

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Горно-Алтайский государственный университет»
(ФГБОУ ВО ГАГУ, ГАГУ, Горно-Алтайский государственный университет)

Судебная психиатрия рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **кафедра права, философии и социологии**

Учебный план 40.03.01_2020_1010.plx
40.03.01 Юриспруденция
Уголовно-правовой

Квалификация **Бакалавр**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108
в том числе:
аудиторные занятия 34
самостоятельная работа 64,5
часов на контроль 8,85

Виды контроля в семестрах:
зачеты 6

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	6 (3.2)		Итого	
	16 5/6			
Неделя				
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	10	10	10	10
Практические	24	24	24	24
Консультации (для студента)	0,5	0,5	0,5	0,5
Контроль самостоятельной работы при проведении аттестации	0,15	0,15	0,15	0,15
Итого ауд.	34	34	34	34
Контактная работа	34,65	34,65	34,65	34,65
Сам. работа	64,5	64,5	64,5	64,5
Часы на контроль	8,85	8,85	8,85	8,85
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

кандидат философских наук, доцент, Пашаев Халик Парвизович



Рабочая программа дисциплины

~~Судовая практика~~

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки ~~40.03.01 ЮРИСПРУДЕНЦИЯ (специальность Судовая практика)~~

составлена на основании учебного плана:

40.03.01 Юриспруденция

утвержденного учёным советом вуза от 30.01.2020 протокол № 1.

~~Рабочая программа утверждена на заседании кафедры~~

Протокол от 14.05.2020 протокол № 10

Зав. кафедрой Крашенинина Вера Геннадьевна



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры **кафедра права, философии и социологии**

Протокол от _____ 2020 г. № ____
Зав. кафедрой Крашенинина Вера Геннадьевна

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры **кафедра права, философии и социологии**

Протокол от _____ 2021 г. № ____
Зав. кафедрой Крашенинина Вера Геннадьевна

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры **кафедра права, философии и социологии**

Протокол от 12.05 2022 г. № 9
Зав. кафедрой Крашенинина Вера Геннадьевна *В. Краш.*

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2023-2024 учебном году на заседании кафедры **кафедра права, философии и социологии**

Протокол от _____ 2023 г. № ____
Зав. кафедрой Крашенинина Вера Геннадьевна

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	<p><i>Цели:</i> формирование у студентов представлений о науке судебной психиатрии, ее предмете, видах, основных понятиях, а также о различных явлениях психики, о предметных видах судебно-психиатрических экспертиз в уголовном и гражданском процессах. Обеспечение экспертного (судебно-психиатрического) аспекта подготовки высококвалифицированных юристов.</p> <p>В совокупности с другими дисциплинами профессионального цикла ФГОС ВО дисциплина «Судебная психиатрия» обеспечивает формирование следующих компетенций бакалавра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - способностью повышать уровень своей профессиональной компетентности (ОПК-6); - способен давать квалифицированные юридические заключения и консультации в конкретных видах юридической деятельности (ПК-16).
1.2	<p><i>Задачи:</i> формирование умения юридически правильно квалифицировать заключения судебно-психиатрической экспертизы; выбирать наиболее соответствующий случаю вид судебно-психиатрической экспертизы и составлять вопросы к экспертам. Приобретение навыков анализа и обобщения информации, подготовки материалов гражданского и уголовного дел к судебно-психиатрической экспертизе. Формирование у студентов основ профессионализма в работе, воспитание у них правовой и</p>

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.05
2.1 Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Дисциплина «Судебная психиатрия» относится к вариативной части, дисциплин и курсов по выбору студентов (Б1.В.ДВ.05).
2.1.2	Для освоения дисциплины «Судебная психиатрия» обучающиеся используют знания, умения, навыки, способы деятельности и установки, сформированные в ходе изучения предметов
2.1.3	Социально-психологический тренинг
2.1.4	Правоохранительные органы
2.1.5	Юридическая психология
2.1.6	Теория государства и права
2.1.7	Профессиональная этика
2.1.8	Безопасность жизнедеятельности
2.1.9	Философия
2.1.10	Административное право
2.1.11	Криминалистика
2.1.12	Налоговое право
2.2 Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	
2.2.2	
2.2.3	Суды присяжных заседателей
2.2.4	Судебная медицина
2.2.5	Преступления против личности
2.2.6	Преступления в сфере экономики
2.2.7	Преступления в сфере общественной безопасности
2.2.8	Прокурорский надзор
2.2.9	Повышение уровня правосознания граждан и популяризация антикоррупционных стандартов поведения
2.2.10	Международное частное право
2.2.11	Таможенное право

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-16: способностью давать квалифицированные юридические заключения и консультации в конкретных видах юридической деятельности	
Знать:	
<ul style="list-style-type: none"> - предметные виды судебно-психиатрических экспертиз в уголовном и гражданском процессах; - представление о пенитенциарной психиатрии. 	
Уметь:	
- подготавливать материалы гражданского и уголовного дел к судебно-психиатрической экспертизе, а также составить	

определение (постановление) о назначении СПЭ.
Владеть:
- основными достижениями отечественной и зарубежной науки в области судебной психиатрии; - основными положениями экспертной деятельности.
ОПК-6: способностью повышать уровень своей профессиональной компетентности
Знать:
- использование в познавательной и профессиональной деятельности базовые знания по судебной психиатрии.
Уметь:
- излагать и критически анализировать базовую информацию, полученные результаты, формировать выводы и заключения.
Владеть:
- знаниями о судебно-психиатрической экспертизе, необходимыми для успешного решения профессиональных задач.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Тема 1 Судебная психиатрия и история её развития. Виды судебно- психиатрических экспертиз						
1.1	Судебная психиатрия и история её развития. Виды судебно-психиатрических экспертиз /Лек/	6	1	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
1.2	Тема №1 Судебная психиатрия и история ее развития. Виды судебно-психиатрических экспертиз 1. История становления и развития судебной психиатрии 2. Какие виды психиатрической помощи гарантирует государство? 3. На каких принципах основывается оказание психиатрической помощи в РФ? 4. Какими правами обладают психически больные люди, и чем эти права гарантируются? 5. В каких случаях возможно не добровольное психиатрическое освидетельствование? 6. Порядок действия медицинских работников при не добровольном освидетельствовании гражданина. 6. Порядок действия медицинских работников при не добровольном помещении в психиатрический стационар. Дискуссия: Что такое невменяемость? Какие критерии ее выделяют? Что такое принудительные меры медицинского характера? /Пр/	6	2	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	

1.3	Тема № 1 Судебная психиатрия и история ее развития. Виды судебно-психиатрических экспертиз Объект, предмет и задачи. Виды судебно-психиатрических экспертиз. Работа с учебной литературой, с лекционным материалом. Подготовка к дискуссии по темам: Что такое невменяемость? Какие критерии ее выделяют? Что такое принудительные меры медицинского характера? /Ср/	6	6,4	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	Раздел 2. Тема 2 Объект и предмет судебной психиатрии, её задачи.						
2.1	Объект и предмет судебной психиатрии, её задачи. /Лек/	6	1	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
2.2	Тема №2 Производство судебной экспертизы. Организация судебно-психиатрической экспертизы, порядок её проведения. 1. Знакомство с главами УПК РФ, ГПК РФ, Федеральным законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», регламентирующими проведение СПЭ. 2. Какие ПММХ предусматривает законодатель в ст.99 УК РФ? 3. Кто имеет право назначить судебно-психиатрическую экспертизу? 4. Кто и в каких учреждениях проводит судебно-психиатрическую экспертизу? 5. Чем регламентируется проведение судебно-психиатрической экспертизы? 6. Какие документы следователь должен собрать для проведения экспертизы? Просмотр учебного фильма /Пр/	6	2	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
2.3	Тема № 2 Правовые основания назначения и проведения судебно-психиатрических экспертиз. Производство судебной экспертизы. Организация судебно-психиатрической экспертизы, порядок её проведения. Изучить особенности производства СПЭ на судебном заседании и в кабинете следователя. Какие виды психиатрической помощи гарантирует государство? На каких принципах основывается оказание психиатрической помощи в РФ? Какими правами обладают психически больные люди, и чем эти права гарантируются? В каких случаях возможно не добровольное психиатрическое освидетельствование? Порядок действия медицинских работников при не добровольном освидетельствовании гражданина. Просмотр учебного фильма /Ср/	6	6,4	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	

	Раздел 3. Тема 3 Правовые основания назначения и проведения судебно-психиатрических экспертиз.						
3.1	Правовые основания назначения и проведения судебно-психиатрических экспертиз. /Лек/	6	1	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
3.2	Тема №3 Подготовка материалов дел к проведению судебно-психиатрической экспертизы 1.Оформление постановлений (определений) к назначению СПЭ 2.Какие виды судебно-психиатрических экспертиз выделяют? 3.В чем преимущества амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы? 4.Какие основания должны присутствовать для назначения стационарной судебно-психиатрической экспертизы? 5.Как долго может длиться стационарная судебно-психиатрическая экспертиза? 6.С какой целью экспертов могут вызвать в судебное заседание? Дискуссия: Проблемы и типичные ошибки в материалах предшествующих экспертизе /Пр/	6	2	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
3.3	Тема №3 Подготовка материалов дел к проведению судебно-психиатрической экспертизы 1.Оформление постановлений (определений) к назначению СПЭ 2.Какие виды судебно-психиатрических экспертиз выделяют? 3.В чем преимущества амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы? 4.Какие основания должны присутствовать для назначения стационарной судебно-психиатрической экспертизы? 5.Как долго может длиться стационарная судебно-психиатрическая экспертиза? 6.С какой целью экспертов могут вызвать в судебное заседание? Дискуссия: Проблемы и типичные ошибки в материалах предшествующих экспертизе /Ср/	6	6,4	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	Раздел 4. Тема 4 Юридический и медицинский критерии оценки психического расстройства лица во время совершения им уголовно наказуемого деяния. Временные психические расстройства						
4.1	Юридический и медицинский критерии оценки психического расстройства лица во время совершения им уголовно наказуемого деяния. Временные психические расстройства /Лек/	6	1	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	

