные (в т.ч. посмертные).
2. В зависимости от условий проведения судебно-психиатрической экспертизы: на дому, в кабинете следователя, в зале суда, в экс-

пертном учреждении, последние в свою очередь делятся на: амбулаторные и стационарные.

3. Первичные, повторные и дополнительные.

4. В зависимости от возрастных особенностей испытуемых: судебно-психиатрическая экспертиза взрослых и несовершеннолетних.

5. В зависимости от юридического статуса испытуемых и вида судопроизводства:

5.1. Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным делам:

- судебно-психиатрическая экспертиза лиц, находящихся под стражей и лиц, не находящихся под стражей;
- судебно-психиатрическая экспертиза подозреваемых, обвиняемых, свидетелей; потерпевших.
- 5.2. Судебно-психиатрическая экспертиза по гражданским делам: истцов; ответчиков; лиц, жалобы которых рассматриваются в порядке гражданского судопроизводства; свидетелей; лиц, в отношении которых решается вопрос об их дееспособности, ограниченной дееспособности, сделкоспособности.

В интересах разработки протокола ведения больного «Судебно-психиатрическая экспертиза», исходя из его целей и задач, нами были выделены виды экспертиз, дифференцированных по условиям проведения и составу привлеченных специалистов:

1. Однородная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза.

2. Однородная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

3. Комплексная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза.

3.1. Комплексная амбулаторная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

3.2. Комплексная амбулаторная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза.

4. Комплексная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

4.1. Комплексная стационарная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

4.2. Комплексная стационарная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы основное значение для заключения о наличии или отсутствии юридически значимого психического состояния обследуемого лица имеет диагностика наличия или отсутствия у него психических расстройств, их квалификация применительно к конкретному правовому событию. При этом большую роль играет оценка текущего и прошлого психического состояния пациента, прогноз течения психических расстройств, выяснение влияния нарушений психики на его поведение в исследуемой ситуации. В связи с этим главным при проведении судебно-психиатрической экспертизы является диагностический процесс. То или иное экспертное решение зависит от правильности и достоверности диагноза. Следует отметить, что в отличие от диагностического процесса в общей психиатрии и медицине в целом в случае экспертной диагностики обязательными являются два этапа оценки психического состояния пациента (подэкспертного).

Первый этап заключается в установлении психического расстройства и его нозологической принадлежности (диагноз и психический статус имеющегося заболевания.

Второй этап состоит в сопоставлении выявленных у подэкспертного расстройств с юридическими критериями правовой нормы, в соответствии с которой была назначена экспертиза (судебно-психиатрическая экспертная оценка). При этом могут выявляться психические расстройства, исключающие либо ограничивающие вменяемость подозреваемых и обвиняемых, возможность давать показания свидетелями и потерпевшими в уголовном процессе, психические расстройства, исключающие дееспособность либо сделкоспособность в гражданском процессе, психические расстройства, обуслов-

ливающие необходимость назначения принудительного лечения, и ряд других юридически значимых психических расстройств.

Экспертное исследование включает:

- психиатрическое исследование, состоящее из сбора объективного анамнеза по материалам дела и медицинской документации и субъективного анамнеза, проведения клинического (психопатологического) физикального, инструментальных и функциональных методов исследования, привлечения врачей-консультантов других специальностей (невролога, терапевта, окулиста и др.);
- экспериментально-психологическое (патопсихологического) исследование, состоящее из разнообразных методик, выбор которых зависит от задач исследования и вопросов, поставленных перед психологом врачом судебно-психиатрическим экспертом (в рамках однородной судебно-психиатрической экспертизы) или судом (в рамках комплексной судебно-психиатрической экспертизы);
- сексологическое исследование (в рамках комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы).

V. I. ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

V.I.I. ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ.

Объективный анамнез собирается при изучении уголовного или гражданского дела и включает:

А) данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями;

Б) данные о личности испытуемого, особенностях его развития, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на различные житейские ситуации, психических травмах;

В) данные об особенностях психического состояния и поведения подэкспертного в период исследуемых юридически значимых ситуаций:

- при освидетельствовании подозревемых и обвиняемых – в процессе изучения и анализа показаний испытуемого, их динамики в период предварительного и судебного следствия, изучения и анализа объективных данных (заключения судебно-медицинской, судебно-биологической экспертиз и т.д.), а также при изучении показаний свидетелей;
- при освидетельствовании потерпевших – в процессе изучения показаний потерпевшего, обвиняемого и свидетелей криминальной ситуации;
- при освидетельствовании свидетелей – в процессе изучения и анализа их показаний;
- при освидетельствовании истцов и ответчиков – в процессе изучения и анализа их исковых заявлений, ходатайств, показаний, которые даны в судебном заседании.

Данные о психических расстройствах, особенностях их проявлений, динамике развития, терапевтический анамнез собираются при изучении и анализе медицинской документации.

V.I.II. СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ (методология).

При проведении судебно-психиатрической экспертизы клинический метод остается основным. В нем главное место принадлежит расспросу (клиническому интервью). С помощью расспроса собирается субъективный анамнез и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние подэкспертного.

Расспрос должен проводиться экспертом в атмосфере доверительности и непринужденности, максимально исключающей постороннее вмешательство и любые другие отвлекающие факторы, способные создать ощущение торопливости и суетности.

В процессе беседы врач судебно-психиатрический эксперт (далее – эксперт) должен исключить демонстрацию собственной личностной позиции

и не допускать оценивающих и комментирующих высказываний и реплик назидательного и морализаторского толка.

Предпочтительными считаются общие и конкретные вопросы, стимулирующие опрашиваемого к самостоятельному рассказу, который по началу следует осторожно и деликатно направлять в нужное русло (этап пассивного интервью). Рекомендуется начинать беседу с получения фактических сведений, от простого к сложному, от нейтральных тем – к эмоционально значимым.

Задаваемые вопросы должны быть по возможности краткими, простыми, однозначными и понятными подэкспертному, содержать только одну мысль. Доступность вопросов определяется совпадением их лексики с речевой практикой испытуемого, которая зависит от словарного, образовательного, культурного уровня, а также культуральных, языковых, национальных и этнических факторов, что требует от эксперта точной оценки соответствующего статуса пациента.

При сборе анамнеза необходимо подстраиваться к психическому темпу подэкспертного. При этом следует побуждать пациента к разъяснению своих высказываний, имеющих клиническое значение, предлагая привести конкретные примеры, более подробно описать упоминаемые ощущения, подобрать новые слова, аналоги, образные сравнения, уточняющих форму психопатологических переживаний.

Эксперту не следует злоупотреблять суггестивными (внушающими) вопросами. Их применение оправдано только при постановке особых задач (определение степени внушаемости, готовности откликаться на психопатологически значимые вопросы предположительно симулирующего подэкспертного и некоторые другие).

Анамнестические сведения собираются, как правило, от прошлого к настоящему. Иногда, например, при бредовых расстройствах, порядок расспроса может быть обратным.

Схема анамнестического опроса – хронологическая последовательность в выявлении событий жизни с момента рождения до момента обследования. Она включает семейный, трудовой, сексуальный, супружеский, социальный (в том числе криминальный) анамнез и анамнез болезни.

Расспрос должен быть направлен на:

А) выявление психических расстройств с учетом времени их появления, последующего усложнения или обратного развития с оценкой их влияния на различные стороны жизни испытуемого;

Б) выявление преморбидных личностных особенностей и характерологических изменений, которые произошли за время болезни;

В) выявление особенностей реагирования на различные житейские обстоятельства, в частности на психические травмы;

Г) выявление не только перенесенных соматических заболеваний и других экзогенных вредностей (черепно-мозговые травмы, употребление психоактивных веществ), но и то, как они повлияли на психическое состояние испытуемого;

Д) выявление особенностей критических возрастных периодов (пубертатный, инволюционный);

Е) сбор терапевтического анамнеза в случаях лечения психотропными препаратами в прошлом;

Ж) изучение исследуемой юридической ситуации.

При освидетельствовании обвиняемых осуществляется расспрос об обстоятельствах инкриминируемого им деяния, особенностях их поведения и психического состояния в период правонарушения и последующий до момента проведения экспертизы.

При освидетельствовании потерпевших и свидетелей осуществляется расспрос об обстоятельствах криминальной ситуации, особенностях их психического состояния и поведения в период правонарушения и последующий до момента проведения экспертизы.

При освидетельствовании истцов и ответчиков осуществляется расспрос об обстоятельствах совершения гражданского акта и их психическое состояние в тот период.

V.I.III. КЛИНИЧЕСКОЕ (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ.

Изучение психического состояния испытуемого происходит в процессе расспроса и сбора анамнеза, в результате наблюдения за испытуемым во время пребывания его в отделении.

Во время расспроса обращается внимание на особенности внешнего вида испытуемого, его мимики, движения, речи, манеры держать себя во время обследования.

Во время беседы с испытуемым выявляются:

А) состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования;

Б) особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения;

В) отношение испытуемого к имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам;

Г) психические расстройства, имеющиеся на момент обследования;

Д) отношение подэкспертного к исследуемой юридической ситуации.

При изложении психического состояния применяется описательный метод, не рекомендуется использование психиатрической терминологии. В тех случаях, когда обследуемый употребляет слова и выражения, точно описывающие его состояние, переживания, их следует приводить как прямую речь.

Клиническое психиатрическое исследование должно быть дополнено ознакомлением врача с письмами испытуемых, их дневниками и самоописаниями болезненных расстройств, различными видами их художественного творческой деятельности, а также сведениями, полученными из дневниковых записей наблюдения за испытуемым среднего медицинского персонала.

При наличии кратковременных отключений сознания описывается их длительность, внешние проявления (цианоз, наличие дополнительных движений) для уточнения характера патологии – обморок и его генез, эпилептический припадок, истерический припадок и т.д.

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики и вынесения экспертного решения в зависимости от конкретной юридически значимой ситуации.

При интерпретации полученных данных психиатр всегда должен руководствоваться исключительно клиническими аргументами с последовательным переходом от феноменологического описания к нозографической верификации и функциональному диагнозу. Эксперт обязан в своих диагностических суждениях опираться только на реальные клинические факты.

V.I.IV. ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Соматическое и неврологическое обследование испытуемого, поступившего на судебно-психиатрическую экспертизу, вначале производится самим врачом судебно-психиатрическим экспертом.

Общий осмотр тела включает:

А) выявление следов различных повреждений, в том числе самопорезов (с учетом их давности), расположение и особенности татуировок (так называемые «наколки осужденных»), если они имеются;

Б) осмотр волосистой части головы для выявления рубцов и шрамов после перенесенных травм;

В) выявление следов инъекций различной давности, если они имеются;

Г) осмотр слизистой полости рта и языка (рубцы, наличие следов прикусов).

Исследование соматического состояния по органам и системам с учетом предъявляемых жалоб и наличия соматических заболеваний в анамнезе включает:

А) исследование органов дыхания (осмотр, перкуссия, аускультация);

Б) исследование сердечно-сосудистой системы (осмотр, перкуссия, аускультация, измерение частоты пульса и артериального давления);

В) исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени методом перкуссии).

При неврологическом исследовании определяется:

А) расстройства функций черепно-мозговых нервов (обонятельного, зрительного, глазодвигательного, блокового, отводящего, тройничного, лицевого, преддверно-улиткового, языкоглоточного, блуждающего, добавочного, подъязычного), а также наличие бульбарного и псевдобульбарного синдромов;

Б) рефлексы и их изменения, произвольные движения (безусловные, условные, патологические – стопные, кистевые, защитные, верхняя и нижняя пробы Барре для уточнения пареза конечностей);

В) экстрапирамидные нарушения (картина гипокинеза, нарушений мышечного тонуса, наличие различных гиперкинезов, дрожания, миоклонии);

Г) мозжечковая патология и расстройства координации движений (при наличии атаксии уточняется ее вид с помощью ряда проб – простой и усложненной позы Ромберга, пальценосовой, пяточно-коленной, пробы на адиадохокинез, на соразмерность движений, расстройства речи, изменение почерка, нистагм);

Д) чувствительность и ее нарушения;

Е) расстройства функций вегетативной нервной системы;

Ж) расстройства высших мозговых функций (речь, гнозис, праксис, память, мышление, сознание, невротические синдромы).

V.I.V. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ.

Для уточнения неврологического или терапевтического диагноза, влияющего на вынесение экспертного заключения, часто необходимо провести ряд дополнительных исследований, особенно при отсутствии их результатов в сопровождающей медицинской документации испытуемого.

Электроэнцефалографическое исследование позволяет констатировать снижение порога судорожной готовности, эпилептической активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения головного мозга и внутри черепной гипертензии, размеров желудочков мозга.

Реоэнцефалографическое исследование отражает состояние сосудистой системы мозга (за счет каротидного и вертебрального бассейнов кровоснабжения).

Консультация окулиста - определение состояния глазного дна, выявление признаков сосудистого и органического поражения головного мозга.

Компьютерная томография, магнитно-ядерно-резонансное исследование, допплерография артерий и вен обычно в условиях экспертных учреждений невыполнимы. Результаты их проведения в условиях неврологических учреждений поступают в экспертные учреждения с медицинской документацией, сопровождающей испытуемого. Они также могут быть включены в анализ невропатологических синдромов, выявленных у испытуемого.

Обобщение данных клинического и дополнительных методов неврологического исследования позволяет вынести топический и нозологический диагнозы поражения головного мозга.

При обнаружении психических расстройств, вызванных теми или иными соматическими или неврологическими заболеваниями, необходимо ***привлечение врачей-специалистов*** в той области медицины, к которой относится выявленное заболевание.

Для диагностики психофизического инфантилизма необходимо проведение комплекса специальных методов обследования с привлечением кон-

сультаций ***эндокринолога*** (с целью выявления сомато-эндокринного развития), ***рентгенолога*** (верификация так называемого «костного возраста» на рентгенограммах кистей), ***невролога, нейрофизиолога*** и проч.

V.II. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование проводится медицинским психологом судебно-психиатрического экспертного учреждения (отделения).

Экспериментально-психологическое исследование в рамках однородной судебно0психиатрической экспертизы является дополнительным методом исследования и проводится в отдельных случаях. Показания к его проведению определяет врач судебно-психиатрический эксперт.

В рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы этот метод исследования является обязательным.

Экспериментально-психологическое исследование должно дать экспертам-психиатрам информацию об особенностях и структуре психических процессов, индивидуально-психологических свойств и психическом состоянии испытуемого, которые необходимы для уточнения диагноза и решения экспертных вопросов. Как правило, это требует:

А) представление дополнительных психопатологических данных для дифференциальной диагностики психических расстройств;

Б) определение степени выраженности имеющихся расстройств и отклонений от нормы;

Данные экспериментально-психологического исследования должны быть обобщены в заключении психолога.

Методический материал экспериментально-психологического исследования подбирается в зависимости от:

А) конкретных задач;

Б) процессуального положения испытуемого;

В) половозрастных факторов;

Г) вида экспертизы по месту и условиям ее проведения.

Экспериментально-психологическое исследование включает в качестве обязательного компонента беседу с испытуемым и наблюдение.

Необходимо применять следующий минимальный набор экспериментальных методов, охватывающих основные сферы психической деятельности:

А) исследование умственной работоспособности и внимания: отсчитывание, таблицы Шульте (черно-белые и цветные), счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона и др. – не менее одной методики;

Б) исследование памяти: узнавание предметов, запоминание 10 слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов, картинок, пробы на опознание запоминаемых предметов и др. – не менее двух методик;

В) исследование ассоциативной сферы: ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации, пиктограмма и др. – не менее одной методики;

Г) исследование мыслительной деятельности: исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий. Признаки понятий. Простые и сложные аналогии, объяснение пословиц и метафор, последовательные картинки, сюжетные картины, проба Эббингауза, незаконченные предложения, проба на чувствительность к логическим противоречиям и др. – не менее трех методик, которые должны охарактеризовать операциональную, логическую, смысловую сферы мышления и включать как наглядный, так и вербальный материал;

Д) исследование индивидуально-психологических особенностей: различные самооценочные шкалы (по Дембо-Рубенштейн, «Самочувствие-активность-настроение» - САН, «Подростковый диагностический опросник« - ПДО и др.), проективные тесты («Тематический апперцептивнй тест» - ТАТ, Роршах, тесты Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики и др.), лич-

ностные опросники (MMPI – «Миннесотский мультифакторный личностный опросник», тест Кеттела и др.) – не менее одной методики.

При определении уровня психического развития испытуемых с интеллектуальной недостаточностью, а также малолетних и несовершеннолетних к этому списку необходимо добавить:

А) исследование организации интеллектуальной деятельности, конструктивного праксиса, обучаемости: последовательные картинки, кубики Кооса, доски Сегена с введением элементов обучающего эксперимента – не менее одной методики;

Б) исследование общего уровня развития познавательной деятельности (опрос об общей осведомленности, практической ориентации, ориентации в социально значимых ситуациях и др. с возможным использованием теста Векслера, пробы на сформированность основных автоматизированных навыков чтения, письма, счета) включается в беседу.

Заключение экспериментально-психологического исследования имеет стандартную структуру для всех видов исследования и состоит из введения, основной части и резюме.

Введение включает в себя два раздела:

А) общая характеристика испытуемого. Раздел содержит сведения, полученные психологом из беседы с ним и наблюдения: о характере контакта, особенностях поведения, эмоциональном состоянии и реакциях, об отношении испытуемого к самому себе, совершенному правонарушению, ситуации экспертизы, собственным перспективам. Отражает жалобы и оценку испытуемым собственного психического здоровья. Включает характеристику социальных установок, ведущих мотивов, а также иных особенностей, имеющих значение для экспертизы;

Б) особенности деятельности испытуемого в ситуации проведения эксперимента. Дается общая характеристика продуктивности интеллектуальной деятельности и особенностей выполнения им экспериментальных заданий: особенностей мотивации при работе с экспериментальным материалом (в том

числе проявления установочного поведения), отношение к процедуре исследования, особенностей усвоения инструкций, реакций на замечания экспериментатора и ситуаций успеха и неуспеха, способности к коррекции ошибок и самостоятельной организации умственной деятельности.

Основная часть заключения предназначена для описания конкретных результатов экспеиментально-психологического исследования по различным сферам психических процессов, индивидуально-психологических особенностей и психического состояния по следующей схеме.