4.2	<p>Тема № 4 Юридический и медицинский критерии оценки психического расстройства лица во время совершения им уголовно наказуемого деяния. Временные психические расстройства</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Патологическое опьянение. 2. Патологический аффект. 3. Патологическое просоночное состояние. Обострение хронических психических заболеваний с клиникой психотических состояний. 4. Анализ показаний свидетелей в уголовном деле, осмотра места происшествия для выяснения деталей, косвенно характеризующих состояние испытуемых на момент ООД. 5. Что такое пограничные психические расстройства? 6. Что такое неврозы, их основные признаки, судебно-психиатрическое значение? 7. Как проявляется неврастения? 8. Какие клинические проявления могут быть при неврозе навязчивых состояний? 9. Какие виды психических нарушений наблюдаются при истерическом неврозе? 10. Что такое расстройство зрелой личности? <p>Тестирование</p> <p>/Пр/</p>	6	2	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
4.3	<p>Тема №4 Юридический и медицинский критерии оценки психического расстройства лица во время совершения им уголовно наказуемого деяния. Временные психические расстройства</p> <p>Изучение учебного материала, трудов российских и зарубежных ученых об особенностях психического расстройства лица во время совершения им уголовно наказуемого деяния. Дать правовую оценку временному психическому расстройству.</p> <p>В чем преимущества амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы?</p> <p>Какие основания должны присутствовать для назначения стационарной судебно-психиатрической экспертизы?</p> <p>Как долго может длиться стационарная судебно-психиатрическая экспертиза?</p> <p>С какой целью экспертов могут вызвать в судебное заседание?</p> <p>Подготовка к тестированию</p> <p>/Ср/</p>	6	6,4	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	Раздел 5. Тема № 5 Формы психических заболеваний и их судебно-психиатрическая оценка						
5.1	<p>Формы психических заболеваний и их судебно-психиатрическая оценка</p> <p>/Лек/</p>	6	1	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	

5.2	Тема № 5 Формы психических заболеваний и их судебно-психиатрическая оценка Разобраться в формах психических заболеваний и их судебно-психиатрической оценкой Что такое симптом и что такое синдром? Какое значение они имеют для клинической картины болезни? Какие симптомы нарушения восприятия вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение? Как может нарушаться память? Какие расстройства мышления вам известны? Чем отличается бред от навязчивой идеи? Какие виды бреда вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение? Какие нарушения эмоций вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение? Подготовка к тестированию /Пр/	6	2	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
5.3	Тема № 5 Формы психических заболеваний и их судебно-психиатрическая оценка Разобраться в формах психических заболеваний и их судебно-психиатрической оценкой Что такое симптом и что такое синдром? Какое значение они имеют для клинической картины болезни? Какие симптомы нарушения восприятия вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение? Как может нарушаться память? Какие расстройства мышления вам известны? Чем отличается бред от навязчивой идеи? Какие виды бреда вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение? Какие нарушения эмоций вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение? Подготовка к тестированию /Ср/	6	6,4	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	Раздел 6. Тема № 6 Судебно – психиатрическая экспертиза несовершеннолетних						
6.1	Судебно – психиатрическая экспертиза несовершеннолетних /Лек/	6	1	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	

6.2	<p>Тема № 6 Судебно – психиатрическая экспертиза несовершеннолетних Особенности судебно – психиатрической экспертизы несовершеннолетних. Проявления депрессивного синдрома Маниакальный синдром Патология воли и ее судебно-психиатрическое значение Судебно-психиатрическое значение импульсивных влечений Судебно-психиатрическое значение сексуальных девиаций? Критерии помраченного сознания Виды нарушенного сознания, их судебно-психиатрическое значение у несовершеннолетних. Причины умственной отсталости ребенка Клинические проявления идиотии Клинические причины имбецильности Психостатус больных с легкой степенью умственной отсталости Судебно-психиатрическая оценка больных с умственной отсталостью. Комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы несовершеннолетних. Применение ст. 20 ч.3 УК РФ, ст. 22 УК РФ в отношении несовершеннолетних. Тестирование Решение ситуационных задач /Пр/</p>	6	2	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
6.3	<p>Тема № 6 Судебно – психиатрическая экспертиза несовершеннолетних Изучить особенности судебно – психиатрической экспертизы несовершеннолетних. Как проявляется депрессивный синдром? Как проявляется маниакальный синдром? Патология воли и ее судебно-психиатрическое значение Каково судебно-психиатрическое значение импульсивных влечений? Каково судебно-психиатрическое значение сексуальных девиаций? Критерии помраченного сознания Виды нарушенного сознания, их судебно-психиатрическое значение у несовершеннолетних. Какие причины могут приводить к умственной отсталости ребенка? Каковы клинические проявления идиотии? Каковы клинические причины имбецильности? Психостатус больных с легкой степенью умственной отсталости Судебно-психиатрическая оценка больных с умственной отсталостью. Решение ситуационных задач /Ср/</p>	6	6,4	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	Раздел 7. Тема № 7 Судебно – психиатрическая экспертиза свидетелей, потерпевших.						

7.1	Судебно – психиатрическая экспертиза свидетелей, потерпевших. /Лек/	6	2	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
7.2	Тема № 7 Судебно – психиатрическая экспертиза свидетелей, потерпевших. Особенности производства судебно – психиатрической экспертизы свидетелей, потерпевших. Психические заболевания относящиеся к категории к эндогенным Маниакально-депрессивный психоз Маниакальная фаза и ее судебно-психиатрическое значение Депрессивная фаза, ее судебно-психиатрическое значение Основные проявления эпилепсии. Судебно-психиатрическая оценка пароксизмальных расстройств при эпилепсии. Эквиваленты судорожных припадков, их судебно-психиатрическая оценка. Тестирование /Пр/	6	2	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
7.3	Тема № 7 Судебно – психиатрическая экспертиза свидетелей, потерпевших. Изучить особенности производства судебно – психиатрической экспертизы свидетелей, потерпевших. Какие психические заболевания относятся к эндогенным? Что такое маниакально-депрессивный психоз? Как проявляется маниакальная фаза? Ее судебно-психиатрическое значение? Как проявляется депрессивная фаза? Ее судебно-психиатрическое значение? Основные проявления эпилепсии. Судебно-психиатрическая оценка пароксизмальных расстройств при эпилепсии. Эквиваленты судорожных припадков, их судебно-психиатрическая оценка. Подготовка к тестированию /Ср/	6	6,4	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	Раздел 8. Тема № 8 Симуляция психических расстройств						
8.1	Симуляция психических расстройств /Лек/	6	2	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	

8.2	<p>Тема № 8 Симуляция психических расстройств</p> <p>Симуляция психических расстройств отдельных категорий лиц</p> <p>Изменения личности при эпилепсии, судебно-психиатрическое значение.</p> <p>Ядерная симптоматика шизофрении.</p> <p>Типы течения шизофрении</p> <p>Шизофрения.</p> <p>Основные проявления гебефренической формы шизофрении.</p> <p>Основные проявления параноидной формы шизофрении.</p> <p>Синдром Кандинского-Клерамбо?</p> <p>Судебно-психиатрическая оценка больных шизофренией.</p> <p>Деловая игра по теме: О признаках симуляция психических расстройств об умышленных преступлениях</p> <p>/Пр/</p>	6	2	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
8.3	<p>Тема № 8 Симуляция психических расстройств</p> <p>Разобраться с применением рекомендуемой литературы симуляцией психических расстройств отдельных категорий лиц</p> <p>Изменения личности при эпилепсии, судебно-психиатрическое значение.</p> <p>Ядерная симптоматика шизофрении.</p> <p>Типы течения шизофрении</p> <p>Как проявляется простая форма шизофрении? Ее судебно-психиатрическое значение?</p> <p>Основные проявления гебефренической формы шизофрении.</p> <p>Основные проявления параноидной формы шизофрении. Каково ее судебно-психиатрическое значение?</p> <p>Из каких компонентов складывается синдром Кандинского-Клерамбо?</p> <p>Как проявляется кататоническая форма шизофрении?</p> <p>Судебно-психиатрическая оценка больных шизофренией.</p> <p>Подготовка к деловой игре по теме: О признаках симуляция психических расстройств об умышленных преступлениях</p> <p>/Ср/</p>	6	6,4	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	<p>Раздел 9. Тема № 9 Меры медицинского характера.</p> <p>Пенитенциарная психиатрия</p>						

9.1	Тема № 9 Меры медицинского характера. Пенитенциарная психиатрия Особенности мер медицинского характера в условиях изоляции от общества. Отдаленный период черепно-мозговой травмы: психические нарушения, их судебно-психиатрическая оценка. Психоорганический синдром. Психические нарушения при энцефалитах. Психические нарушения при сифилитическом поражении мозга. Эссе по теме: Меры медицинского характера /Пр/	6	4	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
9.2	Тема № 9 Меры медицинского характера. Пенитенциарная психиатрия Изучить особенности меры медицинского характера в условиях изоляции от общества Какие периоды выделяют в течении травматической болезни? Какие психические нарушения могут наблюдаться в острый период, их судебно-психиатрическая оценка? Отдаленный период черепно-мозговой травмы: психические нарушения, их судебно-психиатрическая оценка. Психоорганический синдром. Психические нарушения при энцефалитах. Психические нарушения при сифилитическом поражении мозга. Подготовка к эссе по теме: Меры медицинского характера /Ср/	6	6,4	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	Раздел 10. Тема № 10 Предметные виды судебно психиатрических экспертиз в гражданском процессе						

10.1	<p>Тема №10 Предметные виды судебно – психиатрических экспертиз в гражданском процессе</p> <p>1.Объект и предмет экспертизы в гражданском процессе. Понятие правоспособности, дееспособности и недееспособности. СПЭ по делам о признании лица недееспособным с установлением над ним опеки. СПЭ лиц, совершивших имущественные сделки.</p> <p>2.Посмертная судебно – психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.</p> <p>3.СПЭ в соответствии с Семейным кодексом (по признанию брака недействительным, экспертизы; связанные с защитой интересов детей).</p> <p>4.Новые виды СПЭ в гражданском процессе: судебно-психиатрическая экспертиза по иску о недобровольном оказании психиатрической помощи (обжалование недобровольного психиатрического освидетельствования, недобровольной госпитализации в психиатрические стационары, недобровольной постановки на диспансерный учет у психиатра).</p> <p>5.СПЭ по определению вреда здоровью вследствие установления диагноза психического расстройства и проведенного лечения.</p> <p>Дискуссия на тему: Понятие правоспособности, дееспособности и недееспособности.</p> <p>/Пр/</p>	6	4	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
------	---	---	---	-------------	---	---	--

10.2	Тема № 10 Предметные виды судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе Изучить предметные виды судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе Что такое пограничные психические расстройства? Что такое неврозы, их основные признаки, судебно-психиатрическое значение? Как проявляется неврастения? Какие клинические проявления могут быть при неврозе навязчивых состояний? Какие виды психических нарушений наблюдаются при истерическом неврозе? Что такое расстройство зрелой личности? Критерии Ганнушкина для диагностики психопатии. Классификация расстройств зрелой личности. Судебно-психиатрическое значение параноидного расстройства личности. Судебно-психиатрическое значение истерического расстройства личности. Судебно-психиатрическое значение шизоидного расстройства личности. Судебно-психиатрическое значение тревожного расстройства личности. Нарушения волевой и двигательной сфер при психопатиях. Какие нарушения эмоциональной сферы могут быть у психопатов? Подготовка к дискуссии на тему: Понятие правоспособности, дееспособности и недееспособности. /Ср/	6	6,9	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	Раздел 11. Промежуточная аттестация (зачёт)						
11.1	Подготовка к зачёту /Зачёт/	6	8,85	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
11.2	Контактная работа /КСРАтт/	6	0,15	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	
	Раздел 12. Консультации						
12.1	Консультация по дисциплине /Конс/	6	0,5	ОПК-6 ПК-16	Л1.1 Л1.2 Л1.3Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Тема №1 Виды судебно-психиатрических экспертиз

1. Какие виды психиатрической помощи гарантирует государство?
2. На каких принципах основывается оказание психиатрической помощи в РФ?
3. Какими правами обладают психически больные люди, и чем эти права гарантируются?
4. В каких случаях возможно не добровольное психиатрическое освидетельствование?
5. Порядок действия медицинских работников при не добровольном освидетельствовании гражданина.

- 6.Порядок действия медицинских работников при не добровольном помещении в психиатрический стационар.
7. Дискуссия: Что такое невменяемость? Какие критерии ее выделяют? Что такое принудительные меры медицинского характера?

Тема №2 Производство судебной экспертизы. Организация судебно-психиатрической экспертизы, порядок её проведения.

1. Знакомство с главами УПК РФ, ГПК РФ, Федеральным законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», регламентирующими проведение СПЭ.
2. Какие ПММХ предусматривает законодатель в ст.99 УК РФ?
3. Кто имеет право назначить судебно-психиатрическую экспертизу?
4. Кто и в каких учреждениях проводит судебно-психиатрическую экспертизу?
5. Чем регламентируется проведение судебно-психиатрической экспертизы?
6. Какие документы следователь должен собрать для проведения экспертизы?

Тема №3 Подготовка материалов дел к проведению судебно-психиатрической экспертизы

1. Оформление постановлений (определений) к назначению СПЭ
2. Какие виды судебно-психиатрических экспертиз выделяют?
3. В чем преимущества амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы?
4. Какие основания должны присутствовать для назначения стационарной судебно-психиатрической экспертизы?
5. Как долго может длиться стационарная судебно-психиатрическая экспертиза?
6. С какой целью экспертов могут вызвать в судебное заседание?
7. Дискуссия: Проблемы и типичные ошибки в материалах предшествующих экспертизе

Тема №4 Юридический и медицинский критерии оценки психического расстройства лица во время совершения им уголовно наказуемого деяния. Временные психические расстройства

1. Патологическое опьянение. 2. Патологический аффект. 3. Патологическое просоночное состояние. Обострение хронических психических заболеваний с клиникой психотических состояний.
4. Анализ показаний свидетелей в уголовном деле, осмотра места происшествия для выяснения деталей, косвенно характеризующих состояние испытуемых на момент ООД.
5. Что такое пограничные психические расстройства?
6. Что такое неврозы, их основные признаки, судебно-психиатрическое значение?
7. Как проявляется невротизация?
8. Какие клинические проявления могут быть при неврозе навязчивых состояний?
9. Какие виды психических нарушений наблюдаются при истерическом неврозе?
10. Что такое расстройство зрелой личности?
11. Тестирование

Тема № 5 Формы психических заболеваний и их судебно-психиатрическая оценка

1. Разобраться в формах психических заболеваний и их судебно-психиатрической оценкой
2. Что такое симптом и что такое синдром? Какое значение они имеют для клинической картины болезни?
3. Какие симптомы нарушения восприятия вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение?
4. Как может нарушаться память?
5. Какие расстройства мышления вам известны?
6. Чем отличается бред от навязчивой идеи?
7. Какие виды бреда вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение?
8. Какие нарушения эмоций вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение?
9. Подготовка к тестированию

Тема №6 Формы психических заболеваний и их судебно-психиатрическая оценка.

1. Разбор клинических, экспертных случаев с клиникой шизофрении, эпилепсии, аффективных расстройств, органических заболеваний головного мозга, расстройств личности, состояний с слабоумием (врожденным и приобретенным) и др.
2. Критерии Ганнушкина для диагностики психопатии.
3. Классификация расстройств зрелой личности.
4. Судебно-психиатрическое значение параноидного расстройства личности.
5. Судебно-психиатрическое значение истерического расстройства личности.
6. Судебно-психиатрическое значение шизоидного расстройства личности.
7. Судебно-психиатрическое значение тревожного расстройства личности.
8. Нарушения волевой и двигательной сфер при психопатиях.
9. Какие нарушения эмоциональной сферы могут быть у психопатов?
10. Решение ситуационных задач

Тема №7 Судебно – психиатрическая экспертиза несовершеннолетних

1. Комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы несовершеннолетних.
2. Применение ст. 20 ч.3 УК РФ, ст. 22 УК РФ в отношении несовершеннолетних.
3. Тестирование

Тема № 8 Симуляция психических расстройств Симуляция психических расстройств отдельных категорий лиц

1. Изменения личности при эпилепсии, судебно-психиатрическое значение.
2. Ядерная симптоматика шизофрении.

3. Типы течения шизофрении
4. Шизофрения.
5. Основные проявления гебефренической формы шизофрении.
6. Основные проявления параноидальной формы шизофрении. Синдром Кандинского-Клерамбо?
7. Судебно-психиатрическая оценка больных шизофренией.
8. Деловая игра по теме: О признаках симуляции психических расстройств об умышленных преступлениях

Тема № 9 Меры медицинского характера. Пенитенциарная психиатрия

1. Особенности мер медицинского характера в условиях изоляции от общества
2. Отдаленный период черепно-мозговой травмы: психические нарушения, их судебно-психиатрическая оценка.
3. Психоорганический синдром. Психические нарушения при энцефалитах.
4. Психические нарушения при сифилитическом поражении мозга.
5. Эссе по теме: Меры медицинского характера

Тема №10 Предметные виды судебно – психиатрических экспертиз в гражданском процессе

1. Объект и предмет экспертизы в гражданском процессе. Понятие правоспособности, дееспособности и недееспособности. СПЭ по делам о признании лица недееспособным с установлением над ним опеки. СПЭ лиц, совершивших имущественные сделки.
2. Посмертная судебно – психиатрическая экспертиза в гражданском процессе.
3. СПЭ в соответствии с Семейным кодексом (по признанию брака недействительным, экспертизы, связанные с защитой интересов детей).
4. Новые виды СПЭ в гражданском процессе: судебно-психиатрическая экспертиза по иску о недобровольном оказании психиатрической помощи (обжалование недобровольного психиатрического освидетельствования, недобровольной госпитализации в психиатрические стационары, недобровольной постановки на диспансерный учет у психиатра).
5. СПЭ по определению вреда здоровью вследствие установления диагноза психического расстройства и проведенного лечения.
6. Дискуссия на тему: Понятие правоспособности, дееспособности и недееспособности.

Комплект разноуровневых задач/заданий

Задача 1. Подэкспертная К., 19 лет, поехала навестить своего жениха, который служил в одной из воинских частей Подмоскovie. В ожидании попутного транспорта она познакомилась с четырьмя молодыми людьми, которые вызвались подвезти ее. Под предлогом того, что необходимо немного подождать, пока один из них возьмет из гаража автомобиль, они привели ее в квартиру, где предложили выпить К. бокал шампанского. В спиртное ими было добавлено снотворное, действие которого в сочетании с алкоголем довело К. до беспомощного состояния. Затем двое из них раздели К. и совершили насильственные половые акты, в том числе и в извращенной форме. В процессе изнасилования и до посадки в попутный автотранспорт до Москвы они похитили у потерпевшей все ее деньги. Спустя месяц после возвращения в родной город К. покончила с собой. Предварительное следствие пришло к выводу о наличии причинной связи между содеянным в отношении К. и ее последующим самоубийством, обосновывая это содержанием предсмертного письма К. Судебная коллегия, приняв дело к производству и изучив его, назначила посмертную комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу.