1. Когнитивная сфера (познавательная деятельность):

   А) умственная работоспособность, внимание;

   Б) мнестические процессы (память);

   В) мышление:

   - ассоциативная сфера;
   - операциональная сфера;
   - логическая сфера;
   - смысловая сфера;
   - предметно-конструктивная сфера;

2. Уровень интеллектуального развития:

   - объем общих сведений и знаний;
   - практическая ориентировка;
   - способность к приобретению новых знаний и навыков (обучаемость).

3. Индивидуально-психологические особенности и уровень развития личности.

Резюме обобщает сведения, полученные по результатам беседы, наблюдения и экспериментального психодиагностического исследования.

В нем должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей испытуемого, отражаются как нарушенные, так и сохранные стороны психической деятельности в виде определенных патопсихологических комплексов. При наличии наруше-

ний психической деятельности необходимо отметить степень их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

В резюме также следует включить описание психического состояния подэкспертного на момент проведения обследования.

Резюмирующая часть экспериментально-психологического исследования при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы представляет собой формулировку экспертных выводов, т.е. ответов на вопросы органа, назначившего экспертизу, которые входят в компетенцию медицинского психолога, занятого в производстве комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, и их подробное обоснование.

После проведения входящего в его компетенцию исследования, медицинский психолог-эксперт в ходе взаимодействия с врачом судебно-психиатрическим экспертом осуществляют сопоставление полученных результатов с общей картиной психического расстройства, если таковое обнаруживается, согласуют совместные выводы и оформляет собственную часть экспертного заключения.

V. III. СЕКСОЛОГИЧЕСКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Сексологическое исследование, проводимое в рамках комплексной сексолого-психиатрической экспертизы (амбулаторной и стационарной), является обязательным и нацелено на выявление юридически значимых расстройств сексуальности с последующей формулировкой ответов на интересующие правоохранительные органы вопросы.

При проведении сексологического метода исследования производится оценка своевременности и соответствия половой принадлежности, различных проявлений сексуального развития, как в психической сфере, так и на соматическом уровне.

Оно содержит анамнестические сведения, значимые для оценки сексуального становления:

- характер игровой деятельности;

- особенности половой идентификации и роли;

- сроки становления сексуальных проявлений и др.

Особого внимания заслуживает описание формирования сексуального влечения и динамики вариаций его реализации. Детально излагаются те девиантные действия, которые послужили основанием для возбуждения настоящего и прошлых уголовных дел, с акцентом на тех поведенческих проявлениях, которые в последующем используются для квалификации расстройств влечений.

При объективном сексологическом исследовании используется антропометрия, вычисляются квантификационные показатели. Получаемые при этом индексы, требующие цифрового выражения, должны сопровождаться соответствующими пояснениями, раскрывающими их смысл и значение для последующей диагностики.

Данные сексологического исследования должны быть обобщены в заключении сексолога.

Резюмирующая часть представляет собой формулировку экспертных выводов, т.е. ответов на вопросы органа, назначившего экспертизу, которые входят в компетенцию врача судебно-психиатрического эксперта-сексолога, и их подробное обоснование.

После проведения исследования, входящего в его компетенцию, эксперт-сексолог в ходе взаимодействия с экспертом-психиатром осуществляют сопоставление полученных результатов с общей картиной психического расстройства, если таковое обнаруживается, согласуют совместные выводы и участвуют в оформлении экспертного заключения.

VI. ЗАВЕРШЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ И ОФОРМЛЕНИЕ ЕЕ РЕЗУЛЬТАТОВ.

Экспертиза считается оконченной, когда по ее результатам составлено письменное экспертное заключение или иной документ, указанный ниже. При этом составленный документ должен быть в отпечатанном виде, подписан, удостоверен печатью экспертного учреждения и

полностью готов к отправке или вручению органу (лицу), назначившему экспертизу.

Каждая экспертиза (каждое проведенное экспертом или экспертами экспертное исследование) оканчивается составлением одного из следующих документов (далее – «итоговые документы»):

1. Заключение судебно-психиатрической экспертизы.

2. Письменное сообщение о невозможности дать судебно-психиатрическое экспертное заключение.

3. Заключение судебно-психиатрической экспертизы о невозможности решения экспертных вопросов в амбулаторных условиях (или в иных условиях, в которых проводилась данная экспертиза - в зале судебного заседания, на дому у испытуемого и пр.).

Заключение экспертизы составляется в случаях, когда эксперты дают ответы на экспертные вопросы или хотя бы на часть экспертных вопросов. Под экспертными вопросами понимаются вопросы, сформулированные в постановлении или определении о назначении экспертизы, а также вопросы, решаемые экспертами в порядке реализации права экспертной инициативы.

В заключении экспертизы должны быть отражены:

1. Время и место производства экспертизы.

2. Основания производства экспертизы.

3. Сведения об органе или лице, назначивших экспертизу.

4. Сведения об экспертном учреждении и об эксперте (фамилия, имя, отчество, образование, специальность, стаж работы, ученая степень и ученое звание, занимаемая должность), которым было поручено производство экспертизы.

5. Вопросы, поставленные перед экспертом или комиссией экспертов.

6. Объекты исследований и материалы дела, представленные эксперту или экспертам для производства экспертизы.

7. Сведения об участниках процесса, присутствовавших при производстве экспертизы.

8. Содержание и результаты исследований с указанием примененных методов.

9. Оценка результатов исследований, обоснование и формулирование выводов по поставленным вопросам.

10. Сведения о предупреждении эксперта (экспертов) об ответственности по ст. 307 Уголовного кодекса Российской Федерации за дачу заведомо ложного заключения (п.5 ч.1 ст. 204 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации).

Заключение судебно-психиатрической экспертизы о невозможности решения экспертных вопросов в амбулаторных условиях, в которых проводилась данная экспертиза, составляется в случаях, когда врач судебно-психиатрический эксперт (или эксперты), проводивший исследования, не смог решить ни один экспертный вопрос. Наряду с констатацией факта невозможности решить все экспертные вопросы эксперт или эксперты обязаны также указать, могут ли эти вопросы быть решены в иных условиях. Например, эксперты, не решившие экспертных вопросов в амбулаторных условиях, формулируют в акте вывод о необходимости назначения стационарной экспертизы.

Ни один из вопросов, поставленных перед экспертами в постановлении или определении о назначении экспертизы, не может быть оставлен без внимания при составлении экспертами итогового документа. Эксперты обязаны либо ответить на него, либо указать, по какому из предусмотренных законом оснований дать ответ не представляется возможным.

Если по одним вопросам эксперты могут дать ответы, а по другим имеются основания для сообщения о невозможности дать заключение, то составляется единый документ - заключение экспертизы. В нем наряду с экспертными выводами, содержащими мотивированные ответы

на экспертные вопросы, приводятся основания, по которым невозможно дать ответ на некоторые из поставленных перед экспертами вопросов.

В составляемых экспертами документах запрещается приводить данные о совершении испытуемым или другими гражданами действий, содержащих состав преступления или иного правонарушения, если эти данные, отсутствуют в предоставленных экспертам материалах дела и (или) эти данные не требуются для обоснования экспертных выводов.

Все итоговые документы подписываются врачом судебно-психиатрическим экспертом либо комиссией экспертов (при комиссионной экспертизе) и удостоверяются печатью экспертного учреждения. Не удостоверяются печатью экспертного учреждения лишь заключения (иные итоговые документы), которые составляются экспертами по результатам экспертизы, проведенной в суде.

Заключение эксперта или иной итоговый документ не могут быть подписаны лицом, не проводившим экспертных исследований, или лицом, не объявленным испытуемому в день заседания экспертной комиссии.

Врач судебно-психиатрический эксперт, проводивший экспертные исследования в составе экспертной комиссии, не вправе отказаться от подписи заключения экспертизы или иного итогового документа. В случае несогласия с другими членами экспертной комиссии он обязан составить и подписать собственное заключение (иной итоговой документ).

Лицо, которое руководитель экспертного учреждения назначил экспертом в рамках конкретной экспертизы:

1. Не может в дальнейшем быть отстранено от ее производства, кроме случаев, когда в дальнейшем выясняются обстоятельства, служащие основаниями для отвода данного эксперта.

2. Не может быть лишено права подписи экспертного заключения или иного итогового документа.

При наличии обстоятельств, исключающих участие или дальнейшее участие в производстве экспертизы допущенного к ней лица (болезнь, отпуск, длительная командировка и пр.), это лицо заменяется другим экспертом по распоряжению руководителя экспертного учреждения.

При производстве комиссионной экспертизы в случае разногласий между экспертами каждый из них или эксперт, который не согласен с другими, дает отдельное заключение.

В случаях, когда из-за разногласий между экспертами составляются два или более экспертных заключения с несовпадающими между собой выводами, руководитель экспертного учреждения направляет все заключения экспертизы органу или лицу, назначившему данную экспертизу.

В том случае, если руководитель экспертного учреждения обнаруживает недостатки оформления экспертного заключения или иного документа, он вправе вернуть этот документ составившим его экспертам для внесения соответствующих изменений. Документ считается оформленным неправильно в случае несоответствия его оформления закону, настоящему стандарту, Инструкции о производстве судебно-психиатрической экспертизы или Методическим указаниям Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по его составлению.

Заключение эксперта или иной итоговый документ, составленный по результатам экспертизы, проведенной в экспертном учреждении, составляется не менее чем в трех экземплярах, первый из которых направлялся органу (лицу), назначившему экспертизу, а два других остаются в экспертном учреждении. Один из них хранится в истории болезни испытуемого, второй – в архиве.

При производстве повторной экспертизы составляются дополнительные экземпляры заключения экспертизы по числу первичных экспертиз, проведенных вне данного экспертного учреждения.

Заключение эксперта или иной итоговый документ направляется органу (лицу), назначившему экспертизу, по почте не позднее следующего дня после того, как документ окончательно оформлен.

В случае, когда между органом (лицом), назначившим экспертизу, имеется договоренность об ином способе отправления (вручения) документа, его отправление (вручение) осуществляется в соответствии с имеющейся договоренностью.

В случае, когда орган (лицо), назначившие экспертизу, ходатайствует о личном (или через нарочного) получении документа, руководитель экспертного учреждения извещает этот орган (это лицо) о дне, когда возможна передача документа. В извещении руководитель экспертного учреждения сообщает; что в случае неявки за документом в течение обусловленных суток последний может быть направлен по почте без каких-либо дополнительных уведомлений.

Материалы дела возвращаются органу (лицу), назначившему экспертизу вместе с заключением экспертизы или иным итоговым документом, составленным по результатам проведенной в экспертном учреждении экспертизы. Иной порядок возвращения материалов дела возможен только на основании предварительной договоренности между органом (лицом), назначившим экспертизу, и руководителем экспертного учреждения.

VII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА ЭКСПЕРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

7.1. Модель пациента

Клиническая ситуация: производство однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц и по материалам дела (заочной, в т.ч. посмертной).

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10: F0 – F99.

Профиль подразделения, учреждения:

- отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы;

Функциональное назначение отделения, учреждения: диагностика, экспертиза.

7.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

Наличие постановления (определения) органов суда и следствия о назначении амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы (для лиц, содержащихся под стражей и для лиц, не содержащихся под стражей).

7.1.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние подэкспертного соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической .

Код	**Наименование медицинских работ и услуг**	**кратность**
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1,1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1,1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1,1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1,1
A 02.01.004	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 05.23.001	Электроэнцефалография	по показаниям
A 05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы м головного мозга	по показаниям

A 05.23.003	Реоэнцефалография	по показаниям
A 06.03.002	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 04.12.001	Ультразвуковая допплерография артерий	по показаниям
A 04.12.002	Ультразвуковая допплерография вен	по показаниям
D 12.01.01.	Изучение материалов дела подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	по показаниям
D 12.01.02.	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D 12.01.03	Наблюдение за поведением испытуемого при проведении судебно-психиатрической экспертизы	1
D 12.01.04.	Подготовка и написание экспертного заключения врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении однородной судебно-психиатрической экспертизы	1
D 12.02.02.	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ медицинским психологом при проведении эекспериментально-психологического (психодиагностического) исследования в рамках судебно-психиатрической экспертизы	по показаниям
D 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	по показаниям
D 12.02. 03.	Подготовка заключения экспертиментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом.	по показаниям
D 12.04.01.	Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе судебно-психиатрической экспертной комиссии в качестве врача-докладчика	1
D 12.04.02	Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе судебно-психиатрической экспертной комиссии в качестве члена комиссии	2
D 22. 02. 01.	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D 22. 02. 03.	Оформление и подготовка документов к отправке.	1
D 22. 04. 01.	Машинописное оформление заключения СПЭ	1
D 22. 05	Организация архивного хранения документов	1

7.1.4. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях.

При производстве амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз живых лиц в условиях амбулаторного отделения судебно-психиатрической экспертизы возможно осуществление полного комплекса исследований: психиатрического, экспериментально-психологического, дополнительных функцио-

нальных методов исследования и привлечение врачей-консультантов (невролога, терапевта и т.д.). При производстве амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, особенно лиц, содержащихся под стражей, эксперт имеет возможность проводить психопатологическое исследование только в течение одного дня.

Минимальный набор материалов, необходимых для проведения экспертного исследования, при отсутствии которых необходимо сделать соответствующие запросы в органы, направившие на экспертизу, включает:

- уголовное или гражданское дело, в котором представлены: постановление (определение) о назначении судебно-психиатрической экспертизы (с указанием ее вида);
- характеристики (характеризующие материалы), содержащие объективные данные о личности подэкспертного;
- медицинские документы, содержащие копии заключений предыдущих судебно-психиатрических экспертиз по данному делу; амбулаторные медицинские карты из поликлиники общего профиля и психоневрологического диспансера; подлинники (копии) стационарных историй болезней; справки, выписки из медицинских карт, медицинского заключения.

В начале, до контакта с подэкспертным осуществляется ***изучение материалов дела подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц*** – позволяет на основе изучения данных уголовного или гражданского дела и характеристик получить объективные сведения, содержащий данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями; данные о личности испытуемого, особенностях его развития, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на различные житейские ситуации, психических травмах; данные об особенностях психического состояния и поведения подэкспертного в период исследуемых юридически значимых ситуаций.

Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц – служит для получения данных о психических расстройствах, особенностях их проявлений, динамике развития, необходимых для установления диагноза и принятия экспертного решения.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. Его принципами являются: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; адекватность; последовательность (алгоритмизированность); гибкость; беспристрастность опроса; проверяемость полученной информации. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических заболеваний, предшествующих развитию психопатологической симптоматики, что может указывать на этиологию и патогенез данного состояния.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить в клинической картине подэкспертного расстройства восприятия, сознания, мышления, эмоций и двигательно-волевой сферы, нарушения эмоций, внимания, мышления, расстройства собственно интеллекта и его предпосылок (внимания, памяти).

При проведении указанных видов услуг у подъэкспертных, обладающих экзогенно и экзогенно-органическими типами реагирования, выявляются следующие симптомокомплексы:

- психоорганический (энцефалопатический) синдром - нарушение осмысления, недержание аффекта, снижение памяти);
- Корсаковский синдром - фиксационная амнезия, парамнезии);
- делирий;
- сумеречное помрачение сознания;

- «грубая» (небредовая) деперсонализация и дереализация (аутометаморфопсии, метаморфопсиии);

- судорожные пароксизмы.

Диагностика эндогенного типа реагирования базируется на выявлении в процессе выполнения указанных видов работ врача судебно-психиатрического эксперта следующих расстройств:

- мышления - шперунги, ментизм, резонерство, разорванность;

- восприятия - слуховые псевдогаллюцинации;

- бредовой - «тонкой» деперсонализации и дереализации;

- эмоций - амбивалентность, суточные колебания настроения с улучшением к вечеру;

- двигательно-волевой сферы (кататонический синдром) - стереатипии, эхолалия, эхопраксия, негативизм и др.; абулия, гебефреничность, манерность.

При диагностике реактивных (психогенных) психозов возможно выявление с помощью указанных видов услуг:

- истерического сумеречного расстройства сознания – синдром Гиндром (псевдодеменция, пуэрилизм);

- галлюцинации психогенного характера.

Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение толщины кожной складки (пликометрия), измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах, проводятся врачом судебно-психиатрическим экспертом в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического пораже-

ния центральной нервной системы при органических психических расстройствах и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог ***(консультация невролога).*** При выявлении признаков текущего соматического заболевания - терапевт ***(консультация терапевта)*** и т.д.

При производстве однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы при необходимости уточнения личностных особенностей подэкспертного, когнетивных возможностей, особенностей мышления и т.п. проводится ***экспериментально-психологическое исследование,*** осуществляемое медицинским психологом.

Для подтверждения или исключения диагноза психических расстройств, вследствие органического поражения головного мозга возможно проведение ***электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований, компьютерной томографии головного мозга, магнитно-ядерно-резонансного исследования головного мозга*** и других исследований, направленных на уточнение диагноза.

После установления психиатрического диагноза эксперт переходит к формулированию экспертного решения и ответам на поставленные перед ним вопросы. Процесс принятия экспертного решения состоит в сопоставлении выявленных у подэкспертного расстройств с юридическими критериями правовой нормы, в соответствии с которой была назначена экспертиза.

После этого подэкспертный представляется на комиссию врачей судебно-психиатрических экспертов, где эксперт, проводивший исследование докладывает о его результатах (***Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе СПЭК в качестве врача-докладчика***).

Члены комиссии знакомятся с материалами дела и медицинской документацией, результатами настоящего экспертного исследования и проводят совместное психопатологическое исследование подэкспертно-

го. Комиссией врачей судебно-психиатрических экспертов принимается окончательное экспертное решение.

Экспертиза считается оконченной, когда по ее результатам составлено письменное экспертное заключение или иной документ, указанный ниже ***(Подготовка и написание экспертного заключения врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении однородной СПЭ).*** При этом составленный документ должен быть в отпечатанном виде, подписан, удостоверен печатью экспертного учреждения и полностью готов к отправке или вручению органу (лицу), назначившему экспертизу.

При производстве заочной (в том числе, посмертной) судебно-психиатрической экспертизы, либо судебно-психиатрической экспертизы за пределами судебно-психиатрического экспертного учреждения (в кабинете следователя, в зале суда) объем медицинских работ и услуг ограничивается работами и услугами врача судебно-психиатрического эксперта. При этом физикальные методы исследования, консультации специалистов других специальностей и функциональные методы исследования не выполняются.

Из этого не следует, что уменьшаются трудозатраты экспертов. В тех случаях, когда материалы дела (уголовного или гражданского) либо медицинские документы содержат в себе большие объемы информации (2 и более томов) рабочее время врачей судебно-психиатрических экспертов при производстве указанных видов судебно-психиатрической экспертизы превышает таковое при производстве полного комплекса исследований.