Задача 2. Больной Н., 76 лет. Из анамнеза: наследственность не отягощена. Имеет среднее техническое образование, работал на заводе мастером. С работой справлялся, пользовался уважением сотрудников. Больной проживал один в Подмоскovie в собственном доме. Ухаживала за ним жена его племянника, проживавшая с ним по соседству. Сын со своей семьей жил на Севере и навещал отца только в отпускное время. С 65 лет Н. на пенсии. Физически всегда был крепким, болел мало. Дома был активным, занимался домашним хозяйством, самостоятельно себя обслуживал, ходил в магазины. Заболел 5 лет назад, стал раздражительным, суетливым, вмешивался во все дела, ругался с окружающими. Позже стал заявлять, что все его обкрадывают, забирают его вещи. Последнее время стал беспокойным, бестолковым, плохо соображал, перестал справляться с домашними делами, стал все забывать. Выйдя из дома, не знал, куда идти. Часто пропадал, так как, уходя из дома, блуждал, не зная, где находится дом. Возвращался домой милицией. Стал неряшливым, прожорливым. В связи с ухудшением общего состояния больного он был стационарирован в психиатрическую больницу. Об этом был поставлен в известность его сын. Прибыв в Москву, сын сообщил, что видел отца около 1,5 лет тому назад. Его психическое состояние тогда было относительно благополучным, не считая повышенной раздражительности и забывчивости. Родственники сообщали, что его состояние оставалось практически таким же. По приезде сын выяснил, что отец год назад оформил завещание на имя племянника на владение домом после его смерти. Сын больного направил заявление в суд о признании больного недееспособным, а завещания недействительным. По решению суда больной был направлен на амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу. Сложность этого случая состоит в том, что речь идет о ретроспективной оценке психического состояния в период оформления завещания. Полученные косвенные данные указывали на то, что у больного в тот период времени уже имелись выраженные психические расстройства, нестойкие идеи ущерба, явные интеллектуально-мнестические нарушения. Судебно-психиатрическая комиссия пришла к заключению, что больной страдает старческим слабоумием. В период времени, относящийся к оформлению завещания, у него отмечены клинические проявления, характерные для выраженного слабоумия, что исключало возможность больного понимать значение своих действий и руководить ими. Психический статус: больной не ориентируется в окружающей обстановке, не знает, куда и зачем пришел, не может назвать текущей даты, домашнего адреса, своего возраста. Интеллект резко снижен: плохо осмысливает задаваемые вопросы, отвечает только на самые простые вопросы, затрудняется в счете, не может объяснить смысла распространенных пословиц и поговорок, не может назвать имени сына, называет его своим братом.

Если видит кого-либо улыбающимся, тоже начинает улыбаться. Не может запомнить имени врача, через час после завтрака не может сообщить, что он ел.

Вопросы: 1. Определите сохраненные и нарушенные психические функции. 2. Выставьте предположительный диагноз.

Задача 3. Обследуемый Ш., 35 лет, разнорабочий, обвиняется в убийстве тещи и тестя и нанесении телесных повреждений жене. Из анамнеза: с 11 лет Ш. страдает большими судорожными припадками, возникающими ежемесячно, иногда по нескольку раз в день. За 4 года до совершения правонарушения Ш. помещали в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением после припадков: бесцельно бегал, пытался совершить половой акт с коровой, говорил, что пища отравлена, что правление колхоза собралось, чтобы его отравить, залезал на крышу и кричал: «Спасайте!» Указанные состояния врачи расценивали как сумеречные. Последние 2 года Ш. злоупотреблял алкоголем; стал более раздражительным, возбуждимым. В состоянии опьянения бывал особенно придиристым и назойливым, в связи с чем родственники его часто связывали. Впоследствии о своем поведении не помнил. В день правонарушения около 9 часов утра выпил 200 г вина, работал по хозяйству. В 14 часов за обедом выпил еще 100 г вина, некоторое время спокойно разговаривал, затем вдруг помрачнел, начал придирается к жене. После замечания тещи о его пьянстве бросил в нее тарелку, начал браниться, разорвал платье на жене. Родственники его связали и уложили в летней кухне. Он успокоился и уснул. Около 17 часов Ш. самостоятельно развязал опутывавшие его веревки, порезал ножом перину и подушку. Вскоре в кухню вошла жена. Неожиданно Ш. молча нанес ей два удара ножом в спину и шею и выбежал вслед за ней из кухни. На улице подбежал к теще, несколько раз ударил ее ножом, та упала. На подбежавшего к нему соседа Ш. тоже замахнулся ножом. На обращение к нему и попытку успокоить Ш. не реагировал; «вид у него был страшный». Соседу удалось отобрать у него нож. Тогда Ш. побежал домой, схватил в летней кухне другой нож и быстрыми шагами направился в соседний дом. Здесь спросил, где его жена, и опять побежал на улицу. Там подбежал к лежавшей на земле раненой теще и, несмотря на ее мольбы не убивать ее, нанес еще несколько ударов ножом. Оказавшегося рядом тестя тоже ударил несколько раз ножом в грудь и живот, а когда тот упал, перевернул его вверх лицом и перерезал ему шею. Затем, сидя верхом на трупе, продолжал наносить ему удары. Ш. едва оторвали от убитого и отобрали нож. Ш. вернулся к себе во двор, лег вниз лицом на кучу мусора и уснул. Через 50 мин после приезда участкового инспектора Ш. разбудили и назвали по имени. Он вскочил и бросился на инспектора. Взгляд у Ш. был блуждающий, его связали. По пути в отделение полиции Ш. молчал. В отделении полиции «как-то дико и удивленно смотрел», не понимал, где он находится. На расспросы отвечал: «Я ничего не знаю». О случившемся не помнил. Развитие у Ш. возбуждения через некоторое время после приема алкоголя и в связи с внешним поводом (неприятное замечание), участие психогенных факторов (направленность агрессии в основном против «обидчиков» на втором этапе возбуждения — после сна) затрудняют квалификацию его психического состояния. Однако указанные моменты не противоречат картине спровоцированного приемом алкоголя сумеречного помрачения сознания с нарушением ориентировки и осмысления обстановки, автоматизированными действиями с бессмысленно-жесточкой агрессией. Последующий глубокий сон, сменившийся оглушенностью, амнезия содеянного также подтверждают сумеречное помрачение сознания у Ш. Заключение: Ш. страдает эпилепсией. Противоправные действия были совершены в состоянии сумеречного помрачения сознания; невменяем.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 4. Обследуемый И., 30 лет, шофер такси, обвиняется в совершении наезда на двух пешеходов. Из анамнеза: за 2 года до этого во время ночного сна эпизодически начали возникать большие судорожные припадки, по поводу которых не лечился. В ночь перед правонарушением был развернутый припадок, сопровождавшийся прикусом языка. Утром И. приступил к работе. Через 15 мин после выезда на знакомую трассу в не осложненной обстановке без помех на дороге заехал на середину улицы и, следуя по осевой линии с неизменной скоростью 50—60 км/ч, не применяя торможения, сбил гражданку, которую, по показаниям свидетелей, легко можно было объехать. Проехав также по прямой еще 400 м и, продолжая движение при красном сигнале светофора, И. совершил на пешеходном переходе наезд на вторую женщину, после чего продолжал двигаться с прежней скоростью вблизи осевой линии. И. чуть не столкнулся на перекрестке с троллейбусом, водитель которого был вынужден резко затормозить. Вскоре И. остановил машину по знаку инспектора ГИБДД. Выйдя из машины, он, по показаниям свидетелей, был каким-то странным и растерянным, не мог объяснить причину повреждений на своей машине, был бледен. Спустя 2 часа при медицинском освидетельствовании у И. на языке были обнаружены следы недавнего прикуса. И. был заторможен, вял, монотонен, жаловался на головную боль, говорил тихо, замедленно, без модуляций. Проба на алкоголь отрицательная. При осмотре врачом и на последующих повторных допросах в тот же день не помнил о содеянном. При обследовании не помнил не только о совершенных наездах, но и о последующих событиях в день правонарушения: осмотре врачом, повторном допросе следователем. О состоянии измененного сознания в моменты наездов свидетельствовала и оглушенность, наблюдавшаяся в течение нескольких часов после правонарушения. Это подтверждается фрагментарностью воспоминаний о событиях, последовавших за правонарушением. Заключение: И. страдает эпилепсией, совершил противоправные действия в состоянии амбулаторного автоматизма с нарушением сознания (отсутствии реакции на дорожную обстановку) при сохранности автоматизированных действий (удерживал руль в одном положении); невменяем.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента? 2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 5. Обследуемый Б., 38 лет, обвиняется в совершении хулиганских действий. Из анамнеза: с ранних лет у Б. по нескольку раз в год наблюдались состояния измененного сознания: во время беседы иногда «начинал произносить не те слова», несколько раз оказывался в неожиданном для себя месте. Большие судорожные припадки появились в возрасте 32 лет, возникали обычно по ночам, один раз в несколько месяцев. Лечился амбулаторно противосудорожными средствами. Из-за болезни не женился, проживал вдвоем с матерью. Работал преподавателем математики в вечерней школе. За последние 6 лет сменил несколько мест работы, так как всюду замечал недружелюбное, по его мнению, отношение к себе. По показаниям свидетелей, отличался замкнутостью, редко разговаривал с сослуживцами, праздничных вечеров не посещал,

постоянно чего-то боялся. В класс Б. входил нерешительно; если получал зарплату в вечернее время, то оставлял ее у завхоза. Несколько раз на работе вел себя странно: начинал невнятно бормотать, смеялся без причины, пританцовывал, размахивал руками, взгляд был блуждающим. Последний раз подобное состояние наблюдалось за 3 дня до правонарушения. В день правонарушения после незначительного проступка ученика внезапно сильно разволновался, начал кричать, браниться, обвинять учеников и администрацию в предвзятом к себе отношении, допустил бестактные, оскорбительные высказывания, в связи с чем был привлечен к уголовной ответственности. Дома рассказал матери, что на работе против него «опять организовали козни», хотят избавиться, специально придираются, восстанавливают против него учеников. Был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу. Стационарной экспертной комиссией был признан вменяемым. При повторной экспертизе угрюм, держится в стороне от больных. Рассказал врачам, что после того, как в течение 6 лет не мог добиться желаемой работы, пришел к выводу о царящей вокруг несправедливости, писал много жалоб в различные инстанции. На последнем месте работы постоянно ожидал «каверз», избегал праздничных вечеров, «чтобы не могли обвинить в пьянстве», опасался за свою жизнь, считал, что его могут убить. Убежден, что его нарочно притесняли, умышленно создавали неблагоприятные условия для работы, чтобы он не справился со своими обязанностями и его могли бы уволить. Думает, что сослуживцы вели против него «подрывную деятельность с учениками», так как однажды ученик предложил ему решить задачу «про гвозди». Расценивает это как доказательство осведомленности учеников в том, что ему в коллективе «вставляли гвозди». Считает, что следствие ведется неправильно, свидетели на него «наговаривают», так как у директора много знакомств. Мышление обследуемого несколько обстоятельное, речь замедлена, память снижена. Интересы сосредоточены на своем здоровье и узком круге личных потребностей. Эмоционально неустойчив, раздражителен, злопамятен. О матери отзывается холодно, привязанности ни к кому не испытывает. Критические способности снижены. Диагноз: эпилепсия с редкими судорожными припадками, эпизодами нарушенного сознания и не резко выраженными изменениями личности. В данном случае переплелись трудные для разграничения эпилептические изменения личности (эгоцентризм, эмоциональная ригидность, недоверчивость, настороженность, злопамятность) с паранойяльными бредовыми идеями отношения, преследования, сутяжничества, болезненно искаженной интерпретацией реальных фактов со склонностью к генерализации. Сочетание указанных расстройств, сопровождаемых отсутствием к ним критики, несмотря на незначительность интеллектуально-мнестических нарушений, обусловило выраженные изменения психики. Заключение: Б. страдает эпилепсией с выраженными изменениями личности и паранойяльным бредом; невменяем.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 6. Обследуемый С., 29 лет, обвиняется в нанесении тяжких телесных повреждений своему отцу, от которых пострадавший скончался. Из анамнеза: С. окончил 10 классов средней школы, затем учился на курсах плановиков и одновременно работал в должности инженера-экономиста. По характеру впечатлительный, чувствительный, деликатный. Женат, отношения с женой хорошие, несмотря на сложную ситуацию в семье. Отец обследуемого злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения избивал свою жену. В последнее время С. заканчивал курсы, много работал, очень уставал из-за бессонных ночей, так как отец ежедневно приходил домой пьяный, устраивал скандалы. В день происшествия отец пришел поздно в нетрезвом состоянии, скандалил с матерью, требовал, чтобы она за что-то просила у него прощения, нецензурно бранился, всячески оскорблял мать, бил ее кулаками по голове. С., лежа за занавеской, напряженно прислушивался, а скандал все разгорался. Отец, схватив со стола сапожный молоток, стал угрожать им матери. Она громко закричала, после чего проснулся и заплакал маленький сын обследуемого. Крик сына «подействовал, как сирена», вызвал страшный гнев. Вскочив с кровати, С. бросился в комнату родителей, подбежал к отцу, который набросился на него с молотком. В глазах потемнело, видел только искаженное лицо ребенка, оно то приближалось, увеличиваясь, то куда-то проваливалось, чувствовал, как его «обволакивает туман». Что произошло в дальнейшем, не помнит. Очнулся «комнате родителей, ощущая при этом резкую слабость, разбитость, сонливость. Был потрясен, узнав от жены о случившемся. Преодолевая усталость, пытался оказать отцу помощь, но, не дождавшись врачей, уснул. Из материалов дела известно, что, когда мать обследуемого позвала на помощь и одновременно заплакал ребенок, С. вскочил с кровати и стремительно бросился к отцу, который замахнулся на него молотком. Когда жена С. выбежала из-за занавески, она увидела в руках у мужа молоток. С. стоял, наклонившись над отцом, лежавшем в луже крови на полу. Он был очень бледен, дрожал всем телом. На вопросы жены не реагировал, «глаза его были какие-то остекленевшие, остановившиеся», «он смотрел и ничего не видел», продолжая методично наносить отцу удары по голове. Когда жена вырвала молоток из рук С. и громко закричала, назвав его по имени, он как бы пришел в себя и с удивлением посмотрел на окровавленного отца. При этом был растерян, куда-то порывался идти, вдруг «замер, остановился как вкопанный». Затем подошел к отцу, нагнулся над ним, тут же как-то боком прислонился к стулу и моментально заснул. Окружающие положили его на кровать, но он не просыпался, продолжал спать и в тот момент, когда мимо него на носилках несли отца. Отец был доставлен в больницу в бессознательном состоянии с множественными переломами костей черепа и повреждением мозгового вещества. При обследовании: патологических отклонений внутренних органов нет. Отмечаются явления вегетативной дисфункции. Обследуемый в ясном сознании. Во время беседы держится просто, естественно. Подробно рассказывает об обстоятельствах, предшествовавших правонарушению. Помнит, как отец замахнулся на него молотком. Сам момент убийства вспомнить не может, даже приблизительно не смог установить, сколько времени длилось возникшее у него состояние. Угнетен случившимся, тяжело переживает смерть отца. Заключение: С. хроническим психическим заболеванием не страдает, имеются признаки вегетососудистой недостаточности. Момент правонарушения находился в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме патологического аффекта; в отношении инкриминируемого деяния невменяем. Кратковременное психотическое состояние в данном случае развилось как реакция на аффективное раздражение на фоне астении, обусловленной действием временно ослабляющих факторов (переутомление, бессонница) при постоянно свойственных С. явлениям вегетососудистой дистонии.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 7. Обследуемый П., 35 лет, обвиняется в убийстве жены. Из анамнеза: рос и развивался правильно, окончил 4 класса средней школы, работал в колхозе. Участвовал в войне в Афганистане. В возрасте 20 лет перенес контузию с кратковременной потерей сознания. Работал лесорубом. По характеру всегда был веселым, жизнерадостным и общительным. В 22 года перенес операцию по поводу язвы желудка; после операции стал раздражительным, замкнутым. Начал работать ночным сторожем в пекарне. Алкогольные напитки переносил плохо, пьянел от небольших количеств алкоголя; в состоянии опьянения быстро засыпал. Всегда спал очень крепко, испытывал повышенную потребность в сне. При недосыпании чувствовал разбитость, непреодолимую сонливость. В день правонарушения ужинал вместе с женой, выпил около 300 г водки. В тот вечер был расстроен, так как жена отказалась поехать вместе с ним к родителям. Около 22 часов ушел на ночное дежурство. Во время дежурства замерз, «продрог», несколько раз приходил домой, но согреться не мог. Чувствовал себя усталым, разбитым. Не дождавшись сменщика, раньше времени ушел домой; сразу же лег в постель и тут же уснул. Помнит, что ему приснился страшный сон. Снилось, что поломали пекарню, разбили там все окна. В проеме разбитого окна увидел фигуру в белом, которая приближалась к нему, вытянув вперед руку, слышал плач ребенка, крики о помощи. Спасаясь, пытался бежать, но этот человек все время оказывался рядом, в страхе ударил его топором. О последующих событиях ничего не помнит. Проснулся «от какого-то толчка», услышал стук в дверь, по привычке зажег свет, открыл входную дверь. Увидев людей около дома, «почувствовал что-то неладное», только после этого заметил в углу комнаты труп жены, кровь на полу, очень испугался, не мог понять, что произошло. Из материалов дела известно, что П. пришел с дежурства в 4 часа, лег спать на кровать, где спал грудной ребенок. В этой же комнате спали жена обследуемого, 5-летняя дочь и родственница. Около 6 часов П. внезапно вскочил с кровати, стал метаться по комнате, что-то бормотал. Как показывает родственница, при этом вид у него был растерянный, он был бледен, дрожал, повторял одно и то же: «Окна бьют, ломают пекарню». Родственница разбудила жену, которая тут же поднялась, а сама, схватив грудного ребенка, выбежала из дома, чтобы позвать на помощь. Свидетелем дальнейших событий является только 5-летняя дочь П., которая показала, что, когда мать подбежала к отцу, он молча схватил топор, стоявший у печки, и «стал рубить маму». Девочка звала на помощь, но рядом никого не было. Она закрыла голову подушкой и больше ничего не слышала. Пришедшие через 15 мин соседи увидели на полу труп жены П., а на ее кровати поперек на спине лицом вверх с полусогнутыми ногами лежал П. Между колен у него была зажата отрубленная рука жены. На оклики окружающих он не отзывался. Соседи вынесли девочку и закрыли дом. Свидетели, стоявшие у окна, сообщают, что через 15-20 мин сосед снова постучал в дверь. П. поднялся с кровати, зажег свет, открыл дверь; при этом он с недоумением озирался по сторонам. Увидев на полу труп жены, П. бросился к ней, плакал. При судебно-медицинском освидетельствовании трупа женщины установлено, что голова держится на узкой полоске кожи, на ней имеется глубокая рубленая рана. Позвоночник в области шеи разрублен на 3 части. Передняя поверхность грудной клетки до V ребра представляет собой одну зияющую рану, левая рука изрублена на мелкие куски, правая рука отрублена от туловища в области плечевого сустава. При обследовании испытуемого отклонений внутренних органов от нормы не установлено. По средней линии живота послеоперационный рубец. Зрачки равномерны, правильной формы, реакция на свет живая. Правая носогубная складка слегка сглажена, язык при высовывании отклоняется влево. Сухожильные рефлексы живые, равномерные. Патологических рефлексов нет. В первое время П. был тосклив, подавлен, почти не отвечал на вопросы. В дальнейшем стал доступным, подробно сообщает анамнестические сведения; прерывая свою речь слезами, рассказывает о своем сновидении. О реальных событиях, относящихся к этому периоду, не помнит, очнулся лишь тогда, когда постучали в дверь. У П. в момент совершения убийства возникло типичное патологическое просоночное состояние с болезненно искаженным восприятием окружающего после спонтанного, но неполного пробуждения от глубокого сна. Яркие устрашающие сновидения продолжались после того, как моторные функции освободились от сонного торможения. Отдельные отрывочные высказывания указывали на связь патологических переживаний со сновидениями и раскрывали их содержание. Реальные события — фигура проснувшейся жены, плач ребенка, крики о помощи — вплетались в созданную сновидением ситуацию. Продолжавшиеся сновидения сопровождалась тревогой, страхом. Действия обследуемого были связаны с патологическими переживаниями, носили характер автоматизмов с бессмысленной агрессией, о чем свидетельствует множество ударов, нанесенных в одно место. Возбуждение сменилось глубоким сном с последующей полной амнезией реальных событий при сохранности воспоминаний, касающихся сновидения. Заключение: обследуемый П. хроническим психическим заболеванием не страдает. Во время общественно опасного действия находился в состоянии временного болезненного расстройства психической деятельности в форме патологического просоночного состояния; в отношении инкриминируемого деяния невменяем.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 8. Больной А., 59 лет. Из анамнеза: наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В росте и развитии от сверстников не отставал. По характеру отличался общительностью, стремлением к лидерству, был инициативным. В школу поступил с 8 лет. Учился хорошо, отмечались способности к учебе, музыке. В 1941 году окончил 10 классов и ушел на фронт. После демобилизации в 1945 году окончил цирковое училище, затем 25 лет работал воздушным гимнастом в цирке, выезжал за рубеж. В течение 25 лет был в близких отношениях с одной женщиной, был очень привязан к ней, тяжело переживал ее смерть. Имел случайные половые связи. О времени заражения сифилисом точных сведений нет. В 52 года характер его заметно изменился. Стал холодно относиться к матери, хотя раньше был к ней очень привязан, стал эгоистичным, раздражительным, отмечал частые головные боли, повышенную утомляемость, плохо спал ночью. За год до стационарирования (58 лет) выехал в командировку, где поссорился с сослуживцами, после чего был стационарирован в больницу. Подробных сведений нет. Вернулся из командировки раньше срока. Был вялым, плаксивым, выглядел изменившимся, похудел. Речь была смазанной, временами производил впечатление пьяного человека, в дальнейшем речевые расстройства усилились. Не мог читать. Стал жаловаться на постоянные головные боли, сильную потливость. С трудом вспоминал события текущего дня при относительной сохранности памяти на события, имевшие место в прошлом. Заболевание прогрессировало. Стал очень благодушным и плаксивым. Задавал нелепые вопросы, не всегда понимал смысл задаваемых вопросов. Отвечал не по существу. На улице его принимали за пьяного. Брал чужие вещи, которым не находил применения. Не узнавал близких, стал неряшливым. Непосредственно перед стационарированием