7.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому.

Амбулаторно-поликлиническое лечение в рамках данного протокола не проводится. В случае необходимости проведения такого лечения, подэкспертный параллельно данному протоколу включается в соответствующий протокол, включающий лечение психических расстройств.

7.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.

Специальных требований нет.

7.1.7. Требования лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

7.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

7.1.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.

Специальных требований нет.

7.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами.

Специальных требований нет.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

Специальных требований нет.

7.1.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие подэкспертный дает в случаях, определенных законодательством.

7.1.13. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола.

В случае выявления обстоятельств, препятствующих проведению судебно-психиатрической экспертизы в амбулаторных условиях, либо требующих проведения комплексной судебно-психиатрической экспертизы, врач судебно-психиатрический эксперт дает заключение с рекомендацией направления испытуемого на требуемый вид судебно-психиатрической экспертизы и перехода его в другую модель пациента.

7.1.14. Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преемственность и этапность в оказании медицинской помощи.
Принятие экспертного решения;		Выявление достаточных признаков для принятия экспертного решения	20 дней + 10 дней для оформления заключения	Исключение из протокола
Продление экс-		сложность экс-	20 дней + 10 дней	Направление на

пертного исследования в судебном порядке без принятия экспертного решения		пертной оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость динамического наблюдения	для подготовки и оформления экспертного заключения	стационарную судебно-психиатрическую экспертизу и переход в другую модель
Продление экспертного исследования в судебном порядке, отказ от принятия экспертного решения		сложность экспертной оценки, связанная с неполнотой сведений, содержащихся в материалах дела, подготовка запросов;	На любом этапе	Приостановка производства судебно-психиатрической экспертизы и его возобновление по данной модели после предоставления необходимых документов.
Отказ в проведении экспертного исследования и принятии экспертного решения		Неполнота сведений, содержащихся в материалах дела.	На любом этапе	Исключение из протокола

7.2. Модель пациента

Клиническая ситуация: производство однородной стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10: F0 – F99.

Профиль подразделения, учреждения:

- судебно-психиатрическое экспертное стационарное отделение.

Однородная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза может проводиться:

- в судебно-психиатрическом экспертном стационарном отделении для лиц, содержащихся под стражей.
- в судебно-психиатрическом экспертном стационарном отделении для лиц, не содержащихся под стражей.

Функциональное назначение отделения, учреждения: диагностика, экспертиза.

7.2.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

Наличие постановления (определения) органов суда и следствия о назначении стационарной судебно-психиатрической экспертизы (для лиц, содержащихся под стражей и для лиц, не содержащихся под стражей).

7.2.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние подэкспертного соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.2.3 Требования к диагностике стационарной.

Код	**Наименование медицинских работ и услуг.**	**кратность**
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	3
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	30
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	30
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	30
A 01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1
A 01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1,3
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1,3
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1,3
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	по показаниям
A 02.01.001	Измерение массы тела	по показаниям
A 02.01.004	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.03.002	Измерение окружности головы	по показаниям
A 02.03.005	Измерение роста	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	1

А 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	30
А 02.26.003	Исследование глазного дна	по показаниям
А 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	по показаниям
А 05.23.001	Электроэнцефалография	по показаниям
А 05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы м головного мозга	по показаниям
А 05.23.003	Реоэнцефалография	по показаниям
А 06.03.002	Компьютерная томография головы	по показаниям
А 04.12.001	Ультразвуковая допплерография артерий	по показаниям
А 04.12.002	Ультразвуковая допплерография вен	по показаниям
А 06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекций	по показаниям
А 09.23.001	Цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости	по показаниям
А 09.23.002	Определение крови в спинномозговой жидкости	по показаниям
А 09.23.003	Исследование уровня электролитов в спинномозговой жидкости	по показаниям
А 09.23.004	Исследование уровня глюкозы в спинномозговой жидкости	по показаниям
А 09.23.005	Исследование уровня белка в спинномозговой жидкости	по показаниям
А 09.23.006	Тесты на аномальный белок в спинномозговой жидкости	по показаниям
А 09.23.007	Бактериологической исследование спинномозговой жидкости	по показаниям
А 09.23.008	Исследование физических свойств спинномозговой жидкости	по показаниям
А 09.23.009	Исследование концентрации водородных ионов в спинномозговой жидкости (pH)	по показаниям
А 09.23.010	Серологическое исследование спинномозговой жидкости	по показаниям
А 11.01.002	Подкожное введение лекарств и растворов	по показаниям
А 11.01.003	Внутрикожное введение лекарств	по показаниям
А 11.02.002	Внутримышечное введение лекарств	по показаниям
А 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств	по показаниям
А 11.12.009	Взятие крови из переферической вены	2
А 11.19.005	Введение лекарственных средств с помощью клизмы	по показаниям
А 11.23.001	Спинномозговая пункция	по пока-

		заниям
A 13.30.001	Патопсихологическое обследование	по показаниям
A 01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	по показаниям
A 01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	по показаниям
A 01.20.003	Пальпация в гинекологии	по показаниям
A 02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	по показаниям
A 06.09.001	Рентгеноскопия легких	по показаниям
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
A 08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
A 08.05.006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	по показаниям
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	по показаниям
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	по показаниям
A 09.19.003	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
A 09.19.006	Микробиологическое исследование кала	1
A 09.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
A 09.28.003	Определение белка в моче	1
A 09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1
A 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (pH мочи)	1
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 11.05.001	Взятие крови из пальца	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
A 12.05.005	Определение основных групп крови (A, B, 0)	по показаниям
A 12.05.006	Определение резус принадлежности	по показаниям
A 12.06.011	Реакция Вассермана (RW)	1
A 12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
D 12.01.01	Изучение материалов дела подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D 12.01.01	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D 12.03.03	Подготовка и написание экспертного заключения врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы	1
D 12.04.01	Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе су-	1

	дебно-психиатрической экспертной комиссии в качестве врача-докладчика	
D 12.04.02	Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе судебно-психиатрической экспертной комиссии	2
D 12.02.01	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ медицинским психологом при проведении экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования в рамках однородной судебно-психиатрической экспертизы	по показаниям
D 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	по показаниям
D 12.02.02	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	по показаниям
D 12.01.04	Наблюдение за поведением испытуемого при приведении судебно-психиатрической экспертизы	30
D 22.02.03.	Оформление и подготовка документов к отправке.	1
D 22.04.01.	Машинописное оформление заключения судебно-психиатрической экспертизы	1
D 22. 05	Организация архивного хранения документов	1

7.2.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских работ и услуг в условиях стационара.

При проведении экспертного исследования и принятии экспертного решения в условиях однородной стационарной судебно-психиатрической экспертизы необходимо выполнение двух стадий исследования.

Первая заключается в установлении психического расстройства и его нозологической принадлежности (диагноз и психический статус). Вторая – в принятии экспертного решения и ответах на поставленные вопросы.

При производстве стационарной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц в условиях ***судебно-психиатрическое экспертного стационарного отделения*** осуществляется полный комплекс исследований, необходимых для установления диагноза и принятия экспертного решения: психиатрическое, экспериментально-психологическое, дополнительные функциональные методы исследования и привлечение врачей-консультантов (невролога, терапевта и т.д.).

Кроме того, проводятся исследования, регламентированные условиями содержания пациентов в психиатрическом стационаре, выполняемые для выявления сопутствующей соматической патологии у психически больных, по

ряду заболеваний находящихся в группах риска (туберкулез, ВИЧ, СПИД, гепатиты, кишечные инфекционные заболевания, венерические заболевания).

В стационарных условиях проводится судебно-психиатрическая экспертиза тех подэкспертных, установление диагноза и принятие экспертного решения у которых, представляет диагностические сложности и требует длительного наблюдения за ним с целью выявления особенностей поведения, обусловленных имеющейся психической патологией. Подэкспертный может как симулировать ее наличие, так и диссимулировать.

Наблюдение за подэкспертным с этой целью осуществляет не только врач судебно-психиатрический эксперт, но и средний медицинский персонал (свои наблюдения за подэкспертными медицинские сестры фиксируют в Журнале наблюдений за подэкспертными и персональном Дневнике наблюдения за подэкспертным, приобщающемся к истории болезни).

Минимальный набор материалов, необходимых для проведения экспертного исследования, при отсутствии которых необходимо сделать соответствующие запросы в органы, направившие на экспертизу, включает:

- уголовное или гражданское дело, в котором представлены: постановление (определение) о назначении судебно-психиатрической экспертизы (с указанием ее вида);
- характеристики (характеризующие материалы), содержащие объективные данные о личности подэкспертного;
- медицинские документы, содержащие копии заключений предыдущих судебно-психиатрических экспертиз по данному делу; амбулаторные медицинские карты из поликлиники общего профиля и психоневрологического диспансера; подлинники (копии) стационарных историй болезней; справки, выписки из медицинских карт, медицинского заключения.

В начале, до контакта с подэкспертным осуществляется ***изучение материалов дела подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц*** – позволяет на основе изучения данных уголовного

или гражданского дела и характеристик получить объективные сведения, содержащий данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями; данные о личности испытуемого, особенностях его развития, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на различные житейские ситуации, психических травмах; данные об особенностях психического состояния и поведения подэкспертного в период исследуемых юридически значимых ситуаций.

Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц – служит для получения данных о психических расстройствах, особенностях их проявлений, динамике развития, необходимых для установления диагноза и принятия экспертного решения.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – то есть проведение психодиагностического интервью. Его принципами являются: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; адекватность; последовательность (алгоритмизированность); гибкость; беспристрастность опроса; проверяемость полученной информации. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических заболеваний, предшествующих развитию психопатологической симптоматики, что может указывать на этиологию и патогенез данного состояния.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить в клинической картине подэкспертного расстройства восприятия, сознания, мышления, эмоций и двигательно-волевой сферы, нарушения эмоций, внимания, мышления, расстройства собственно интеллекта и его предпосылок (внимания, памяти).

При проведении указанных видов услуг у подъэкспертных, обладающих экзогенно и экзогенно-органическими типами реагирования, выявляются следующие симптомокомплексы:

- психоорганический (энцефалопатический) синдром - нарушение осмысления, недержание аффекта, снижение памяти);

- Корсаковский синдром - фиксационная амнезия, парамнезии);

- делирий;

- сумеречное помрачение сознания;

- «грубая» (небредовая) деперсонализация и дереализация (аутометаморфопсии, метаморфопсиии);

- судорожные пароксизмы.

Диагностика эндогенного типа реагирования базируется на выявлении в процессе выполнения указанных видов работ врача судебно-психиатрического эксперта следующих расстройств:

- мышления - шперунги, ментизм, резонерство, разорванность;

- восприятия - слуховые псевдогаллюцинации;

- бредовой - «тонкой» деперсонализации и дереализации;

- эмоций - амбивалентность, суточные колебания настроения с улучшением к вечеру;

- двигательно-волевой сферы (кататонический синдром) - стереатипии, эхолалия, эхопраксия, негативизм и др.; абулия, гебефреничность, манерность.

При диагностике реактивных (психогенных) психозов возможно выявление с помощью указанных видов услуг:

- истерического сумеречного расстройства сознания – синдром Гиндром (псевдодеменция, пуэрилизм);

- галлюцинации психогенного характера.

Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной

сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, спинномозговая пункция и исследования ликвора, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение толщины кожной складки (пликометрия), измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах, проводятся врачом судебно-психиатрическим экспертом в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического поражения центральной нервной системы при органических психических расстройствах и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог ***(консультация невролога).*** При выявлении признаков текущего соматического заболевания - терапевт ***(консультация терапевта)*** и т.д.

При производстве однородной стационарной судебно-психиатрической экспертизы при необходимости уточнения личностных особенностей подэкспертного, когнетивных возможностей, особенностей мышления и т.п. проводится ***экспериментально-психологическое исследование,*** осуществляемое медицинским психологом.

Для подтверждения или исключения диагноза психических расстройств, вследствие органического поражения головного мозга возможно проведение ***электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований, компьютерной томографии головного мозга, магнитно-ядерно-резонансного исследования головного мозга*** и других исследований, направленных на уточнение диагноза.

После установления психиатрического диагноза эксперт переходит к формулированию экспертного решения и ответам на поставленные перед ним вопросы. Процесс принятия экспертного решения состоит в сопоставлении

выявленных у подэкспертного расстройств с юридическими критериями правовой нормы, в соответствии с которой была назначена экспертиза.

После этого подэкспертный представляется на комиссию врачей судебно-психиатрических экспертов, где эксперт, проводивший исследование докладывает о его результатах (***Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе СПЭК в качестве врача-докладчика***).

Члены комиссии знакомятся с материалами дела и медицинской документацией, результатами настоящего экспертного исследования и проводят совместное психопатологическое исследование подэкспертного. Комиссией врачей судебно-психиатрических экспертов принимается окончательное экспертное решение.

Экспертиза считается оконченной, когда по ее результатам составлено письменное экспертное заключение или иной документ, указанный ниже ***(Подготовка и написание экспертного заключения врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении однородной СПЭ).*** При этом составленный документ должен быть в отпечатанном виде, подписан, удостоверен печатью экспертного учреждения и полностью готов к отправке или вручению органу (лицу), назначившему экспертизу.

7.2.5. Требования к лечению стационарному.

Соответствует протоколу психиатрической помощи соответствующей нозологической модели пациента.

7.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.

Соответствует протоколу психиатрической помощи соответствующей нозологической модели пациента.

7.2.7. Требования лекарственной помощи.

Соответствует протоколу психиатрической помощи соответствующей нозологической модели пациента.

7.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Соответствует протоколу психиатрической помощи соответствующей нозологической модели пациента.

7.2.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.

Специальных требований нет.

7.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами.

Специальных требований нет.

7.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

Специальных требований нет.

7.2.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие подэкспертный дает в случаях, определенных законодательством.

7.2.13. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола.

В случаях выявления обстоятельств, препятствующих проведению судебно-психиатрической экспертизы (отсутствие медицинских документов, неполнота дела, по которому ведется уголовное или гражданское производство, либо неясность клинической картины, требующая направление подэкспертного на лечение до выхода из болезненного состояния) требования данного протокола прекращается, пациент переходит в другую модель.

7.2.14. Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преемственность и этапность в оказании медицинской помощи.
Принятие экспертного решения;		Выявление достаточных признаков для принятия экспертного решения	30 дней + 10 дней для оформления заключения	Исключение из протокола
Продление экспертного исследования в судебном порядке без принятия эксперт-		Сложность экспертной оценки, связанной с неясностью клинической картины;	60 – 90 дней + 10 дней для оформления заключения	Направление на лечение до выхода из временного психического расстройства

ного решения				
Продление экспертного исследования в судебном порядке. Отказ в принятии экспертного решения		Сложность экспертной оценки, связанная с неполнотой сведений, содержащихся в материалах дела, подготовка запросов;	На любом этапе	Приостановка производства СПЭ и его возобновление по данной модели после предоставления необходимых документов.
Отказ в проведении экспертного исследования и принятии экспертного решения		Неполнота сведений, содержащихся в материалах дела.	На любом этапе	Исключение из протокола

7.3. Модель пациента

Клиническая ситуация: производство комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы (психолого-психиатрической, сексолого-психиатрической, их сочетаний).

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10: F0 – F99.

Профиль подразделения, учреждения:

- амбулаторное судебно-психиатрическое экспертное отделение.

7.3.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

Наличие постановления (определения) органов суда и следствия о назначении комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы (для лиц, содержащихся под стражей и для лиц, не содержащихся под стражей).

7.3.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние подэкспертного соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.3.3. Требования к проведению диагностического исследования амбулаторно-поликлиническому.

7.3.3.1. Требования к проведению экспертного исследования в рамках комплексной амбулаторной судебной психолого-психиатрической экспертизы в условиях амбулаторного судебно-психиатрического экспертного отделения.

Код	**Наименование медицинских работ и услуг**	
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1
A 01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1,1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1,1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1,1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1,1
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
B 01.058.01	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	по показаниям
A 02.01.004	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.03.002	Измерение окружности головы	по показаниям
A 02.03.005	Измерение роста	по показаниям
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	по показаниям
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 05.23.001	Электроэнцефалография	по показаниям
A 05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы и головного мозга	по показаниям
A 05.23.003	Реоэнцефалография	по показаниям
A 06.03.002	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 04.12.001	Ультразвуковая допплерография артерий	по показаниям
A 04.12.002	Ультразвуковая допплерография вен	по пока-

		заниям
D 12.01.06	Изучение материалов дела подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D 12.01.07	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D12.01.03	Наблюдение за поведением испытуемого при проведении судебно-психиатрической экспертизы	1
D 12.01.04	Подготовка и написание экспертного заключения врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы	1
D 12.04.01	Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе судебно-психиатрической экспертной комиссии в качестве врача-докладчика	1
D 12.04.02	Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе судебно-психиатрической экспертной комиссии в качестве члена комиссии	3
D 12.02.06	Изучение материалов дела подэкспертного и их анализ медицинским психологом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D 12.02.07	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ медицинским психологом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D 12.02.04	Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование.	1
D 12.04.08	Подготовка экспертного заключения медицинским психологом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы	1
D 12.02.09	Участие медицинского психолога в работе судебно-психиатрической экспертной комиссии в качестве докладчика	1
D 12.01.03	Наблюдение за поведением испытуемого при проведении судебно-психиатрической экспертизы	1
D 22.02.01.	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D22. 02.03.	Оформление и подготовка документов к отправке.	
D 22.04. 01	Машинописное оформление заключения судебно-психиатрической экспертизы	1
D 22. 05	Организация архивного хранения документов	1

7.3.3.2. Требования к проведению экспертного исследования в рамках комплексной амбулаторной судебной сексолого-психиатрической экспертизы в условиях амбулаторного судебно-психиатрического экспертного отделения.

Код	**Наименование медицинских работ и услуг**	
A01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	1
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1
A 01.21.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии мужских половых органов	1

A 01.21.002	Визуальное исследование при патологии мужских половых органов	1
A 01.21.003	Пальпация при патологии мужских половых органов	1
A 02.03.001	Линейные измерения костей	1
A 02.03.005	Измерение роста	1
A 02.09.002	Измерение окружности грудной клетки	1
A 13.30.001	Патопсихологическое обследование	1
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1,2
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1,2
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1,2
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1,2
A 01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1
A 01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1
B 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
B 01.058.01	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	по показаниям
A 02.01.001	Измерение массы тела	по показаниям
A 02.01.004	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	по показаниям
A 02.03.002	Измерение окружности головы	по показаниям
A 02.12.001	Измерение частоты пульса	по показаниям
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
A 05.23.001	Электроэнцефалография	по показаниям
A 05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы м головного мозга	по показаниям
A 05.23.003	Реоэнцефалография	по показаниям
A 06.03.002	Компьютерная томография головы	по показаниям
A 04.12.001	Ультразвуковая допплерография артерий	по показаниям
A 04.12.002	Ультразвуковая допплерография вен	по показаниям
D 12.01.07	Изучение материалов дела подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D12.01.08	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении	1

	комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	
D12.01.03	Наблюдение за поведением испытуемого при проведении судебно-психиатрической экспертизы	2
D 12.01.04	Подготовка и написание экспертного заключения врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы	1
D 12.03.01	Изучение материалов дела подэкспертного и их анализ врачом психиатром-сексологом судебным экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D 12.03.02	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ врачом психиатром-сексологом судебным экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	1
D 12.03.03	Подготовка и написание экспертного заключения врачом психиатром-сексологом судебным экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы	2
D 12.04.01	Участие врача судебно-психиатрического эксперта (сексолога-эксперта) в работе комиссии экспертов в качестве врача-докладчика	2
D 12.04.02	Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе в качестве члена комиссии экспертов	2
D 22.02.01.	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D22. 02.03.	Оформление и подготовка документов к отправке.	1
D 22.04. 01	Машинописное оформление заключения судебно-психиатрической экспертизы	1
D 22. 05	Организация архивного хранения документов	1

7.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения экспертного исследования в амбулаторно-поликлинических условиях.

При производстве комплексных судебно-психиатрических экспертиз в качестве судебных экспертов выступают как врач судебно-психиатрический эксперт, так и другие специалисты: в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы – медицинский психолог; в рамках комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы – врач судебно-психиатрический эксперт, обладающий специальными знаниями в области сексологии.

Минимальный набор материалов, необходимых для проведения экспертного исследования, при отсутствии которых необходимо сделать соответствующие запросы в органы, направившие на экспертизу, включает:

- уголовное или гражданское дело, в котором представлены: постановление (определение) о назначении судебно-психиатрической экспертизы (с указанием ее вида);
- характеристики (характеризующие материалы), содержащие объективные данные о личности подэкспертного;
- медицинские документы, содержащие копии заключений предыдущих судебно-психиатрических экспертиз по данному делу; амбулаторные медицинские карты из поликлиники общего профиля и психоневрологического диспансера; подлинники (копии) стационарных историй болезней; справки, выписки из медицинских карт, медицинского заключения.

В начале, до контакта с подэкспертным осуществляется ***изучение материалов дела подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц*** – позволяет на основе изучения данных уголовного или гражданского дела и характеристик получить объективные сведения, содержащий данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями; данные о личности испытуемого, особенностях его развития, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на различные житейские ситуации, психических травмах; данные об особенностях психического состояния и поведения подэкспертного в период исследуемых юридически значимых ситуаций.

Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц – служит для получения данных о психических расстройствах, особенностях их проявлений, динамике развития, необходимых для установления диагноза и принятия экспертного решения.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. Его принципами являются: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; адекватность; последовательность (ал-

горитмизированность); гибкость; беспристрастность опроса; проверяемость полученной информации. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических заболеваний, предшествующих развитию психопатологической симптоматики, что может указывать на этиологию и патогенез данного состояния.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить в клинической картине подэкспертного расстройства восприятия, сознания, мышления, эмоций и двигательно-волевой сферы, нарушения эмоций, внимания, мышления, расстройства собственно интеллекта и его предпосылок (внимания, памяти).

При проведении указанных видов услуг у подъэкспертных, обладающих экзогенно и экзогенно-органическими типами реагирования, выявляются следующие симптомокомплексы:

- психоорганический (энцефалопатический) синдром - нарушение осмысления, недержание аффекта, снижение памяти);

- Корсаковский синдром - фиксационная амнезия, парамнезии);

- делирий;

- сумеречное помрачение сознания;

- «грубая» (небредовая) деперсонализация и дереализация (аутометаморфопсии, метаморфопсиии);

- судорожные пароксизмы.

Диагностика эндогенного типа реагирования базируется на выявлении в процессе выполнения указанных видов работ врача судебно-психиатрического эксперта следующих расстройств:

- мышления - шперунги, ментизм, резонерство, разорванность;

- восприятия - слуховые псевдогаллюцинации;

- бредовой - «тонкой» деперсонализации и дереализации;

- эмоций - амбивалентность, суточные колебания настроения с улучшением к вечеру;

- двигательно-волевой сферы (кататонический синдром) - стереатипии, эхолалия, эхопраксия, негативизм и др.; абулия, гебефреничность, манерность.

При диагностике реактивных (психогенных) психозов возможно выявление с помощью указанных видов услуг:

- истерического сумеречного расстройства сознания – синдром Гиндром (псевдодеменция, пуэрилизм);

- галлюцинации психогенного характера.

Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение толщины кожной складки (пликометрия), измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах, проводятся врачом судебно-психиатрическим экспертом в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического поражения центральной нервной системы при органических психических расстройствах и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог ***(консультация невролога).*** При выявлении признаков текущего соматического заболевания - терапевт ***(консультация терапевта)*** и т.д.

Для подтверждения или исключения диагноза психических расстройств, вследствие органического поражения головного мозга возможно проведение

электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований, компьютерной томографии головного мозга, магнитно-ядерно-резонансного исследования головного мозга и других исследований, направленных на уточнение диагноза.

После установления психиатрического диагноза эксперт переходит к формулированию экспертного решения и ответам на поставленные перед ним вопросы. Процесс принятия экспертного решения состоит в сопоставлении выявленных у подэкспертного расстройств с юридическими критериями правовой нормы, в соответствии с которой была назначена экспертиза.

После этого подэкспертный представляется на комиссию врачей судебно-психиатрических экспертов, где эксперт, проводивший исследование докладывает о его результатах (***Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе СПЭК в качестве врача-докладчика***).

Члены комиссии знакомятся с материалами дела и медицинской документацией, результатами настоящего экспертного исследования и проводят совместное психопатологическое исследование подэкспертного. Комиссией врачей судебно-психиатрических экспертов принимается окончательное экспертное решение.

Экспертиза считается оконченной, когда по ее результатам составлено письменное экспертное заключение или иной документ, указанный ниже ***(Подготовка и написание экспертного заключения врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении однородной СПЭ).*** При этом составленный документ должен быть в отпечатанном виде, подписан, удостоверен печатью экспертного учреждения и полностью готов к отправке или вручению органу (лицу), назначившему экспертизу.

При производстве заочной (в том числе, посмертной) судебно-психиатрической экспертизы, либо судебно-психиатрической экспертизы за пределами судебно-психиатрического экспертного учреждения (в кабинете следователя, в зале суда) объем медицинских работ и услуг ограничивается работами и услугами врача судебно-психиатрического эксперта. При этом

физикальные методы исследования, консультации специалистов других специальностей и функциональные методы исследования не выполняются.

Из этого не следует, что уменьшаются трудозатраты экспертов. В тех случаях, когда материалы дела (уголовного или гражданского) либо медицинские документы содержат в себе большие объемы информации (2 и более томов) рабочее время врачей судебно-психиатрических экспертов при производстве указанных видов судебно-психиатрической экспертизы превышает таковое при производстве полного комплекса исследований.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

В процессе производства комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы медицинским психологом, привлеченным к работе в качестве эксперта осуществляются следующие работы:

- Изучение материалов дела подэкспертного и их анализ медицинским психологом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц;

- Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ медицинским психологом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц;

Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование;

Наблюдение за поведением испытуемого при проведении судебно-психиатрической экспертизы;

Подготовка и написание экспертного заключения врачом психиатром-сексологом судебным экспертом при проведении комплексной СПЭ.

Эти работы медицинского психолога имеют ряд особенностей при проведении амбулаторной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы у различных групп пациентов, дифференцированных в соответствии с их возрастом и процессуальным статусом.

Особенности производства комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы несовершеннолетних в уголовном процессе.

Экспертиза несовершеннолетних обвиняемых направлена на решение вопросов о том, имеется ли у несовершеннолетнего отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством, и если имеется, повлияло ли оно таким образом, что он во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Для оценки психического и личностного развития подэкспертного в рамках комплексной психолого-психиатрической экспертизы необходимо исследование в беседе, проективных и полупроективных методиках общего характера мотивации, интересов, его социальной направленности и сформированности самосознания. Индивидуально-психологические особенности также должны быть изучены более детально. На выявление этих данных должны быть направлены минимум 3 методики.

При групповых правонарушениях, в случаях, когда подросток играл подчиненную роль, следует определять внушаемость несовершеннолетнего при помощи специальных проб.

В направленной беседе выясняется субъективное отражение подэкспертным ситуации правонарушения, его мотивов, оценок, прогноза последствий. Ответы на экспертные вопросы даются на основе сопоставления данных анализа объективных обстоятельств по материалам уголовного дела и результатов экспериментально-психологического исследования.

Особенности производства комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы несовершеннолетних в гражданском процессе.

В комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе способности малолетних и несовершеннолетних свидетелей правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правиль-

ные показания, особое внимание уделяется развитию когнитивной сферы подэкспертных, для исследования которой используются специальные короткие методики и пробы. Оцениваются:

а) сформированность восприятия (узнавание предметов, зашумленные фигуры и др.);

б) различные виды памяти – минимум 3 методики;

в) уровень сформированности мыслительных процессов – минимум 4 методики;

г) внушаемость (при помощи специальных проб);

д) склонность к фантазированию (составление рассказов по картинкам, рисуночные проективные тесты) – минимум 1 методика.

Особенности производства комплексных судебных психолого-психиатрической и сексолого-психиатрической экспертиз несовершеннолетних в уголовном процессе.

В комплексных судебно-психиатрических экспертизах по определению способности малолетних и несовершеннолетних потерпевших по делам о половых преступлениях понимать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление виновному в беседу включается выяснение следующих вопросов:

а) осведомленность потерпевшей (его) в вопросах пола (о физиологических различиях между мужчиной и женщиной, особенностях функционирования женского организма, вопросах деторождения и др.);

б) знание социальных (морально-этических, правовых) аспектов отношений между мужчиной и женщиной, социального значения половых преступлений вообще и, в частности, для самой потерпевшей (его).

Кроме того, оцениваются индивидуально-психологические особенности потерпевшей (его) – минимум 2 методики.

Особенности производства комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы несовершеннолетних в гражданском процессе по защите интересов детей при бракоразводных делах.

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза детей и подростков в гражданском процессе по делам о защите интересов детей при бракоразводных делах должна дать информацию, на основании которой суд решает вопросы:

- о воспитании детей после расторжения брака между родителями,
- об участии отдельно проживающего родителя в воспитании детей,
- о месте проживания детей,
- об отобрании ребенка без лишения родительских прав,
- о лишении родительских прав и о восстановлении в родительских правах.

Основным критерием при принятии решений является положение о том, что осуществление родительских прав не должно причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию.

Психологом при работе с ребенком выясняются следующие обстоятельства:

а) уровень психического развития ребенка и его соответствие возрастным нормам. Оценивается развитие мнестических, мыслительных процессов, внимания, мотивации, интересов. Методики подбираются в зависимости от возраста ребенка – минимум 5 методик.

б) индивидуально-психологические особенности и психическое состояние ребенка – минимум 3 методики.

в) отношение ребенка к каждому из родителей, к конфликтной ситуации, его установки по поводу проживания с одним из родителей – минимум 3 методики.

Проводится психологическое исследование обоих родителей, при котором выясняются:

а) индивидуально-психологические особенности каждого из родителей – минимум 2 методики;

б) особенности психического состояния каждого из родителей (патопсихологическое обследование) – минимум 3 методики;

в) отношение к ребенку, к бывшему супругу (супруге), к семейному конфликту, путям его разрешения, перспективам воспитания ребенка – экспериментальные методики (минимум 2) и направленная беседа.

На основании анализа материалов дела, направленной беседы психологом выясняется характер и динамика психического развития и состояния ребенка вне семейного конфликта и в его контексте. Оцениваются возможные причинно-следственные связи между особенностями психического состояния ребенка и его общением с родителями. При необходимости делается прогностическая оценка динамики психического развития и состояния ребенка.

СЕКСОЛОГИЧЕСКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Сексологическое исследование, проводимое в рамках комплексной амбулаторной сексолого-психиатрической экспертизы, является обязательным и нацелено на выявление юридически значимых расстройств сексуальности с последующей формулировкой ответов на интересующие правоохранительные органы вопросы.

При проведении сексологического метода исследования производится оценка своевременности и соответствия половой принадлежности, различных проявлений сексуального развития, как в психической сфере, так и на соматическом уровне.

Оно содержит анамнестические сведения, значимые для оценки сексуального становления:

- характер игровой деятельности;
- особенности половой идентификации и роли;
- сроки становления сексуальных проявлений и др.

Особого внимания заслуживает описание формирования сексуального влечения и динамики вариаций его реализации. Детально излагаются те девиантные действия, которые послужили основанием для возбуждения настоящего и прошлых уголовных дел, с акцентом на тех поведенческих проявлениях, которые в последующем используются для квалификации расстройств влечений.

При объективном сексологическом исследовании используется антропометрия, вычисляются квантификационные показатели. Получаемые при этом индексы, требующие цифрового выражения, должны сопровождаться соответствующими пояснениями, раскрывающими их смысл и значение для последующей диагностики.

Данные сексологического исследования должны быть обобщены в заключении сексолога.

Резюмирующая часть представляет собой формулировку экспертных выводов, т.е. ответов на вопросы органа, назначившего экспертизу, которые входят в компетенцию врача судебно-психиатрического эксперта-сексолога, и их подробное обоснование.

После проведения исследования, входящего в его компетенцию, эксперт-сексолог в ходе взаимодействия с экспертом-психиатром осуществляют сопоставление полученных результатов с общей картиной психического расстройства, если таковое обнаруживается, согласуют совместные выводы и участвуют в оформлении экспертного заключения.

Особенности объективного анамнеза, собираемого врачом-психиатром-сексологом судебным экспертом.

Данные об особенностях состояния сексуальной сферы и сексуального поведения в период исследуемой юридической ситуации собираются:

- при освидетельствовании обвиняемых - в процессе изучения и анализа показаний подэкспертного, их динамики в период предварительного и судебного следствия, изучения и анализа объективных данных (заключения судебно-медицинской, судебно-биологической экспертиз и т.д.), а также при изучении показаний свидетелей криминальной ситуации;
- при освидетельствовании потерпевших - изучение показаний потерпевшего, обвиняемого и свидетелей криминальной ситуации, изучения и анализа объективных данных (заключения судебно-медицинской, судебно-биологической экспертиз и т.д.);

- при освидетельствовании истцов и ответчиков - изучение и анализ их исковых заявлений, ходатайств, показаний, которые даны в судебном заседании.

Данные о сексуальных расстройствах, особенностях их проявления, динамике развития, терапевтический анамнез собираются при изучении и анализе медицинской документации.

Обязательно изучение прилагаемых к делу материалов творчества испытуемого, особенно достаточно часто встречающимися фотографиями или видеоматериалами, на которых может быть запечатлено и его аномальное сексуальное поведение.

Объективный анамнез включает:

А) Данные о наследственности, в том числе о случаях девиантного или аномального сексуального поведения и других сексуальных расстройств среди родственников испытуемого.

Б) Данные о беременностях и родах у матери.

В) Характеристику родительской семьи.

Г) Данные о раннем развитии и болезнях этого периода с указанием на особенности ролевых игр, сексуальные злоупотребления в детстве, сексуальные игры и манипуляции.

Д) Данные о взаимоотношениях с окружающими, особенно в аспекте межполового взаимодействия в различные возрастные периоды.

Е) Семейно-брачный анамнез.

Ж) Максимально возможно подробное описание сексуального поведения в деликте и его динамики в серии.

Особенности субъективного анамнеза, собираемого врачом-психиатром-сексологом судебным экспертом.

Расспрос должен быть направлен на:

А) выявление феноменологических и поведенческих признаков нарушений психо-и соматосексуального развития;

Б) определение социальных и биологических факторов, оказавших патогенетическое и патопластическое влияние на формирование сексуального расстройства у данного испытуемого;

В) выявление феноменологических и поведенческих признаков сексуального расстройства в динамике.

Субъективный анамнез включает:

А) описание особенностей психосексуального развития, в том числе становления либидо на всех этапах;

Б) описание особенностей соматосексуального развития;

В) описание динамики феноменологии и поведенческих проявлений сексуального расстройства.

Особенности оценки психического статуса при сексологическом исследовании.

При освидетельствовании ***обвиняемых*** осуществляется расспрос об обстоятельствах инкриминируемого им деяния, особенностях их сексуального поведения и психического состояния в период правонарушения.

При освидетельствовании ***потерпевших*** осуществляется расспрос об обстоятельствах криминальной ситуации, особенностях их психического состояния и поведения в этот период и в последующий до момента обследования.

При освидетельствовании ***истцов и ответчиков*** осуществляется расспрос об обстоятельствах совершения гражданского акта и их психического состояния и сексуального поведения в тот период.

Описание психического статуса при сексологическом исследовании должно содержать:

А) характеристику особенностей невербального и вербального поведения в аспекте межполовых различий;

Б) характеристику культуральных и индивидуальных особенностей сексуальной сферы подэкспертного;

В) отражение отношения к беседе на сексуальные темы, степень открытости; отношение к имеющемуся сексуальному расстройству;

Г) описание феноменологии сексуального расстройства или признаков установочного поведения.

Особенности оценки неврологического статуса при сексологическом исследовании

Обязательным является исследование таких феноменов, как инверсия рефлексогенной зоны (ИРЗ) ахиллова рефлекса, кавернозный рефлекс.

Особенности оценки соматического статуса при сексологическом исследовании.

Описание соматического статуса при сексологическом исследовании должно содержать:

А) описание типа телосложения, отложения жира, оволосения в аспекте межполовых различий;

Б) описание выявленных регионарных морфодисплазий, имеющих значение для диагностики нарушений сексуального развития;

В) описание состояния наружных половых органов, а также тех внутренних половых органов, осмотр которых имеет значение для диагностики сексуальных расстройств (предстательная железа, строение влагалища).