ушел из квартиры. После драки на улице был доставлен в милицию, при задержании оказывал сопротивление милиции, производил впечатление пьяного. Не узнавал сестру, не понимал, где находится. Утверждал, что он выдающийся полководец. В таком состоянии был госпитализирован в психиатрическую больницу. Психическое состояние: больной неряшлив, походка неуверенная, пошатывается, суетлив, что-то постоянно шепчет. Понимает, что находится в больнице. Правильно называет год, но не может назвать месяца и числа. Речь громкая, дизартричная. Не дожидаясь обращения к нему, говорит спонтанно, многословен и многоречив. Словарный запас несколько ограничен. Речь аграмматична. На вопросы отвечает в целом правильно, но не сразу и только если удастся привлечь его внимание. Не может прочитать предложенный ему текст. Свою фамилию пишет с большим трудом и с ошибками. Говорит, что он выдающийся полководец. Рассказывает, что воевал в Китае, Америке и Японии. Просит врача принести его документы. Отвлекаем. Хорошо вспоминает события, имевшие место в про, шлом. Недавние события помнит плохо. Отмечается неустойчивость аффекта, который изменяется в зависимости от содержания высказываемого. То благодушно эйфоричен, то тосклив и слезлив. За время пребывания в клинике отмечались состояния двигательного возбуждения: был суетливым, кого-то искал. Во время этих эпизодов отмечалась дезориентировка в месте и времени. Критическое отношение к своему состоянию отсутствует. К судьбе своей безразличен. Неврологическое состояние: зрачки неравномерные, реакция на свет вялая. Отмечается ослабление конвергенции, сглаженность правой носогубной складки. При закрытых глазах отмечается дрожание век. Коленные рефлексы повышены. Пошатывается в позе Ромберга. Лабораторные данные: реакция Вассермана в крови положительная (4+). Спинальная жидкость: реакции Нонне-Аппельда, Панди, Вейхброта положительные, Вассермана — 4+. Ци-тоз 35/3. Белок 9,9 г/л. Реакция Ланге — 777766432211. Диагноз: прогрессивный паралич, экспансивная форма. Заключением судебно-психиатрической экспертной комиссии признан невменяемым. Доказательством сифилитической этиологии прогрессивного паралича являются как клинические, так и лабораторные данные. Впервые бледные спирохеты обнаружены в мозге больных прогрессивным параличом Х. Ногучи в 1913г. Однако, как уже указывалось, заболеть этой болезнью только 1—1,5% из заболевших сифилисом. Для возникновения прогрессивного паралича, помимо наличия бледных спирохет в организме, необходим ряд дополнительных патогенных факторов, значение которых до сих пор неясно. Принято считать, что среди внешних неблагоприятных факторов большая роль принадлежит алкоголю, черепно-мозговым травмам и другим факторам, ослабляющим устойчивость организма к инфекциям. Однако все эти доводы не подтверждены.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 9. Больной Б., учащийся ОПТУ, 15 лет. Из анамнеза: отец злоупотребляет алкоголем. Раннее развитие без особенностей. Вырос в многодетной семье, два старших брата находились в местах лишения свободы. Дома часто бывали скандалы на почве пьянства отца. В школу пошел своевременно, учился слабо, по характеру отличался обидчивостью, часто дрался по пустякам. С 4-го класса состоит на учете в милиции, так как был задержан с самопалом, из которого произвел несколько выстрелов. Иноча уходил из дома, ночевал у друзей. В школе конфликтовал с учителями, был замечен в употреблении алкоголя, курил. Поступил в СПТУ, решив, что школа — «не для него». Там познакомился с группой ребят, которые рассказали ему об эффекте, достигаемом ингаляцией паров растворителя «646». По примеру «опытных» товарищей намочил ватку растворителем, положил в пакет и произвел несколько глубоких вдохов. Спустя короткое время почувствовал головокружение, слабость, которые длились около 30 мин. В дальнейшем, на протяжении 2 месяцев, имели место единичные наркотизации. На 4-5-й ингаляции опьянение сопровождалось эйфорией, усилением яркости красок окружающих предметов, шумом в ушах, головокружением. «Было легко и приятно». После того как в СПТУ он был обнаружен в состоянии опьянения после ингаляции растворителем и был направлен на лечение в наркологический диспансер, решил прекратить употребление паров растворителя. Но спустя месяц, после конфликта с учителем решил «назло им всем надыхаться». Очень быстро перешел на одиночное употребление ингалянта — «посторонние мешают». Частота ингаляций в течение 3 месяцев увеличилась с 2-3 раз в неделю до ежедневного приема ингалянта. За этот же срок толерантность увеличилась вдвое. На день с трудом хватало одной бутылки растворителя. С нетерпением ждал наступления эйфории. «Так приятно было расслабиться, все казалось легким, веселым». Многократно испытывал зрительные галлюцинации в виде ярких цветов на стене, слышал звон колокольчиков. В дальнейшем дважды воздерживался от приема ингалянта. Первый раз — дома летом около 20 дней, но «очень тянуло». Пробовал дышать бензином, но «не понравилось». Второй раз — после лекции врача-нарколога. «Тогда испугался, что стану неполноценным». Воздерживался около двух недель, затем вновь продолжил ингаляции. В ноябре влечение к растворителю «646» приобрело неодолимый характер, пытался бросить, но не мог. Практически полностью забросил учебу, пропал на несколько дней. Был обнаружен работниками милиции в подвале заброшенного дома в состоянии опьянения, рядом находилась бутылка из-под растворителя «646» и пакет. Соматическое состояние: в стационар поступил на вторые сутки после того, как был задержан работниками милиции. Было отмечено: выраженная тахикардия, кожа бледная, тургор снижен, в окружности рта следы шелушения. Питание понижено, физическое развитие соответствует возрасту. Пульс 102 удара в минуту, гипотония А/Д 90/60 мм ртутного столба. Жаловался на головную боль, слабость. Первые 2-3 дня ел плохо, ссылаясь на отсутствие аппетита. На 4-й день аппетит нормализовался. Спустя неделю соматические жалобы исчезли, лишь изредка жаловался на головную боль. Динамика пульса и артериального давления: 1-3 суток спустя — 102-96 удара в минуту; А/Д-90/60-100/65 мм ртутного столба; на 4-6-е сутки — 90-70 ударов в минуту; 100/60-110/70 мм ртутного столба. Нервная система: при поступлении отмечается спонтанный нистагм, пошатывание в позе Ромберга; легкий мышечный тремор, повышение сухожильных рефлексов. Координаторные пробы выполняет не всегда точно. Имеет место красный стойкий дермографизм, гипергидроз кистей и стоп. Данные симптомы при повторных обследованиях в период курации: к концу третьих суток интенсивность проявлений неврологической симптоматики значительно ослабла. Сохранились жалобы на головную боль, головокружение, повышенную потливость, отмечается красный дермографизм, снижение брюшных рефлексов. К концу первой недели продолжают сохраняться гипергидроз дистальных отделов конечностей, нистагм. По истечении трех недель данные симптомы не исчезли. Жаловался на плохую переносимость бани — кружилась голова, подташнивало. Психическое состояние: при поступлении: несколько суетлив, неусидчив. Отвечает по существу задаваемых вопросов, но не всегда точно, не мог назвать текущей даты. Расстройств восприятия не выявлено. В стационаре первые два