Клиническое сексологическое исследование завершается:

1) оценкой своевременности и завершенности каждого этапа психосексуального развития, оценкой соматосексуального развития с последующим использованием шкал сексуального дизонтогенеза и нарушений половой идентичности для квалификации вариантов сексуального дизонтогенеза и степени выраженности расстройств половой идентичности;

2) синдромологической и нозологической квалификацией выявленных сексуальных расстройств;

3) оценкой степени влияния выявленных сексуальных расстройств на поведение в юридически значимой ситуации.

Заключение сексолога должно содержать:

А) описательная часть – описание:

1) феноменологии и поведенческих признаков диагностируемого сексуального расстройства;

2) феноменологии и поведенческих признаков диагностируемого нарушения сексуального дизонтогенеза;

Б) заключительная часть:

1) синдромологическую и нозологическую квалификацию выявленных сексуальных расстройств;

2) квалификацию выявленного у данного испытуемого варианта сексуального дизонтогенеза;

3) оценку степени тяжести выявленных нарушений половой идентичности;

4) в зависимости от вопросов к сексологу - ответы на вопросы.

Экспертиза считается оконченной, когда по ее результатам составлено письменное экспертное заключение или иной документ, указанный ниже. При этом составленный документ должен быть в отпечатанном виде, подписан, удостоверен печатью экспертного учреждения и полностью готов к отправке или вручению органу (лицу), назначившему экспертизу.

При производстве заочной (в том числе, посмертной) комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизыобъем медицинских работ и услуг ограничивается работами и услугами врача судебно-психиатрического эксперта и медицинского психолога. При этом физикальные методы исследования, консультации специалистов других специальностей и функциональные методы исследования не выполняются. Из этого не следует, что уменьшаются трудозатраты экспертов. В тех случаях, когда материалы дела (уголовного или гражданского) либо медицинские документы содержат в себе большие объемы информации (2 и более томов) рабочее время врачей судебно-психиатрических экспертов при производстве указанных видов судебно-психиатрической экспертизы превышает таковое при производстве полного комплекса исследований.

7.3.5. Требования к амбулаторному лечению.

Лечение в рамках данного протокола не проводится. В случае необходимости проведения такого лечения, пациенту (не находящемуся под стражей) рекомендуют обратиться в ПНД по месту жительства.

7.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.

Специальных требований нет.

7.3.7. Требования лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

7.3.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

7.3.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.

Специальных требований нет.

7.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами.

Специальных требований нет.

7.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

Специальных требований нет.

7.3.11. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие подэкспертный дает в случаях, определенных законодательством.

7.3.12. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола.

В случае выявления обстоятельств, препятствующих проведению комплексных судебных психолого-психиатрической, сексолого-психиатрической экспертиз в амбулаторных условиях, врач судебно-психиатрический эксперт дает заключение с рекомендацией направления испытуемого на требуемый вид СПЭ и изменение модели пациента.

7.3.13. Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преемственность и этапность в оказании медицинской помощи.
Принятие экспертного решения;		Выявление достаточных признаков для принятия экспертного решения	20 дней + 10 дней для оформления заключения	Исключение из протокола
Продление экспертного исследования в судебном порядке без принятия экспертного решения		сложность экспертной оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость динамического наблюдения	20 дней + 10 дней для подготовки и оформления экспертного заключения	Направление на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу и переход в другую модель
Продление экспертного исследования в судебном порядке, отказ от принятия экспертного решения		сложность экспертной оценки, связанная с неполнотой сведений, содержащихся в материалах дела, подготовка запросов;	На любом этапе	Приостановка производства СПЭ и его возобновление по данной модели после предоставления необходимых документов.
Отказ в проведении экспертного исследования и принятии экспертного решения		Неполнота сведений, содержащихся в материалах дела.	На любом этапе	Исключение из протокола

7.4. Модель пациента

Клиническая ситуация: производство комплексной стационарной судебно-психиатрической экспертизы (психолого-психиатрической, сексолого-психиатрической либо их сочетание).

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10: F0 – F99.

Профиль подразделения, учреждения:

- судебно-психиатрическое экспертное стационарное отделение.

Комплексная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза может проводиться:

- в судебно-психиатрическом экспертном стационарном отделении для лиц, содержащихся под стражей.
- в судебно-психиатрическом экспертном стационарном отделении для лиц, не содержащихся под стражей.

Функциональное назначение отделения, учреждения: диагностика, экспертиза.

7.4.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

Наличие постановления (определения) органов суда и следствия о назначении комплексной (психолого-психиатрической, сексолого-психиатрической либо их сочетания) стационарной судебно-психиатрической экспертизы (для лиц, содержащихся под стражей и для лиц, не содержащихся под стражей).

7.4.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние подэкспертного соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

7.4.3. Требования к проведению диагностического исследования стационарного.

7.4.3.1. Требования к проведению экспертного исследования в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в условиях стационарного судебно-психиатрического экспертного отделения.

Код	**Наименование медицинских работ и услуг**	
A01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	3
A01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	30
A12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	30
A13.30.001	Патопсихологическое обследование	30
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1,3

А 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1,3
А 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1,3
А 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1,3
В 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
В 01.058.01	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	по показаниям
А 02.12.001	Измерение частоты пульса	1
А 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	1
А 02.26.003	Исследование глазного дна	по показаниям
А 05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	по показаниям
А 05.23.001	Электроэнцефалография	по показаниям
А 05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы м головного мозга	по показаниям
А 05.23.003	Реоэнцефалография	по показаниям
А 06.03.002	Компьютерная томография головы	по показаниям
А 04.12.001	Ультразвуковая допплерография артерий	по показаниям
А 04.12.002	Ультразвуковая допплерография вен	по показаниям
А 06.03.006	Рентгенография всего черепа, в одной или более проекций	по показаниям
А 06.03.038	Рентгенография кисти руки	по показаниям
А 01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1
А 01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1
А 01.20.003	Пальпация в гинекологии	1
А 02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	1
А 06.09.001	Рентгеноскопия легких	по показаниям
А 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
А 08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
А 08.05.006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
А 09.05.021	Исследование уровня общего биллирубина в крови	1
А 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1
А 09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	1
А 09.19.003	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
А 09.19.006	Микробиологическое исследование кала	1
А 09.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1
А 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
А 09.28.003	Определение белка в моче	1
А 09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1
А 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (pH мочи)	1
А 09.28.019	Определение осмолярности мочи	1
А 09.28.022	Определение объема мочи	1

A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 11.12.009	Взятие крови из переферической вены	3
A 11.05.001	Взятие крови из пальца	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
A 12.05.005	Определение основных групп крови (A, B, 0)	по показаниям
A 12.05.006	Определение резус принадлежности	по показаниям
A 12.06.011	Реакция Вассермана (RW)	1
A 12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
D12.01.07	Изучение материалов дела подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	2
D 12.01.08	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	2
D12.01.03	Наблюдение за поведением испытуемого при проведении судебно-психиатрической экспертизы	3
D 12.01.09	Подготовка и написание экспертного заключения врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении комплексной СПЭ	1
D 12.04.01	Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе СПЭК в качестве врача-докладчика	1
D 12.04.02	Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе СПЭК в качестве члена комиссии	2
D 12.02.04	Экспериментально-психологическое (психодиагностическое исследование)	
D 12.02.08	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ медицинским психологом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D 12.06.05	Подготовка экспертного заключения медицинским психологом при проведении комплексной СПЭ	1
D 22.02.01.	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D22. 02.03.	Оформление и подготовка документов к отправке.	1
D 22.04. 01	Машинописное оформление заключения СПЭ	1
D 22. 05	Организация архивного хранения документов	1

7.4.3.2. Требования к проведению экспертного исследования в рамках комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы в условиях стационарного судебно-психиатрического экспертного отделения.

Код	**Наименование медицинских работ и услуг**	
A01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	4
A 01.30.002	Визуальное обследование в психиатрии	30
A13.30.001	Патопсихологическое обследование	30
A 01.21.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии мужских половых органов	2
A 01.21.002	Визуальное исследование при патологии мужских половых орга-	1

	нов	
А 01.21.003	Пальпация при патологии мужских половых органов	1
А 02.03.001	Линейные измерения костей	1
А 02.03.005	Измерение роста	1
А 02.09.002	Измерение окружности грудной клетки	1
А 13.30.001	Патопсихологическое обследование	1
А 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1
А 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
А 01.23.003	Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
А 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1
А 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1,3
А 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1,3
А 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1,3
А 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1,3
А 01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1
А 01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1
А 01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1
А 02.01.001	Измерение массы тела	1
А 02.01.004	Измерение толщины кожной складки (пликометрия)	1
А 02.03.002	Измерение окружности головы	1
А 02.12.001	Измерение частоты пульса	20
А 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических сосудах	20
В 01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	по показаниям
В 01.058.01	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	по показаниям
А 05.23.001	Электроэнцефалография	по показаниям
А 05.23.002	Ядерно-магнитное резонансное исследование центральной нервной системы м головного мозга	по показаниям
А 05.23.003	Реоэнцефалография	по показаниям
06.03.002	Компьютерная томография головы	по показаниям
А 04.12.001	Ультразвуковая допплерография артерий	по показаниям
А 04.12.002	Ультразвуковая допплерография вен	по показаниям
А 09.05.073	Исследование уровня эстрогенов в крови	1
А 09.05.080	Исследование уровня тестостерона в крови	1
А 09.05.088	Исследование уровня пролактина в крови	1
А 01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1/жен.
А 01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1/жен.
А 01.20.003	Пальпация в гинекологии	1/жен.
А 02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	1/жен.
А 06.09.001	Рентгеноскопия легких	1/жен.

A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина	1
A 08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1
A 08.05.006	Соотношение уровня лейкоцитов в крови (формула крови)	1
A 09.05.021	Исследование уровня общего биллирубина в крови	1
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	1
A 09.19.003	Исследование кала на гельминты и простейшие	1
A 09.19.006	Микробиологическое исследование кала	1
A 09.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1
A 09.28.001	Исследование осадка мочи	1
A 09.28.003	Определение белка в моче	1
A 09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1
A 09.28.017	Определение концентрации водородных ионов мочи (pH мочи)	1
A 09.28.019	Определение осмолярности мочи	1
A 09.28.022	Определение объема мочи	1
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1
A 11.12.009	Взятие крови из переферической вены	1
A 11.05.001	Взятие крови из пальца	1
A 12.05.001	Исследование оседания эритроцитов	1
A 12.05.005	Определение основных групп крови (A, B, 0)	1
A 12.05.006	Определение резус принадлежности	по показаниям
A 12.06.011	Реакция Вассермана (RW)	по показаниям
A 12.06.016	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	по показаниям
D 12.02.01	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ медицинским психологом при проведении экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования	по показаниям
D 12.02.04	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование	по показаниям
D 12.02.02	Подготовка заключения экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования медицинским психологом	по показаниям
D 12.01.04	Подготовка и написание экспертного заключения врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении комплексной СПЭ	1
D 12.03.01	Изучение материалов дела подэкспертного и их анализ врачом психиатром-сексологом судебным экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D 12.03.02	Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ врачом психиатром-сексологом судебным экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц	1
D 12.03.03	Подготовка и написание экспертного заключения врачом психиатром-сексологом судебным экспертом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы	1
D 12.04.01	Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе судебно-психиатрической экспертной комиссии в качестве врача-докладчика	2
D 12.04.02	Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе судебно-психиатрической экспертной комиссии в качестве члена	2

	комиссии	
D 12.01.03	Наблюдение за поведением испытуемого при приведении судебно-психиатрической экспертизы	3
D 22.02.01.	Регистрация пациента в медицинской организации (учреждении)	1
D22. 02.03.	Оформление и подготовка документов к отправке.	1
D 22.04. 01	Машинописное оформление заключения приведении судебно-психиатрической экспертизы	1
D 22. 05	Организация архивного хранения документов	1

7.4.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения экспертного исследования.

При производстве комплексных судебно-психиатрических экспертиз в качестве судебных экспертов выступают как врач судебно-психиатрический эксперт, так и другие специалисты: в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы – медицинский психолог; в рамках комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы – врач судебно-психиатрический эксперт, обладающий специальными знаниями в области сексологии.

При проведении экспертного исследования и принятии экспертного решения в условиях комплексной стационарной судебно-психиатрической экспертизы врачу судебно-психиатрическому эксперту необходимо выполнить две стадии исследования.

Первая заключается в установлении психического расстройства и его нозологической принадлежности (диагноз и психический статус). Вторая – в принятии экспертного решения и ответах на поставленные вопросы.

При производстве стационарной комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц в условиях ***судебно-психиатрическое экспертного стационарного отделения*** осуществляется полный комплекс исследований, необходимых для установления диагноза и принятия экспертного решения: психиатрическое (психопатологическое), дополнительные функциональные методы исследования и привлечение врачей-консультантов (невролога, терапевта и т.д.).

Кроме того, проводятся исследования, регламентированные условиями содержания пациентов в психиатрическом стационаре, выполняемые для выявления сопутствующей соматической патологии у психически больных, по ряду заболеваний находящихся в группах риска (туберкулез, ВИЧ, СПИД, гепатиты, кишечные инфекционные заболевания, венерические заболевания).

Минимальный набор материалов, необходимых для проведения экспертного исследования, при отсутствии которых необходимо сделать соответствующие запросы в органы, направившие на экспертизу, включает:

- уголовное или гражданское дело, в котором представлены: постановление (определение) о назначении судебно-психиатрической экспертизы (с указанием ее вида);
- характеристики (характеризующие материалы), содержащие объективные данные о личности подэкспертного;
- медицинские документы, содержащие копии заключений предыдущих судебно-психиатрических экспертиз по данному делу; амбулаторные медицинские карты из поликлиники общего профиля и психоневрологического диспансера; подлинники (копии) стационарных историй болезней; справки, выписки из медицинских карт, медицинского заключения.

В начале, до контакта с подэкспертным осуществляется ***изучение материалов дела подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц*** – позволяет на основе изучения данных уголовного или гражданского дела и характеристик получить объективные сведения, содержащий данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями; данные о личности испытуемого, особенностях его развития, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на различные житейские ситуации, психических травмах; данные об особенностях психического состояния и поведения подэкспертного в период исследуемых юридически значимых ситуаций.

Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ врачом судебно-психиатрическим экспертом при проведении судебно-психиатрической экспертизы живых лиц – служит для получения данных о психических расстройствах, особенностях их проявлений, динамике развития, необходимых для установления диагноза и принятия экспертного решения.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. Его принципами являются: однозначность, точность и доступность формулировок-вопросов; адекватность; последовательность (алгоритмизированность); гибкость; беспристрастность опроса; проверяемость полученной информации. Оно позволяет уточнить наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических заболеваний, предшествующих развитию психопатологической симптоматики, что может указывать на этиологию и патогенез данного состояния.

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить в клинической картине подэкспертного расстройства восприятия, сознания, мышления, эмоций и двигательно-волевой сферы, нарушения эмоций, внимания, мышления, расстройства собственно интеллекта и его предпосылок (внимания, памяти).

При проведении указанных видов услуг у подъэкспертных, обладающих экзогенно и экзогенно-органическими типами реагирования, выявляются следующие симптомокомплексы:

- психоорганический (энцефалопатический) синдром - нарушение осмысления, недержание аффекта, снижение памяти);
- Корсаковский синдром - фиксационная амнезия, парамнезии);
- делирий;
- сумеречное помрачение сознания;

- «грубая» (небредовая) деперсонализация и дереализация (аутометаморфопсии, метаморфопсиии);

- судорожные пароксизмы.

Диагностика эндогенного типа реагирования базируется на выявлении в процессе выполнения указанных видов работ врача судебно-психиатрического эксперта следующих расстройств:

- мышления - шперунги, ментизм, резонерство, разорванность;

- восприятия - слуховые псевдогаллюцинации;

- бредовой - «тонкой» деперсонализации и дереализации;

- эмоций - амбивалентность, суточные колебания настроения с улучшением к вечеру;

- двигательно-волевой сферы (кататонический синдром) - стереатипии, эхолалия, эхопраксия, негативизм и др.; абулия, гебефреничность, манерность.

При диагностике реактивных (психогенных) психозов возможно выявление с помощью указанных видов услуг:

- истерического сумеречного расстройства сознания – синдром Гиндром (псевдодеменция, пуэрилизм);

- галлюцинации психогенного характера.

Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга, Пальпация при патологии центральной нервной системы и головного мозга, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение толщины кожной складки (пликометрия), измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах, проводятся врачом судебно-психиатрическим экспертом в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического пораже-

ния центральной нервной системы при органических психических расстройствах и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог ***(консультация невролога).*** При выявлении признаков текущего соматического заболевания - терапевт ***(консультация терапевта)*** и т.д.

Для подтверждения или исключения диагноза психических расстройств, вследствие органического поражения головного мозга возможно проведение ***электрофизиологического, реоэнцефалографического исследований, компьютерной томографии головного мозга, магнитно-ядерно-резонансного исследования головного мозга*** и других исследований, направленных на уточнение диагноза.

После установления психиатрического диагноза эксперт переходит к формулированию экспертного решения и ответам на поставленные перед ним вопросы. Процесс принятия экспертного решения состоит в сопоставлении выявленных у подэкспертного расстройств с юридическими критериями правовой нормы, в соответствии с которой была назначена экспертиза.

После этого подэкспертный представляется на комиссию врачей судебно-психиатрических экспертов, где эксперт, проводивший исследование докладывает о его результатах (***Участие врача судебно-психиатрического эксперта в работе СПЭК в качестве врача-докладчика***).

Члены комиссии знакомятся с материалами дела и медицинской документацией, результатами настоящего экспертного исследования и проводят совместное психопатологическое исследование подэкспертного. Комиссией врачей судебно-психиатрических экспертов принимается окончательное экспертное решение.

Экспертиза считается оконченной, когда по ее результатам составлено письменное экспертное заключение или иной документ, указанный ниже ***(Подготовка и написание экспертного заключения врачом су-***

дебно-психиатрическим экспертом при проведении однородной СПЭ). При этом составленный документ должен быть в отпечатанном виде, подписан, удостоверен печатью экспертного учреждения и полностью готов к отправке или вручению органу (лицу), назначившему экспертизу.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

В процессе производства комплексной стационарной судебной психолого-психиатрической экспертизы медицинским психологом, привлеченным к работе в качестве эксперта, осуществляются следующие работы:

- Изучение материалов дела подэкспертного и их анализ медицинским психологом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц;

- Изучение медицинских документов подэкспертного и их анализ медицинским психологом при проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы живых лиц;

Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) исследование;

Наблюдение за поведением испытуемого при проведении судебно-психиатрической экспертизы;

Подготовка и написание экспертного заключения врачом психиатром-сексологом судебным экспертом при проведении комплексной СПЭ.

В условиях стационара медицинский психолог имеет возможность наблюдать испытуемого в достаточно длительный период времени и проводить повторные экспериментально-психологические исследования, которые позволят изучить личностные особенности испытуемого, его эмоциональные реакции, когнетивные возможности, особенности и т.п. в динамике.

Эти работы медицинского психолога имеют ряд особенностей при проведении стационарной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы у различных групп пациентов, дифференцированных в соответствии с их возрастом и процессуальным статусом.

В условиях стационара медицинский психолог имеет возможность наблюдать испытуемого в достаточно длительный период времени и проводить повторные экспериментально-психологические исследования, которые позволят изучить личностные особенности испытуемого, его эмоциональные реакции, когнетивные возможности, особенности и т.п. в динамике.

Особенности комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых.

Экспертиза несовершеннолетних обвиняемых направлена на решение вопросов о том, имеется ли у несовершеннолетнего отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством. Если имеется, повлияло ли оно таким образом, что он во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими. Для оценки психического и личностного развития подэкспертного в рамках комплексной стационарной судебной психолого-психиатрической экспертизы необходимо исследование в беседе, проективных и полупроективных методиках общего характера мотивации, интересов, его социальной направленности и сформированности самосознания. Индивидуально-психологические особенности также должны быть изучены более детально. На выявление этих данных должны быть направлены минимум 3 методики.

При групповых правонарушениях, в случаях, когда подросток играл ***подчиненную роль***, следует определять внушаемость несовершеннолетнего при помощи специальных проб.

В направленной беседе выясняется субъективное отражение подэкспертным ситуации правонарушения, его мотивов, оценок, прогноза последствий. Ответы на экспертные вопросы даются на основе сопоставления данных анализа объективных обстоятельств по материалам уголовного дела и результатов экспериментально-психологического исследования.

В *комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе способности малолетних и несовершеннолетних свидетелей* правильно

воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, особое внимание уделяется развитию когнитивной сферы подэкспертных, для исследования которой используются специальные короткие методики и пробы. Оцениваются:

а) сформированность восприятия (узнавание предметов, зашумленные фигуры и др.);

б) различные виды памяти – минимум 3 методики;

в) уровень сформированности мыслительных процессов – минимум 4 методики;

г) внушаемость (при помощи специальных проб);

д) склонность к фантазированию (составление рассказов по картинкам, рисуночные проективные тесты) – минимум 1 методика.

В комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе по определению способности малолетних и несовершеннолетних потерпевших по делам о половых преступлениях понимать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление виновному в беседу включается выяснение следующих вопросов:

а) осведомленность потерпевшей (его) в вопросах пола (о физиологических различиях между мужчиной и женщиной, особенностях функционирования женского организма, вопросах деторождения и др.);

б) знание социальных (морально-этических, правовых) аспектов отношений между мужчиной и женщиной, социального значения половых преступлений вообще и, в частности, для самой потерпевшей (его).

Кроме того, оцениваются индивидуально-психологические особенности потерпевшей (его) – минимум 2 методики.

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза детей и подростков в гражданском процессе по делам о защите интересов детей при бракоразводных делах должна дать информацию, на основании которой суд решает вопросы воспитании детей после расторжения брака между родителями, об участии отдельно проживающего родителя в воспитании

детей, о месте проживания детей, об отобрании ребенка без лишения родительских прав, о лишении родительских прав и о восстановлении в родительских правах. Основным критерием при принятии решений является положение о том, что осуществление родительских прав не должно причинять вред физическому и психическому здоровью детей, их нравственному развитию.

Психологом при работе с ребенком выясняются следующие обстоятельства:

а) уровень психического развития ребенка и его соответствие возрастным нормам. Оценивается развитие мнестических, мыслительных процессов, внимания, мотивации, интересов. Методики подбираются в зависимости от возраста ребенка – минимум 5 методик.

б) индивидуально-психологические особенности и психическое состояние ребенка – минимум 3 методики.

в) отношение ребенка к каждому из родителей, к конфликтной ситуации, его установки по поводу проживания с одним из родителей – минимум 3 методики.

Проводится психологическое исследование обоих родителей, при котором выясняются:

а) индивидуально-психологические особенности каждого из родителей – минимум 2 методики;

б) особенности психического состояния каждого из родителей (патопсихологическое обследование) – минимум 3 методики;

в) отношение к ребенку, к бывшему супругу (супруге), к семейному конфликту, путям его разрешения, перспективам воспитания ребенка – экспериментальные методики (минимум 2) и направленная беседа.

На основании анализа материалов дела, направленной беседы психологом выясняется характер и динамика психического развития и состояния ребенка вне семейного конфликта и в его контексте. Оцениваются возможные причинно-следственные связи между особенностями психического состояния

ребенка и его общением с родителями. При необходимости делается прогностическая оценка динамики психического развития и состояния ребенка.

СЕКСОЛОГИЧЕСКОЕ ЭКСПЕРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Сексологическое исследование, проводимое в рамках комплексной стационарной сексолого-психиатрической экспертизы, является обязательным и нацелено на выявление юридически значимых расстройств сексуальности с последующей формулировкой ответов на интересующие правоохранительные органы вопросы.

При проведении сексологического метода исследования производится оценка своевременности и соответствия половой принадлежности, различных проявлений сексуального развития, как в психической сфере, так и на соматическом уровне.

Оно содержит анамнестические сведения, значимые для оценки сексуального становления:

- характер игровой деятельности;
- особенности половой идентификации и роли;
- сроки становления сексуальных проявлений и др.

Особого внимания заслуживает описание формирования сексуального влечения и динамики вариаций его реализации. Детально излагаются те девиантные действия, которые послужили основанием для возбуждения настоящего и прошлых уголовных дел, с акцентом на тех поведенческих проявлениях, которые в последующем используются для квалификации расстройств влечений.

При объективном сексологическом исследовании используется антропометрия, вычисляются квантификационные показатели. Получаемые при этом индексы, требующие цифрового выражения, должны сопровождаться соответствующими пояснениями, раскрывающими их смысл и значение для последующей диагностики.

Данные сексологического исследования должны быть обобщены в заключении сексолога.

Резюмирующая часть представляет собой формулировку экспертных выводов, т.е. ответов на вопросы органа, назначившего экспертизу, которые входят в компетенцию врача судебно-психиатрического эксперта-сексолога, и их подробное обоснование.

После проведения исследования, входящего в его компетенцию, эксперт-сексолог в ходе взаимодействия с экспертом-психиатром осуществляют сопоставление полученных результатов с общей картиной психического расстройства, если таковое обнаруживается, согласуют совместные выводы и участвуют в оформлении экспертного заключения.

Особенности объективного анамнеза, собираемого врачом-психиатром-сексологом судебным экспертом.

Данные об особенностях состояния сексуальной сферы и сексуального поведения в период исследуемой юридической ситуации собираются:

- при освидетельствовании обвиняемых - в процессе изучения и анализа показаний подэкспертного, их динамики в период предварительного и судебного следствия, изучения и анализа объективных данных (заключения судебно-медицинской, судебно-биологической экспертиз и т.д.), а также при изучении показаний свидетелей криминальной ситуации;
- при освидетельствовании потерпевших - изучение показаний потерпевшего, обвиняемого и свидетелей криминальной ситуации, изучения и анализа объективных данных (заключения судебно-медицинской, судебно-биологической экспертиз и т.д.);
- при освидетельствовании истцов и ответчиков - изучение и анализ их исковых заявлений, ходатайств, показаний, которые даны в судебном заседании.

Данные о сексуальных расстройствах, особенностях их проявления, динамике развития, терапевтический анамнез собираются при изучении и анализе медицинской документации.

Обязательно изучение прилагаемых к делу материалов творчества испытуемого, особенно достаточно часто встречающимися фотографиями или ви-

деоматериалами, на которых может быть запечатлено и его аномальное сексуальное поведение.

Объективный анамнез включает:

А) Данные о наследственности, в том числе о случаях девиантного или аномального сексуального поведения и других сексуальных расстройств среди родственников испытуемого.

Б) Данные о беременностях и родах у матери.

В) Характеристику родительской семьи.

Г) Данные о раннем развитии и болезнях этого периода с указанием на особенности ролевых игр, сексуальные злоупотребления в детстве, сексуальные игры и манипуляции.

Д) Данные о взаимоотношениях с окружающими, особенно в аспекте межполового взаимодействия в различные возрастные периоды.

Е) Семейно-брачный анамнез.

Ж) Максимально возможно подробное описание сексуального поведения в деликте и его динамики в серии.

Особенности субъективного анамнеза, собираемого врачом-психиатром-сексологом судебным экспертом.

Расспрос должен быть направлен на:

А) выявление феноменологических и поведенческих признаков нарушений психо-и соматосексуального развития;

Б) определение социальных и биологических факторов, оказавших патогенетическое и патопластическое влияние на формирование сексуального расстройства у данного испытуемого;

В) выявление феноменологических и поведенческих признаков сексуального расстройства в динамике.

Субъективный анамнез включает:

А) описание особенностей психосексуального развития, в том числе становления либидо на всех этапах;

Б) описание особенностей соматосексуального развития;

В) описание динамики феноменологии и поведенческих проявлений сексуального расстройства.

Особенности оценки психического статуса при сексологическом исследовании.

При освидетельствовании ***обвиняемых*** осуществляется расспрос об обстоятельствах инкриминируемого им деяния, особенностях их сексуального поведения и психического состояния в период правонарушения.

При освидетельствовании ***потерпевших*** осуществляется расспрос об обстоятельствах криминальной ситуации, особенностях их психического состояния и поведения в этот период и в последующий до момента обследования.

При освидетельствовании ***истцов и ответчиков*** осуществляется расспрос об обстоятельствах совершения гражданского акта и их психического состояния и сексуального поведения в тот период.

Описание психического статуса при сексологическом исследовании должно содержать:

А) характеристику особенностей невербального и вербального поведения в аспекте межполовых различий;

Б) характеристику культуральных и индивидуальных особенностей сексуальной сферы подэкспертного;

В) отражение отношения к беседе на сексуальные темы, степень открытости; отношение к имеющемуся сексуальному расстройству;

Г) описание феноменологии сексуального расстройства или признаков установочного поведения.

Особенности оценки неврологического статуса при сексологическом исследовании

Обязательным является исследование таких феноменов, как инверсия рефлексогенной зоны (ИРЗ) ахиллова рефлекса, кавернозный рефлекс.

Особенности оценки соматического статуса при сексологическом исследовании.

Описание соматического статуса при сексологическом исследовании должно содержать:

А) описание типа телосложения, отложения жира, оволосения в аспекте межполовых различий;

Б) описание выявленных регионарных морфодисплазий, имеющих значение для диагностики нарушений сексуального развития;

В) описание состояния наружных половых органов, а также тех внутренних половых органов, осмотр которых имеет значение для диагностики сексуальных расстройств (предстательная железа, строение влагалища);

Г) оценку половой конституции.

Интегральная оценка половой конституции опирается на функциональные, сексологические и объективные антропометрические показатели. Согласно шкале векторного определения учитываются следующие показатели:

1 - возраст появления сексуального либидо

2 - возраст первой эякуляции

3 - трохантерный индекс (ТИ)

4 -тип оволосения лобка (редкие пушковые, горизонталь, тенденция к горизонтали, мужской тип, мужской тип с гипертрихозами)

5 - максимальный эксцесс

6 - время вхождения в условно-физиологический ритм (УФР) после женитьбы

7 - абсолютный возраст вхождения в УФР

Исходя из таблицы, вычисляются значения векторов для каждого показателя и определяется тип конституции: слабый, средний и сильный. Вычисляются показатели: Кг - генотипический индекс (средняя арифметическая векторов 1-4), Ка - индекс половой активности (средняя арифметическая векторов 5-7) и Кф - фенотипический индекс (средняя арифметическая векторов 1-7).

С использованием показателей шкалы половой конституции осуществляется диагностика видов дизонтогенеза: задержки пубертата, торможения

пубертата и дисгармонии пубертата (разница между двумя векторами больше 3).

С целью более подробной оценки соматосексуального развития учитываются еще два показателя - индекс полового диморфизма Tanner и индекс конституции Rhyes-Eysenck.

Индекс Таннера вычисляется по формуле ИТ = 3Ва-Вс,

где Ва - биакромиальное расстояние,

Вс - бикристальное.

Указывается вывод, исходя из величины индекса (андро- , мезо – или гинекоморфия;)

Индекс Риса-Айзенка объективизирует соматотип как соотношение длинника и поперечника тела и высчитывается по формуле:

$$РЕ = \frac{\text{рост в см} \times 100}{6 \times \text{Дпоп (макс.вдох)}},$$

где Дпоп - поперечный размер грудной клетки в состоянии максимального вдоха.

Указывается вывод, исходя из величины индекса (пикнический, нормостенический или астенический тип).

Особенности экспертиментально-психологического исследования при производстве комплексной сексолого-психиатрической судебной экспертизы.

Исследование проводится медицинским психологом СПЭУ, имеющим специальную подготовку в проведении данного обследования.

В рамках комплексной сексолого-психиатрической или сексолого-психолого-психиатрической экспертизы метод исследования является обязательным.

Цель направленного экспериментально-психологического исследования психосексуальной сферы – дать врачам-сексологам представление об ин-

дивидуальных особенностях специфических личностных характеристик, отражающих психосексуальную сферу – полового самосознания, сферы личностных смыслов, установок и отношений, связанных с направленностью сексуального влечения, знание которых необходимо для уточнения диагноза и решения экспертных вопросов.

Направленное экспериментально-психологическое исследование психосексуальной сферы включает в качестве обязательного компонента беседу с испытуемым и наблюдение.

Необходимо применять следующий минимальный набор экспериментально-психологических методов:

А) Методика «Кодирование» (модифицированный вариант «проективного перечня» З.Старовича);

Б) Методика МиФ (Маскулинность и Фемининность) - модификация методики BSRI (Bem Sex-Role Inventory) в варианте Т.Л. Бессоновой (1994);

В) Методика ЦТО (цветовой тест отношений);

Г) Тест «Руки»;

Д) Рисуночные методики - тест Маховера «Рисунок человека» и др.

Заключение по результатам направленного экспериментально-психологического исследования психосексуальной сферы имеет стандартную структуру и состоит из введения, основной части и резюме.

Во введении дается общая характеристика и описание поведения испытуемого во время проведения исследования.

Основная часть заключения предназначена для описания конкретных результатов направленного психологического исследования, т.е специфических характеристик личности, характеризующих сферу полового самосознания:

А) полоролевая идентичность;

Б) представления о стереотипах поведения и функциях, характеризующих мужчин или женщин в данном обществе и отношение к ним;

В) паттерны поведения индивида в соответствии с половозрастными стереотипами или коррелятами этих стереотипов;

Г) установки, ценности индивида в отношении стереотипного или коррелирующего с ним поведения того или иного пола;

Д) установки, ценности индивида в отношении представителя другого пола (особенности эмоционального восприятия);

Е) особенности интериоризации (усвоение) половой роли;

Ж) сексуальные предпочтения.

В резюме обобщаются результаты исследования, указываются: тип полоролевой идентичности, характеристика паттернов поведения в ситуациях взаимодействия с представителями разных полов, характер эмоционального отношения к образам мужчины и женщины, сохранность или нарушения различных аспектов интериоризации половой роли, предпочтения сексуальных партнеров по полу, агрессивные тенденции. Отдельно указываются факультативные признаки расстройств сексуального предпочтения.

Клиническое сексологическое исследование завершается:

1) оценкой своевременности и завершенности каждого этапа психосексуального развития, оценкой соматосексуального развития с последующим использованием шкал сексуального дизонтогенеза и нарушений половой идентичности для квалификации вариантов сексуального дизонтогенеза и степени выраженности расстройств половой идентичности;

2) синдромологической и нозологической квалификацией выявленных сексуальных расстройств;

3) оценкой степени влияния выявленных сексуальных расстройств на поведение в юридически значимой ситуации.

Заключение сексолога должно содержать:

А) описательная часть – описание:

1) феноменологии и поведенческих признаков диагностируемого сексуального расстройства;

2) феноменологии и поведенческих признаков диагностируемого нарушения сексуального дизонтогенеза;

Б) заключительная часть:

1) синдромологическую и нозологическую квалификацию выявленных сексуальных расстройств;

2) квалификацию выявленного у данного испытуемого варианта сексуального дизонтогенеза;

3) оценку степени тяжести выявленных нарушений половой идентичности;

4) в зависимости от вопросов к сексологу - ответы на вопросы.

Экспертиза считается оконченной, когда по ее результатам составлено письменное экспертное заключение или иной документ, указанный ниже. При этом составленный документ должен быть в отпечатанном виде, подписан, удостоверен печатью экспертного учреждения и полностью готов к отправке или вручению органу (лицу), назначившему экспертизу.

Психофизиологическое обследование (только в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского).

Цель обследования – объективизация расстройств сексуального предпочтения (парафилий).

Способ психофизиологической диагностики аномалий сексуального влечения основан на предъявлении:

1) тестов на уровень тревожности: а) с использованием звуковых сигналов; б) шкалы тревожности Айзенка;

2) опросников предпочтения по видам сексуальной активности с последующим их совместным анализом для каждого испытуемого;

3) изображений различных видов аномальной сексуальной активности.

Способ основан на регистрации и обработке шести физиологических показателей: грудное дыхание, диафрагмальное дыхание, КГР, сердечно-сосудистые реакции, двигательная активность, речевые реакции и их изменений в ответ на предъявление стимулов. Система обработки полиграмм вы-

числяет 12 параметров для каждой реакции на вопрос, параметры представлены в четырех группах. Для кожно-гальванической реакции измеряются: максимальная амплитуда; энергия сигнала; скорость изменений сигнала. Для сигнала дыхания вычисляются: амплитуда максимальной волны дыхания; дисперсия периода дыхания на интервале отрезка времени; амплитуда минимальной волны дыхания. Для кардиосигнала: амплитуда сигнала; средняя частота на отрезке анализа; дисперсия частоты сокращений сердца. В качестве дополнительных параметров измеряются: величина разности сигналов грудного и диафрагмального дыхания; амплитуда изменений давления крови; энергия двигательной активности.