дня ничем не выделялся среди других больных, много спал. По вечерам жаловался на головные боли, просил у медицинского персонала лекарства. На 3-й день обратился с просьбой о выписке, мотивируя тем, что у него дома «много дел». Стал раздражительным, на замечания персонала реагировал грубыми выпадами. На исходе первой недели его застали в бытовой комнате, когда нюхал мастику для паркета. На замечание последовала бурная реакция с требованиями отправить его домой. После беседы с врачом несколько успокоился, рассказал, что испытывает влечение к наркотическим ингалянтам. К концу второй недели поведение стало упорядоченным. Много рассказал о себе. Говорил, что тяга к наркотизации почти исчезла, но как только вспомнит или услышит от кого-то об ингалянтах, то вновь возникает желание «надышаться». Школьные знания, запас общеобразовательных сведений весьма скудный. Из увлечений отмечал, что ранее занимался боксом, но затем бросил. Расстройство мышления не выявлено. На протяжении всего срока нахождения в отделении отмечались эмоциональная лабильность, расстройство внимания, повышенная Утомляемость, колебания настроения. Периодически жаловался на головные боли, беспокойный сон. Как видно из приведенной истории болезни, неблагоприятный микросоциум (алкоголизация отца, скандалы в семье, криминальный опыт старших братьев) наряду с преморбидными особенностями личности явились условиями, способствующими началу ингаляций растворителем. Особенностью данного наблюдения является, с одной стороны, быстрое формирование токсикомании, с другой — резкое заострение преморбидных особенностей характера. В течение 1,5-2 месяцев развивается психическая зависимость. Физическая зависимость в основном представлена компульсивным влечением. Как таковой абстинентный синдром больше напоминает фазу остаточных нарушений острой интоксикации растворителем «646» или последствия хронического отравления данным ингалянтом. Соматический компонент представлен слабостью, головокружением, головной болью, колебанием пульса, А/Д. Неврологический компонент — легким тремором пальцев рук, гипергидрозом дистальных отделов конечностей. Со стороны психической сферы ведущим является формирующийся психоорганический синдром, складывающийся из астенических проявлений (слабость, эмоциональная лабильность, психическая истощаемость). Таким образом, диагностика ингаляционной токсикомании II стадии складывается из комплекса следующих синдромов и признаков: — синдром измененной реактивности, при котором исчезают защитные симптомы начальной фазы интоксикации, изменяется форма употребления (более частая, систематическая, в одиночку), форма опьянения (укорачивается эйфорическая фаза интоксикации), происходит дальнейшее увеличение толерантности; — синдром психической зависимости (стремление повторения состояния психического комфорта); — синдром физической зависимости, при котором выражено компульсивное влечение, абстинентные проявления на фоне выражены; — нарастающая социальная дезадаптация в результате изменения личности подростка.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 10. Больной Н., 34 года, администратор торгового ТОО. Диагноз: острый интоксикационный психоз: делириозный синдром. Полинаркомания, осложненная бензодиазепиновой токсикоманией. Хронический алкоголизм 2-й стадии. Из анамнеза: родился в 1962 году. Раннее развитие без особенностей. Воспитывался матерью и бабушкой. Отец злоупотреблял алкоголем. По характеру больной замкнут, малообщителен, не имеет стойких интересов и увлечений. Воспитан в духе гиперпротекции. В школе учился посредственно. Друзей имел мало. По настоянию матери окончил торговый техникум. Отслужил в армии. После армии начал злоупотреблять алкоголем. Сменил много рабочих мест (повар, торговый работник и т. п.); увольняли в связи с пьянством и прогулами. Вновь устраивался на работу по протекции матери (директор магазина). Привлекался к уголовной ответственности за хулиганство. В 1990 году впервые попал в психиатрическую больницу № 1 им. Алексеева с диагнозом «белая горячка». Потом неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу для прерывания запоев. Пройти полный курс лечения от алкоголизма отказывался. Кроме алкоголя стал употреблять различные психоактивные вещества: наркотики, снотворные препараты, транквилизаторы. Реланиум, радедорм употреблял в дневное время до 20 таблеток за прием для возникновения эйфории. Последняя госпитализация в психиатрическую больницу № 1 им. Алексеева — июль август 1995 года. Три месяца назад лечился частным образом от алкоголизма. С тех пор не пьет. Но полностью переключился на наркотики. Ежедневно курит анашу, иногда 2-3 раза в день: принимает первитин и опиий сырец внутрь (одновременно и поочередно). Испытывает интенсивное влечение к этим веществам, но предпочтение отдает анаше. За 10 дней до поступления в клинику полностью потерял количественный контроль, значительно увеличил дозы наркотиков. Возникла бессонница. За 5 дней до госпитализации вечером на фоне комбинированной наркотической интоксикации (первитин, опиум, анаша) появились тревога, страх, возбуждение, женские голоса внутри головы. Повод к приему большой дозы наркотиков — ссора с сожительницей по пустяковому поводу. Сожительница тоже злоупотребляет наркотиками. Вышеперечисленные психические расстройства продолжались и в последующие сутки. По настоянию родственников и знакомых согласился на госпитализацию в клинику психиатрии им. Корсакова. В соматоневрологическом статусе обращают на себя внимание бледность и повышенная потливость кожных покровов, тахикардия, увеличение печени (+3,0 см), тремор пальцев рук. Психический статус: сидит в напряженной позе. На лице выражение тревоги и растерянности. Внимание легко отвлекаемо. Иногда прислушивается к чему-то. На вопросы отвечает по существу, хотя и односложно. Жалуется на тревогу, бессонницу. Слышит внутри головы женский голос, отвечает мысленно. Говорит, что ощущает, как сходит с ума. В рисунке линолеума, в неровностях и трещинах стен видит фантастические изображения: короны, горы, животных, лица людей. Считает, что его околдовала сожительница: «Она ведьма». Дезориентирован в месте и времени. Ориентировка в собственной личности не нарушена. К своему состоянию совершенно не критичен. Лечение: дезинтоксикация, витаминотерапия, нейролептики, анальгетики не-наркотические. Психоз купирован через неделю: нормализовался сон, больной стал спокойнее, исчезли «голоса». Но осталось влечение к наркотикам и транквилизаторам, жаловался на боли в мышцах и плечевых суставах. В процессе дальнейшего лечения явления абстиненции и влечения к наркотикам прошли. Выписан домой под наблюдение нарколога по месту жительства. Даны рекомендации.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 11. Испытуемый Х., 43 года, обвиняемый в убийстве гражданина Т. Из анамнеза: мать страдала каким-то душевным