Система предполагает возможность совместного анализа разноформатных опросников и ряда визуальных стимулов, основанную на принципе связывания вопросов и тем. В данном контексте – темы есть произвольные слова (или фразы), или слайдовое изображение различных видов сексуальной активности, назначаемые оператором. Оператор связывает тему несколькими вопросами или изображениями. Система вычисляет среднее значение реакций на вопросы, связанные с темой. Темы созданы из типов вопросов или слайдов – Контрольная, Релевантная и т.д. Подобный подход применен и при предъявлении зрительных стимулов.

Опросник предполагает двукратное предъявление релевантных стимулов, чередующихся с нейтральными и контрольными вопросами. Уровень реакции на каждый из вопросов характеризует степень эмоциональной заинтересованности обследуемого при ответе на вопросы теста. Характер ответа на релевантные вопросы учитывается шкалой тревожности Айзенка, что дает возможность дифференцированного подхода в интерпретации результатов тестирования.

При использовании ряда зрительных стимулов (изображений) предъявляются поочередно нейтральные (пейзажи) и релевантные (слайды с изображением различных форм аномального сексуального поведения) стимулы. Уровень тревожности определяется посредством связывания ряда визуаль-

ных стимулов с тестом звуковых сигналов и является уровнем сравнений для принятия решений. Результат совместного анализа – определение величины реакции на релевантные вопросы и вероятность ее отличия от реакции по шкале тревожности. Уровень тревожности в каждом случае является точкой отсчета для выявления статистически значимых эмоциональных реакций по темам зрительного ряда.

Испытуемый садится в кресло, на нем закрепляются датчики грудного дыхания, диафрагмального дыхания, плетизмографии, кожно-гальванических реакций, мышечных реакций, голосовых реакций. После этого проводится предтестовая беседа, в ходе которой испытуемый получает инструкции относительно действий в ходе обследования (при тестировании следует по возможности избегать резких движений, отвечать на вопросы однозначно «да» или «нет»), знакомится с вопросами, которые будут предъявляться в ходе обследования.

Затем подэкспертному поочередно предъявляется тест на уровень тревожности с использованием звуковых сигналов, шкала тревожности Айзенка, опросники на выявление нарушений сексуального предпочтения по активности, в которых вопросы сгруппированы по темам: нейтральные, релевантные, контрольные, а также ряд зрительных стимулов, в котором релевантные стимулы чередуются с нейтральными. При предъявлении опросников и зрительных стимулов програмно-аппаратный комплекс регистрирует физиологические реакции испытуемого по указанным выше параметрам.

После завершения психофизиологического обследования испытуемого программой аппаратного комплекса «Дельта» производится стандартизированная обработка полученных данных по единому алгоритму.

В протоколе психофизиологического обследования указываются:

А) паспортные и биографические данные испытуемого по установленной форме;

Б) прием лекарств;

В) характеристика предъявляемых стимулов;

Г) результаты тестирования на тревожность по шкале и тесту звуковых сигналов с указанием величин реакций, уровней сравнения и вероятности;

Д) статистически значимые реакции на релевантные вопросы и стимулы с указанием величин реакций, уровней сравнения и вероятности;

Е) положительные вербальные ответы на релевантные вопросы.

Ж) особенности психического статуса при обследовании, если таковые выявлены.

В заключении перечисляются релевантные стимулы, на которые получены статистически значимые реакции и положительные вербальные ответы.

Экспертиза считается оконченной, когда по ее результатам составлено письменное экспертное заключение или иной документ, указанный ниже. При этом составленный документ должен быть в отпечатанном виде, подписан, удостоверен печатью экспертного учреждения и полностью готов к отправке или вручению органу (лицу), назначившему экспертизу.

7.4.6. Требования к лечению стационарному.

Соответствует протоколу психиатрической помощи соответствующей нозологической модели пациента.

7.4.7. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.

Соответствует протоколу психиатрической помощи соответствующей нозологической модели пациента.

7.4.8. Требования лекарственной помощи.

Соответствует протоколу психиатрической помощи соответствующей нозологической модели пациента.

7.4.9. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Соответствует протоколу психиатрической помощи соответствующей нозологической модели пациента.

7.4.10. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.

Специальных требований нет.

7.4.11. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами.

Специальных требований нет.

7.4.12. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

Специальных требований нет.

7.4.13. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие подэкспертный дает в случаях, определенных законодательством.

7.4.14. ***Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола.***

7.4.15.***Возможные исходы и их характеристика***.

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Приемственность и этапность в оказании медицинской помощи.
Проведение экспертного исследования и принятие экспертного решения;			30 дней	
Продление экспертного исследования в судебном порядке без принятия экспертного решения		в связи со сложностью экспертной оценки, связанной с неясностью клинической картины;	60 – 90 дней	Направление на лечение до выхода из психоза
Продление экспертного исследования в судебном порядке без принятия экспертного решения		в связи со сложностью экспертной оценки, связанной с неполнотой сведений, содержащихся в материалах дела, подготовка запросов;	60 дней	Исключение из протокола.
Отказ в прове-		в связи с не-		Исключение из

дении экспертного исследования и принятии экспертного решения		полнотой сведений, содержащихся в материалах дела.		протокола

СВЕДЕНИЯ О РАЗРАБОТЧИКАХ ПРОТОКОЛА.

Дмитриева Т.Б. – академик РАМН, профессор, док. мед. наук, директор ГНЦ ССП им. В.П. Сербского.

Букреева Н.Д.- док. мед. наук, руководитель научно-организационного отдела ГНЦ ССП им. В.П. Сербского.

Введенский Г.Е. – док. мед. наук, ведущий научный сотрудник судебной лаборатории сексологии отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ГНЦ ССП им. В.П. Сербского.

Дозорцева Е.Г. – док. мед. наук, руководитель лаборатории психологии ГНЦ ССП им. В.П. Сербского.

Лукьянцева Д.В. – канд. мед. наук, заведующая лабораторией проблем стандартизации, лицензирования и аккредитации ММА им. И.М. Сеченова.

Сафуанов Ф.С. – док. психологических наук, профессор, руководитель лаборатории медицинской психологии Отдела судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе.

Ткаченко А.А. – док. мед. наук, профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Агрессия и психическое здоровье. Под ред. Дмитриевой Т.Б., Шостаковича Б.В. М., 2002 г., 460 с.
2. Антонян Ю.М. Психические аномалии в механизме преступного поведения //Российский психиатрический журнал. – М., 1997. - №2. – С. 12-15.
3. Барков И.Н. Психические заболевания у лиц старших возрастных групп (судебно-психиатрический аспект). Автореф. дисс. канд. мед. наук. -М., 1988. -25 с.
4. Беляева Л.В. К вопросу об общественно опасных действиях, совершаемых больными параноидной формой шизофрении под влиянием болезненных переживаний синдрома Кандинского-Клерамбо. //Практика судебно-психиатрической экспертизы. Вып. 20. -М., 1972. - С. 32-37.
5. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. - М.: Медицина, 1984. - 288 с.
6. Букреева Н.Д. Научное обоснование и разработка клинико-статистических групп для организации внебольничной психиатрической помощи. Автореф. дисс... док. мед. наук. - Томск, 1997. - 48 с.
7. Букреев Н.В. Клинико-эпидемиологическое обоснование подходов к формированию медико-экономических стандартов для организации судебно-психиатрической экспертной службы// Дисс. канд. мед. наук. – М. – ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2003. – 190 с.
8. Букреева Н.Д. Перспективы развития психиатрической службы в условиях экономического кризиса.//Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии (Выпуск 2)/Сборник научных трудов/ под редакцией В.И.Михайлова, А.А.Чуркина, Б.С.Положего. - М-Хабаровск, 2000. - С. 12-15.
9. Букреева Н.Д., Макушкин Е.В. Лицензионные требования и условия осуществления судебно-психиатрической экспертной деятельности. Методические рекомендации. – М., 2004., - 36 с.

10. Бунеев А.Н. Психогенные реакции и их судебно-психиатрическая оценка. //Проблемы судебной психиатрии. -М., -1946. -Вып.5. - С.159-179.
11. Бурелов Э.А. Сравнительное изучение олигофрений (дебильность и пограничная степень) и ранних резидуально-органических поражений головного мозга с интеллектуальными нарушениями в подростковом и юношеском возрасте (судебно-психиатрический аспект). Автореф.дисс. канд. -М., -1980. -16с.
12. Вандыш В.В., Андреева Е.С. Органические психические расстройства, не исключающие вменяемости.//Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии. Сборник научных трудов. - Москва-Хабаровск, 1998. - С.222-226.
13. Вандыш В.В., Андреева Е.С. Органическое психическое расстройство и «ограниченная вменяемость» (к обоснованию экспертных моделей) //XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. (материалы съезда). – М., 2000. – С.200.
14. Гайдай Е.С. Об общественно опасных действиях больных церебральным атеросклерозом, совершенных по бредовым мотивам.// Практика судебно-психиатрической экспертизы, №24. -М., 1975. -С. 28-36.
15. Горева М.М. Шизофрения с благоприятным течением и ее судебно-психиатрическое значение. //Журнал невропатологии и психиатрии. – 1977. - № 4. - С. 563-569.
16. Горинов В.В. Декомпенсации у больных олигофренией (вопросы диагностики и профилактики общественно опасных действий). //Профилактика общественно опасных действий психически больных. - Калуга, -1988. - С.86-88.
17. Горинов В.В. Клинико-динамические факторы в дезадаптации больных олигофренией, совершивших общественно опасные действия. //Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия. -М., -1989. - С.117-123.

18. Горинов В.В. Понятие “иное болезненное состояние психики” в формуле невменяемости.//Материалы Международной конференции психиатров. 16-118 февраля, Москва. - М.: РЦ “Фармединфо”, 1998. - С.129-130.
19. Горинов В.В., Пережогин Л.О. Расстройства личности в качестве «иного болезненного состояния психики» //XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. (материалы съезда). – М., 2000. – С.201.
20. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Шмуклер А.Б. Социально-экономические аспекты психиатрической помощи за рубежом.// Медицина и здравоохранение. Социальная гигиена, организация и управление здравоохранением. Обзорная информация. - М., 1990. - вып.1. - 75с.
21. Дмитриева Т.Б. Психогенные депрессии в подростковом и юношеском возрасте (клиника, патогенез, лечение). Автореф. дисс... канд. наук. - М., 1981. - 17 с.
22. Дмитриева Т.Б., Щукина Е.Я. Актуальные организационные вопросы психиатрии //Российский психиатрический журнал. – М., 1997. - №3. – С. 44-48.
23. Дмитриева Т.Б., Щукина Е.Я., Мохонько А.Р. Роль и значение амбулаторного освидетельствования в судебно-психиатрической практике//Российский психиатрический журнал. – М., 1998. - № 1. – С. 5-7.
24. Дмитриева Т.Б., Шишков С.Н. Две проблемы советской судебной психиатрии: независимость эксперта и унификация критериев судебно-психиатрической экспертной оценки.//Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, №4, 1991. -С. 78-85.
25. Дмитриева Т.Б., Харитонова Н.К., Иммерман К.Л., Королева Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. Издание 2-е, переработанное и дополненное. - М., 2003. - 249 с.
26. Дмитриева Т.Б., Гурьева В.А., Макушкин Е.В., Морозова Н.Б. Клиническая и судебная подростковая психиатрия (под ред. Гурьевой В.А.). – М., Генезис, 2001.- 478 с.

27. Дмитриева Т.Б., М.А. Качаева, Ф.С. Сафуанов Ф.С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка // Руководство для врачей и психологов.. М., ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2001., - 52 с.

28. Докучаева О.Н. Повторные правонарушения, совершаемые лицами, страдающими травматической эпилепсией. //Клинические и организационные вопросы судебной психиатрии. - Орел, 1978. - С. 36-39.

29. Закалюк А.П. Проблемы правового регулирования профилактики преступного поведения лиц с аномалиями психики. //Право и психиатрия. - М., Юрид. лит. -1991. - С.356-366.

30. Значение клинико-нейрофизиологических корреляций для судебно-психиатрической оценки лиц, перенесших черепно-мозговую травму//Пособие для врачей, - М., 2001. – 45 с.

31. Игонин А.Л., Клименко Т.В. Дискуссионные вопросы организации судебно-наркологической экспертизы (по данным анализа актов судебно-наркологических экспертиз)//Российский психиатрический журнал. – М., 1999. - № 5. – С. 56-58.

32. Ильинский Ю.А. О механизмах формирования ООД больных приступообразно-прогредиентной шизофренией. //Первый съезд психиатров социалистических стран. -М., -1987. - С.333-341.

33. Каплин Г.П. Некоторые особенности психического состояния больных шизофренией, совершивших особо опасные действия против личности.//Практика судебно-психиатрической экспертизы. Вып. 20. -М., 1972. -С. 54-56.

34. Каплин Г.П. Психопатологические механизмы особо опасных действий больных шизофренией. Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1981. - 16 с.

35. Качаева М.А., Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Ромасенко Л.В. Криминальная агрессия у женщин с психическими расстройствами, издание 2-е, переработанное и дополненное. М., «Медицина», 2003. 247 с.
36. Кербиков О.В. Острая шизофрения. - М., 1949. - 173 с.
37. Кондратьев Ф.В. Клинические особенности психопатоподобных расстройств при шизофрении и их судебно-психиатрическое значение. Автореф. докт. дисс. -М., -1973. -27с.
38. Кондратьев Ф.В. Понятие “временное расстройство душевной деятельности” как медицинский критерий невменяемости.//Кратковременные расстройства психической деятельности в судебно-психиатрической практике. -М., 1986. -С. 3-13
39. Корзун Д.Н. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц с психическими расстройствами, совершивших имущественные сделки. //Современная психиатрия глазами молодых ученых /Сборник научных трудов. – М., 2000. – С.22-24.
40. Корзун Д.Н., Харитонова Н.К. Критерии судебно-психиатрической оценки дееспособности больных с признаками органического поражения головного мозга, осложненного алкоголизмом.//Материалы Международной конференции психиатров. 16-18 февраля, Москва. - М.: РЦ “Фармединфо”, 1998. – С.144-145.
41. Котов В.П. Клинико-социальная характеристика больных, совершивших общественно опасные действия по мотивам патологической ревности.// Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. Сб. научных трудов. -М., НИИ Сербского, 1976. -С. 31-40.
42. Котов В.П., Мальцева М.М. “Судебная психиатрия” // Руководство по психиатрии. Под редакцией А.С. Тиганова. - М., 2000, - С.372-394.
43. Критерии судебно-психиатрическая оценки лиц с психическими расстройствами непсихотического характера, совершивших опасные действия.// Методические рекомендации., - М., ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – 34 с.

44.Кудрявцев И.А., Ратинова Н.А. “Криминальная агрессия.” - М., МГУ, 2000, -192 с.

45. Кузьминова М.В. Судебно-психиатрическая оценка изменений психики при эпилепсии //XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. (материалы съезда). – М., 2000. – С.209.

46.Кунафина Е.Р. Совершение общественно опасных действий больными с психическими расстройствами пожилого и старческого возраста, признанных невменяемыми //XIII съезд психиатров России, 10-13 октября 2000 г. (материалы съезда). – М., 2000. – С.160-161.

47. Литвинцева М.С. Роль бредовых идей в общественно опасном поведении больных шизофренией. Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1977. - 16 с.

48. Лунц Д.Р. О трудностях экспертной оценки больных шизофренией в судебно-психиатрической практике.//Вопросы организации судебно-психиатрической экспертизы. Сб. научных трудов. -М., 1975. -С. 13-21.

49. Лунц Д.Р. О психопатологических механизмах опасных действий больных шизофренией и условиях, способствующих их реализации. //Профилактика ООД, совершаемых психически больными. - М., -1972. - С. 5-9.

50. Лунц Д.Р. Шизофрения, осложненная алкоголизмом в судебно-психиатрической практике. //Актуальные вопросы психиатрии. -М., 1978. -с. 117-121.

51. Мальцева М.М. Систематика психопатологических механизмов общественно опасных действий психически больных. //Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - Рига, 1985. -Т.1. -С.402-405.

52. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика). - М., Медицина, 1995. - 256 с.

53.Медицинская и судебная психология. Курс лекций: учебное пособие.

Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. М., 2004, Генезис, - 604 с.

54. Мельник В.И. Противоправные деяния больных эпилепсией, совершенных на различных этапах болезни.//Материалы Международной конференции психиатров. 16-18 февраля, Москва. - М.: РЦ “Фармединфо”, 1998. – С.154-155.
55. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. М.. ТОО «Техлит» - «Медицина», 1997. – 484 с.
56. Мохонько А.Р., Агаларзаде А.З. Клинико-эпидемиологический анализ общественно опасных действий психически больных (по данным судебно-психиатрических экспертиз комиссий РФ).//Психическое здоровье населения России. -М. -Ижевск, -1994. - С.132-1363., 1994
57. Мохонько А.Р., Щукина Е.Я. Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, совершивших общественно опасные действия //Психиатрия и общество. - М.:ГЭОТАР-МЕД, 2001. - С.275-283.
58. Наталевич Э.С., Литвинцева М.С., Анашкин Д.Р. и др. О медицинских рекомендациях судебно-психиатрической экспертной комиссии в отношении лиц с резидуальными ранними органическими поражениями головного мозга.//Проблемы судебно-психиатрической профилактики. -М., 1994. -С. 176-185.
59. Наталевич Э.С., Малышева Т.Л., Демчева Н.К. Вопросы клиники и дифференциальной диагностики экзогенно-органических психозов в судебной психиатрии //Социальная и клинич. психиатрия. – М., 1996. - № 4. – С.138-143.
60. Обоснование судебно-психиатрических заключений в свете современного уголовного законодательства. Руководство для врачей п/ред.Т.Б. Дмитриевой, Б.В.Шостаковича.- М., 2002, - 98 с.
61. “Ограниченная вменяемость” Под редакцией Б.В .Шостаковича и В.Н. Исаенко. – М., Изд-во ГНЦССП им. В.П.Сербского, 2000. - 22 с.
62. Опря Н.А. Паранойяльные состояния с идеями ревности у больных с отдаленными последствиями травматического поражения головного

мозга и их судебно-психиатрическое значение. //Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. -М., 1980. -С. 123-130.

63. Осколкова С.Н., Конина И.В. К вопросу о механизмах ООД больных шизофренией и олигофренией, признанных невменяемыми. //Вопросы теории и организации СПЭ. - М., -1989. - С. 124-132.

64. Органические психические расстройства у лиц пожилого возраста (клиника, судебно-психиатрическая оценка)//Пособие для врачей. – М., ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2002 г. – 39 с.

65. Печерникова Т.П. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состоянии аффекта. //Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия. - М., 1998. - С. 71-81.

66. Печерникова Т.П., Лазько Н.В. Процессуальная дееспособность потерпевших, получивших черепно-мозговую травму в криминальной ситуации// Российский психиатрический журнал. – М., 1997. - № 2. – С. 38-41.

67. Печерникова Т.П., Сафуанов Ф.С. и др. «Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемых». // Пособие для врачей и медицинских психологов. - М., 2003. – 40с.

68. Пищикова Л.Е. Психические расстройства у больных алкоголизмом, признанных невменяемыми, и их принудительное лечение. Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1997. - 24 с.

69. Платонов Г.Г., Букреева Н.Д. Медико-экономические стандарты: критерии эффективности психиатрической помощи.// Социальная и клиническая психиатрия. - М.,1992. - №3. - С.108-110.

70. Платонов Г.Г., Букреева Н.Д. Расчет стоимости лечения одного больного в год, состоящего на диспансерном учете. //Методические рекомендации. - Кемерово, 1989. – 22 с.

71. Платонов Г.Г., Букреева Н.Д. Психиатрическая служба Кемеровской области как пример реструктурализации службы в новых социально-

экономических условиях. //Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. - М.-Ижевск, 1997. - Вып. 2. - С.155-162.

72. “Практика судебно-психиатрической экспертизы” Сборник № 38 Под ред. Т.Б.Дмитриевой. - М., 2000, - 236 с.

73. Принципы и критерии судебно-психиатрической экспертизы в соответствии со статьей 22 УК Российской Федерации. Пособие для врачей, - М., ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004., - 22 с.

74. Разумовская С.П., Лукачер Г.Я. Сосудистые заболевания головного мозга, протекающие с нарушениями мозгового кровообращения, в судебно-психиатрической клинике.//Судебно-психиатрическая экспертиза лиц пожилого и старческого возраста. -М., НИИ Сербского, 1981, -С. 31-39.

75. Ромасенко Л.В. Истерические проявления при шизофрении (судебно-психиатрический аспект). Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1978. - 22 с.

76. Руководство по судебной психиатрии . Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., - 234 с. Руководство по судебной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. М., Изд. «Медицина», 2004, 592с.

77. Собчик Л.Н.“Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики”. Третье издание. Москва, ИПП, 2000 , 512 с.

78. Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений. Методическое пособие С.-Пб. Изд. Речь.2002. 95 с.

79. Собчик Л.Н. Модифицированная методика Сонди. Тест восьми влечений. Методическое пособие С.-Пб. Изд. Речь.2002.118 с.

80. Собчик Л.Н. Вербальный фрустрационный тест. Методическое пособие С.-Пб. Изд. Речь. 2002.20 с.

81. Собчик Л.Н. Рисованный апперцептивный тест. Методическое пособие С.-Пб. Изд. Речь. 2002.15 с.
82. Собчик Л.Н. Мотивационный тест Хекхаузена. Методическое пособие. - С.-Пб., Изд. Речь.,2002. - 15 с.
83. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ, 2-е изд. Практическое руководство, С-Пб, Изд. Речь, 2003, 218 с.
84. Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений. Методическое пособие. С-Пб, изд. Речь, 2003, - 17 с.
85. Солохина Т.А. Подходы к обеспечению и оценке качества психиатрической помощи.//XII съезда психиатров России: Материалы съезда. - М.,1995. - С.117-118.
86. Стандарты судебно-психиатрических экспертных исследований Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (проект). Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Е.В.Макушкина. М., 2000, 32 с.
87. Судебно-психиатрическая оценка психопатий, осложненных зависимостью от психоактивных веществ//Методические рекомендации. – М., - 2000 г. – 56 с.
88. Судебно-психиатрическая оценка больных с зависимостью от психоактивных веществ, развившейся на фоне органического поражения головного мозга// Методические рекомендации. – М., - 2000 г. – 59 с.
89. Тальце М.Ф. О судебно-психиатрическом значении параноидной шизофрении. //Материалы конф. института общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. - М., 1971. - С. 74-78.
90. Судебно-психиатрическая оценка лиц с органическим психическим расстройством, не исключающим вменяемости (ст. 22 УК РФ)//Пособие для врачей, - М., 2001. – 45 с.

91. Судебно-психиатрическая оценка изменений психики при эпилепсии.//Пособие для врачей, - М., ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2001. – 45 с.

92. Судебно-психиатрическая оценка острой алкогольной интоксикации с атипичной клинической картиной.// Методические рекомендации М., ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2001. – 35 с.

93. Судебно-психиатрическая оценка органического личностного расстройства (кли нико-нейрофизиологические критерии) Пособие для врачей, - М., ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2003. – 41 с.

94. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В.Судебная сексология. Руководство для врачей. - М., “Медицина”, 2001. - 560 с.

95. Тихоненко В. А. Шишков С.Н..”Свод этических принципов и правил проведения судебно-психиатри ческой экспертизы с комментарием”.// Руководство для врачей. – М.,2000. – 76 с.

96. Ушаков Ю.В., Калугина Л.И., Мирзоян М.Г. Клинико-экономическое изучение шизофрении: методология исследования и сравнительный анализ стоимостных затрат в стационарной и амбулаторной сети.// Журн. невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. - М.,1990. - Т.90. - №11. - С.114-117.

97. Функциональный диагноз в судебной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. – М., 2001, - 198 с.

98. Шостакович Б.В. Психиатрия и судебная психиатрия на пороге XXI века //Российский психиатрический журнал. – М., 2000. - № 3. – С.4-8.

99. Шостакович Б.В., Ткаченко А.А., Доброгаева М.С., Гонопольский А.М. К проблеме комплексной судебной сексолого-психиатрической экспертизы.//Вопросы психиатрии и наркологии. Кустанай, 1991. -С. 76-79.

100. Шостакович Б.В., Антонян Ю.М., Потапов С.А., Могачев М.А. “Серийные сексуальные преступления”. Криминологическое и патопсихологическое исследование. Изд-во Щит М., 2000, 238 с.

101. Шумаков В.М. Клинические и социально-демографические характеристики больных шизофренией, совершавших общественно опасные действия; вопросы прогноза и профилактики. -М., 1975. 46 с.

102. Экспертная оценка сделкоспособности по гражданским делам в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Пособие для врачей. – М., ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004 г. – 34 с.

103. Яновская Э.В. Опасные действия против жизни и здоровья личности, совершаемые больными параноидной формой шизофрении по бредовым мотивам. Канд. дисс. - М., 1966.

104. Appelbaum P.S., DRGs and menal health law: A glimpse of the future.// Hosp. Commun. Psychiat.-1986.-Vol.37.,[1]10.-P.997-998.

105. Bertsch E.E. Avoucher System that enables persons with severe mental illness to purchase community Support Services.// Hosp. Community Psychiat.-1992.-Vol.43,N11.-P.1109-1113.

106. Birnie W.A., Matsuno K. Psychiatric acute observation unit in a general hospital// Can. J. Psychiat.-1988.-Vol.33,N8.-P.707-710.

107. Birrell G.M., Frazer N.A., Philip A.E. The Chief Scientist reports...Voluntary agency support for people with mental health problems//Health Bull. (Edinb.).-1992.-Vol.50,N3.-P.270-277.Bigelow D.A., McFarland B.H, 1984; Bigelow D.A., McFarland B.H. Camparative costs and impacts of Canadian and American payment Systems for mental health services // Hosp. Commun. Psychiat.-1989.-Vol.40,N8.-P.805-808.

108. Bindman A.B. , Eichenfield L.F., Geller S.A. Diagnosis-related groups: physicion and abstraction reliability and financial significance of errors// Mt. Sinai J. Med.-1984.-Vol. 51,[1]3.-P.237-242.

109. Birnie W.A., Matsuno K. Psychiatric acute observation unit in a general hospital// Can. J. Psychiat.-1988.-Vol.33,N8.-P.707-710.

110. Braddock D. From Roosevet to Reagan; Federal Spending for mental retardation and developmental disabilities// Amer. J. Ment.-1986.-

Vol.90,N5.-P.479-489.

111. Brook R.H.,Appel F. Quality-of-care assessment: choosing a method for peer review.// New Engl. J. Med.-1973.-Vol.288.-P.1323-1326.

112. Brook R.H., Williams K.N.,Avery A.D. Quality assuaranc today and tomorrow: forecast for the future.// Ann. intern.Med.-1976.-Vol.85,N6.-P.809-817.

113. Buzzell H., Roe W. HIMA Factbook: DRGs and prospective payment - the industre impact.//Hlth. Industry Today. - 1983.-Vol.46,N5.-P.41-47.

114. Carpenter R.A., Bogenga K.W., Schaible T.C. Evolution of a prepaid mental health plan for business // Cjmmun. Ment. Health.-1985.-Vol.21,N2.-P.94-108.

115. Chicker A. Capital proekts funding psychiatric hospitals1972-1981// Hosp. Commun. Psuchiat.-1986.-Vol. 137,N4.-P.380-385.

116. Colwell A.R.Sr, Fenn G.K. Standards of practice of internal medicine: methods of judging its quality in hospitals. // Ann. intern. Med. - 1959.-Vol.51. - P.821-832.

117. Cooper B., Psychiatry in the era of " Health for all"// Soc. Psychiat. Epidemiol.-Vol.23,N1.-P.2-5.

118. Davidson N. Resource allocation: the Oxford experiment// Hlth. Soc. Serv. J. - 1983.-Vol.93, N4877.-P.1498-1499.

119. Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. // Med. care Rev. - 1980. - Vol.37,N7.-P.653-698.

120. Donabedian A. The quality of medical care methods for assessing and monitoring the quakity of care for research and for quality assuarance programs. // Scienct. - 1978.-Vol,200.-P.856-864.

121. Dorwart R.A. Manager mental health care myths and realities in the 1990//Hosp. Commun. Psychiat.-1990.-Vol.41,N10.-P.1087-1091.

122. Dredge B. How DRGs can help with the bulget//Hlth Soc.Serv.J.-1984.-Vol.94,N908.-P.-918-919.

123. Dredge B. How DRGs can help with the bulget//Hlth Soc.Serv.J.-1984.-Vol.94,N908.-P.-918-919.

124. Ellison J.M., Wharff E.A. Morthen agate way: The role of the emergency psychiatric Service in the community mental health network// Hosp. Covvun. Psichiat.-1985.-Vol.36.N2.-P.180-185.

125. Elpers J.R. Public mental health funding in California, 1959-1989// Hosp. Commun. Psychiat.- 1989.-Vol.40,N8.-P.799-804.

126. English J.T.,Sharfstein S.S., Scherl D.J. et al. Diagnosis-related groups and general hospital psychiatry: The APA study// Amer. J. Psychiat.-1986.-Vol.143,N2.-P.131-139.

127. Estes C.D., Wood J.B. A preliminary assesment of the impact of block grants on Community mental health centers.// Hosp. Commun. Psychiat.-1984.-Vol.35, N11.-P.1125-1129.

128. Fenton F.R. et al. A Two-year followin of comparative for the 1980//Can. J. Psychiat.-1984.-Vol.29,N3.-P.205-211.

129. Fetter R.B. Diagnosis related group: the product of the hospital//Clin. Res.-1984.-Vol.32,N3.-P.336-340.

130. Fetter R.B., Shin Y., Freeman J.L. et al. Case mix definition by diagnosis-related groups//Vtd. Care. - 1980.-Vol.18,N2.-P.163-167.

131. Fifer W.R. Quality assurance: debate persists on goals, impact and methods of evaluating care// Hospitals.-1979.-Vol.53,N7.-P.163-167.

132. Freiman M.P., Mitchell J.B., Rosenbach M.I. An analysis of DRG-based reimbursement for psechiatric admission to general hospitals// Amer. J. Psychiat.- 1987.-Vol.144,N.5.-P.603-609.

133. Freiman M.P., Sederer L. Transfers of hospitalized psychiatric patiens under Medicals prospective payment system//Amer. J. Psychiat.- 1990.-Vol.147,N1.-P.100-105.

134. Fridman B.J.,Worthington C., Deber R.B. Economic evatations in the Canadian Mental Health System I Theory behind economic evatution//Can. J. Psychian.-1982.-Vol.56,N18.-P87-95.

135. Gorin S.S. Cost-outcame analysis and service planning in a CMHC// Hosp. Commun. Psychiat.-1986.-Vol.37,N7.-P.697-701.

136. Greenly J.R. Neglected organisation and management issnes in mental Health systems development//Commun. Ment. Health J.-1992.-Vol.28,N5.-P.371-384.

137. Greenfiled S.,Lawis Ch., Kaplan S.N. et al. Peer review by critaria mapping//Ann. intern. Med.-1975.-Vol.83.-P.761-770.

138. Grimaldi P.L.,Micheletti J.A. PRO objectives and quality criteria // Hospitals.-1985.-Vol.59,N3.-P64-67.

139. Habner H., an der Heiden W. The evatuation at on of mental Health care systems// Br. J. Psychiat.-1989.-Vol.155.-P.12-17.

140. Hastings G.E., Sonnernborn R., Lee G.H. et al. Httr review checlist: reproducibility and validity of a method for evoluating the quality of ambulatory care//Amer. J, publ. Hlth.- 1980.-Vol.70.- P.222-228.

141. Jenkins J.H. Conceptions of schizophrenia as a problem of nerves: a cross-cultural comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans // Sos-Sci-Med. - 1988. - N 26 (12). - P. 1233-1243.

142. Jensen L.E. The social and economic milier of ytalth care provision: quality, acces and cost//J. Amer. Ass.-1979.-Vol.241, N13.-P.1345-1347.

143. Kielholz P.,1972

144. Kolb L.C. The future shape of the mental health Service in the State of New-York//Bull.[1]4-Acad. Med.-1977.-Vol.53,N7.-P.628-642.

145. Landsley D.L.// J.soc. Psychiat.-1982.-Vol.17,N2.-P.89-94.

146. Lange E. Jhe differentiation between the psychotic pathological and criminal suicide extension.//Psychopathology of depression / Ed. K. Achte. - Kopenhagen, 1980. - P. 149-151.

147. Lewis G. et al. Schizophrenia and city life. //Lancet. – 1992, 340; - P. 137-140.

148. Lindinger H. Ein Deitrag zur Beurteilung der Straftaten Schizophrener. //Nervenarzt. - 1963. - Bd 34,- N 3. - S. 107-113.

149. Manderscheid R.W., Witkin M.J. et al. A review of trends in mental health services//Hosp. Commun. Psychiat.-1984.-Vol.35,N5.-P673-674.

150. Mason R.S. International training in quality assurance//World. Hosp.-1985.-Vol.21,N2. - P.6-7.

151. Marshall P.E. The mental healtth HMO: Capitation funding chronically mentally ill Why an HMO?// Commun. Ment. J.-1992.-Vol.28,N2.-P.111-120.

152. McKelley R. A continuum of mental health care for children and adolescets//Hosp. Commun. Psychiat.-1988.-Vol.39,N8.-P.870-879.

153. Mitchell J. ,Dickey B., Liptzin B. et al. Bringing psychiatric patients into the Medicare perspective payment system: Alternative to DRGs// Amer. J. Psychiat.- 1987.-Vol.144,N5.-P.610-615.

154. Mills R.E.,Fetter R.B.,et al. AUTOGRP: an intractive computer system for the analysis of health care data//Med. Care.- 1976.- Vol.14,N14.-P.603-615.

155. Morehead M.A. Ambulatory care review: a neglected priority.// Bull. N.Y. Acad. Med.-1976.-Vol.52.P.60-69. Muller Ch., 1969;

156. Nissim-Sabat D. et al. Community mental health centers and insurance reinbursements//Commun. Ment. Health J.-1986.-Vol.22,N2.-P.160-165.

157. Pelmen C. Erinnerungen eines alten Irrenarztes. -Bonn: Cohen, -1912. -145 S.

158. Psarska A.D. Niektore aspekty przestepczosco niedorozwinietych umystowo. //Psychiat. Pol. -1972. -Vol. 6, N 2. -P.151-151.

159. Roberts R.E., Vewrnon S.W.//Arch. gen. Psychian.,-1982.-Vol.39,N12.-P.1407-1409.

160. Roberts T., Roberts J. An integrative model of each collections for mental health centers//Commun. Ment. Health. J.-1985.-Vol.29.N4.-P182-193.

161. Roberts J., Roberts T. Taking the center to market//Commun. Ment. Health.J.-1985.-Vol.21,N4.-P.264-281.

162. Rupp A., Steinwachs D.M., Salkever D.S. The effeect of hospital payment methods on the pattern and cost of mental health care// Hosp. Commun. Psychiat.- 1984.- Vol.35,N5.-P.456-459.

163. Santiago J.M. The fate of mental heajth services in health care reform: I. A system in ctisis // Hosp. Commun.Psychiat.-1992.-Vol 43,N11.-P.1091-1094.

164. Santiago J.M. The fate of mental health services in health care reform: II realistic Solutions.-1992.-Vol.43,N12.-P.

165. Sharfstein St.S., Beigel A. How to survive in the private practice of psychiatry// Amer. J. psychiat.-1988.-Vol.145,N6.-P.723-727.(Kat211)

166. Schuler H., Brachmann R., Grumpelt V.//Z. klin Med.-1989.-Bd.44,N15.-S.1229-1302.

167. Shemo J.D. Cost-effectiveness of providing mental health services: the offset effect//Tut.J. Psychian. Med.-1985-86.-Vol.15,N1.-P.19-30.

168. Sunshine J.H., Witkin M.J., Atay J.E., Mandersheid R.W. Expenditures and sources of funds for mental health organizations: United States and each states 1988//Ment. Health. State Note.-1991.-P.1-17.

169. Vladek D.C. Medicare hospital payment by Diagnosis-related groups//Ann. intern. Med.- 1984.- Vol.100,N4.-P.576-591.

170. Wessely S. et al. Schizophrenia and Afro-Caribbeans: a case-control study. //British journal of psychiatry. – 1991,159; - P. 795-801.

171. York D.R. The private Sector, revenue Soure of the SOS//Commun.Ment. Health J.-1985.-Vol.21,N4.-P.252-263.

172. Zuckerman A.M. The impact of DRG reimbursment on strategic planning //Hosp. Hlth Ser. Admin.-1984.-Vol.29, N4.-P.40-49.