заболеванием. В детстве развивался нормально, ничем не болел. Рано лишился родителей, воспитывался родственниками. По характеру всегда был замкнутым, молчаливым, одиноким, друзей не имел. В армии не служил, говорит, что освобожден по болезни, но по какой не знает. До последнего времени в качестве ремесла делал детские кроватки. Женится в 25 лет, имеет 7 детей, взаимоотношения с женой всегда были хорошими. Когда больному было 41 год, семья переселилась в новый дом. Вскоре испытуемый стал замечать, что одна из соседок о чем-то подолгу шепчется с женой у забора и никогда не заходит к ним в дом, что показалось ему подозрительным. Через некоторое время он почувствовал половую слабость и пожаловался об этом маме, а жене сказал, что «тело стало чужим, ноги синеют и сохнут», «белье чем-то пахнет». В это же время появились бессонница, головные боли, перестал работать в мастерской, был тревожен, подавлен, говорил, что «пришел конец», подолгу сидел взявшись руками за голову, тяжело вздыхая, иногда плакал. Решил, что все это происходит в результате колдовства со стороны жены и соседки. Как-то заявил, что жена ему изменяет и последний сын не от него. Иногда уходил из дому и подолгу где-то пропадал. Возвращаясь домой, перепрыгивал через забор, так как калитку считал заколдованной. Родственники отвели Х. к цыганке, которая «лечила» его тем, что давала пить кислое молоко, а затем вызывала рвоту. Испытуемый решил, что цыганка тоже его «околдовывает». Состояние оставалось прежним, и он обратился в психоневрологический диспансер. С диагнозом «параноидальный синдром» был направлен на стационарное лечение, но в больницу его не приняли якобы из-за высокой температуры. Дома был замкнутым, печальным, молчаливым, тревожным, подозрительным, высказывал мысли о «колдовстве». Идти к врачу второй раз отказался. Каких-либо проявлений соматического заболевания в этот период никто из родственников и сам больной не отмечают. Однажды он незаметно ушел из дома, перелез через забор, явился к соседке и, обвиняя ее в колдовстве, стал наносить удары ножом, отчего та вскоре скончалась. Домой он не вернулся, а пошел к родственникам, где сказал, что убил «плохого человека». Был привлечен к уголовной ответственности и проходил амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу. Там он жаловался на головную боль, бессонницу, о случившемся не сожалел, был совершенно безразличен и безучастен к своему будущему, высказывал бред отравления, настроение было подавленное, тоскливое, ни с кем не общался. Говорил, что жена и соседка подсыпают ему в пищу какой-то порошок, в результате чего у него появилась половая слабость. Был признан невменяемым и направлен на принудительное лечение, где находился 334 дня. В истории болезни отмечено, что испытуемый был замкнут, неопрятен, целыми днями сидел в одной позе на кровати, ничем не интересовался, что-то про себя шептал, отказывался ходить на работу. Настроение было тревожное, пониженное, высказывал бред отравления, слышал голоса цыган. Иногда он видел цыган по ночам, они к нему приходили и приказывали: «Убей», о чем сообщал крайне неохотно. Все время оставался подавленным, угнетенным, мрачным, иногда плакал. К своему состоянию и правонарушению был не критичен. В процессе лечения состояние больного постепенно улучшилось, исчезли бредовые идеи и галлюцинации, он стал посещать трудовые мастерские, следил за своей внешностью, начал общаться с больными, активно интересовался своей дальнейшей судьбой. Впоследствии у больного появилась критика к отдельным болезненным переживаниям. После выписки дома чувствовал себя удовлетворительно, продолжал изготовление детских кроваток и никто из родных странностей за ним в этот период не замечал. Так прошло около года. В возрасте 43 лет он поссорился с дядей, переживал это. Стал плохо спать, ухудшилось настроение, сделался тревожным, подозрительным, бил себя по голове, искал нож, чтобы зарезаться. По словам испытуемого, его беспокоила мысль о том, что родственники отравили его куриным супом, который он ел у них незадолго до этого. Выйдя однажды из дома, он встретил соседа, которого почти не знал, и внезапно ударом ножа убил его. Со слов очевидцев, у испытуемого в то время был «страшный вид». Домой он не вернулся, а ушел в пригород к родственникам. Был растерян, о себе ничего не рассказывал. Во время пребывания на амбулаторной экспертизе был замкнут, необщителен, безынициативен, «чего-то не договаривал», был подавлен, временами что-то про себя шептал. Рассказал, что его заставляет говорить «голос из живота», что к нему приходит человек в узбекском халате и заставляет его говорить, а если испытуемый отказывается, то у него «сжимается сердце». В этот период был депрессивным, тревожным, высказывал опасения в отношении семьи, считал, что ее хотят отравить. Пришедшему на свидание сыну сказал, чтобы дома ничего не брали от дяди, так как последний «дает отравленную пищу». При стационарной судебно-психиатрической экспертизе со стороны соматического и неврологического статусов патологических изменений выявлено не было. Психическое состояние: испытуемый малодоступен, на вопросы отвечает крайне неохотно, односложно, уклончиво, часто не по существу или переходя с одной темы на другую. О первом правонарушении рассказывает, что его тогда заколдовала соседка, подсыпала какой-то порошок в пищу. О наличии у него в то время заболевания говорит предположительно, крайне неуверенно, в основном исходя из того, что его признали больным и лечили. О пребывании в больнице говорит также неохотно, сообщает, что тогда слышал голос, приказывавший ему кого-то убить. При этом волнуется, дрожит, на глазах появляются слезы, говорит о том, что у него 7 детей, которые остались одни, просит помочь ему, говорит, что ни в чем не виноват. Заявляет, что его отравили брат с женой, угостив его заколдованным супом, что после этого он почувствовал себя плохо: сильно потел, мысли путались, не находил себе места, все перемешалось, ничего не мог сообразить. Говорит, что ему жаль убитого, называет его «хорошим человеком», который никогда не делал ему зла. В отделении испытуемый замкнут, молчалив, заметно подавлен, ни с кем не общается, совершенно безынициативен, не проявляет никакого интереса к окружающему. Выражение лица скорбное. Часто тяжело вздыхает, легко без видимого повода начинает плакать, при этом громко причитает, ударяет себя кулаками в грудь и по голове. Целыми днями сидит или лежит в постели, укрывшись халатом с головой. Жалуется на головную боль, плохой сон. Дважды рассказывал врачу о том, что ночью к нему приходил старик в узбекском халате и говорил что-то неприятное. Сообщает, что и сейчас чувствует колдовство в своем теле. По-своему истолковывает введение лекарства, считая, что врачи хотят сделать ему «смертельный укол». Стал плакать, просил не убивать его. На амиталкофеиновом растормаживании был тревожен, напряжен, плакал, высказывал опасения за свою жизнь. На вопросы отвечал не по существу. В последующие два дня оставался тревожным, говорил, что его отравили, что мать тоже умерла, отказывался от еды, плохо спал, что-то шептал про себя, сидя на койке; на вопросы не отвечал. Затем его состояние стало прежним. На протяжении всего периода пребывания в институте был заторможенным, подавленным, временами тоскливым, тревожным. Суждения испытуемого конкретны, не всегда логичны и понятны, непоследовательны. Критическая оценка своего состояния и правонарушения отсутствует. Диагноз: параноидальная шизофрения. Больной признан невменяемым; учитывая тяжесть психических расстройств и тенденцию к повторности общественно опасных действий, он направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу специального типа.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 12. Больная В., 60 лет. Из анамнеза: мать страдала психическим заболеванием, неоднократно обращалась в психиатрическую больницу. Больная росла и развивалась правильно. Окончила 8 классов. Большую часть трудовой жизни проработала на заводе рабочей, контролером ОТК. По характеру была доброй, общительной, имела много подруг. Замужем, имеет двух взрослых детей. В возрасте 48 лет стала жаловаться мужу, что соседи по квартире к ней плохо относятся. Хотят ее выжить, чтобы занять квартиру, приводила факты преследования. В последнее время стала замечать, что в ее отсутствие кто-то проникает в квартиру, переставляет мебель, портит вещи. Обнаружила не принадлежащий ей отрез материи, который якобы подложили ей с целью обвинить больную в воровстве. По этому поводу обратилась в милицию, где потребовала «призвать к порядку преследователей». В дальнейшем неоднократно меняла замки во входной двери, посыпала пол пылью, чтобы «кисловить преступников». Психическое состояние: при беседе с врачом в первое время держалась несколько настороженно. При настойчивом расспросе удалось выяснить, что больную «травят» и «преследуют» соседи. Уже более года, по словам больной, соседи постоянно порочат и клеветают на нее с целью добиться выселения. Нападают на нее на скорое выселение «подмигиванием и переглядыванием». Организатором такого преследования считала соседку, проживающую в смежной квартире. С тем чтобы прекратить это преследование, решила «припугнуть» эту соседку. Встретив ее на лестничной площадке, пригрозила ножом расправиться с ней. В завязавшейся борьбе поранила соседку. Была привлечена уголовной ответственности. Диагноз: у больной имеется хронический, систематизированный параноид. По содержанию он связан с бытовой тематикой, обиденными отношениями. Здесь нет изменений личности по шизоорганическому типу, отсутствуют также признаки органического поражения головного мозга. Эта форма бреда рассматривается также как инволюционный параноид. Принимая во внимание наличие у больной выраженных психических расстройств, в силу чего она не могла осознавать своих действий и руководить ими, была признана судебно-психиатрической комиссией невменяемой.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 13. Больной К., 44 года, по профессии водитель. Наследственность: отец склонен к колебаниям настроения, страдает алкоголизмом, мать — спокойная, рассудительная. Старший брат — деятельный, волевой, открытый для общения. Родился в срок. Рос и развивался в соответствии с возрастом, болел редко. Был подвижным, шумным ребенком, хорошо адаптировался в среде сверстников. В школе учился средне, был неусидчив, ленился. Увлекался спортом, посещал спортивную секцию. Был общительным, веселым. Окончил 10 классов, школу водителей. В 18 лет был призван в армию, служил водителем. После демобилизации поступил в МАИ, но через 2 года институт бросил. До 1991 года работал водителем. В 28 лет женился, от брака имеет сына. В настоящее время состоит с женой в разводе. Отношения с ней сложные, нестабильные. Все втроем проживают в 2-комнатной квартире. По характеру мягкий, добрый, но легко поддающийся влиянию окружающих. Был склонен к колебаниям настроения, чаще в сторону его повышения. В феврале 1991 года во время поездки по скользкой дороге, будучи за рулем, потерял управление, и машина столкнулась с деревом. Автомобиль смялся «в гармонь», а сам больной «чудом остался жив», получив лишь ушиб колена. После этого сразу же возникла тревога, боялся сесть за руль. В течение полугода находился в подавленном настроении, не работал, дома ничем не занимался. При мысли о машине вспоминал аварийную ситуацию, испытывал страх, чувство сдавливания в груди. Появились переживания безысходности, пугало будущее, не представлял, где, как сможет работать, зарабатывать на жизнь. В этом состоянии в октябре 1991 года поступил в клинику. В стационаре на фоне терапии пиразидолом в дозе до 500 мг/день, а затем amitriptилином — до 500 мг/день состояние постепенно улучшилось, ушла тревога, больной активизировался, повысилось настроение, стал общительным, говорил о появлении уверенности в будущем, занялся спортом. В процессе снижения дозы amitriptилина появились признаки гипомании: приподнятость, многоречивость, повышенная инициатива. Антидепрессанты были отменены, назначен финлепсин 0,2 мг 3 раза в день, который был рекомендован в качестве поддерживающей терапии. После выписки в январе 1992 года не выполнял врачебные рекомендации, лекарства не принимал. Настроение оставалось приподнятым. Планировал открытие предприятия по переработке сельскохозяйственной продукции, хотел организовать за городом ферму, одновременно готовился к поездке за рубеж. Покупал и продавал вещи, но чаще дарил их случайным людям. Много зарабатывал, но еще больше нелепо тратил. Занимался антиалкогольной пропагандой среди сельских жителей. Стал ярко одеваться, пытался заводить любовные романы. Целые дни проводил вне дома, а вечером и ночью не давал никому спать, включая громкую музыку. Стал занимать крупные суммы денег. Наотрез отказывался от общения с врачами, давал реакцию гнева. В мае 1992 года по заявлению родственников с участием милиции был недобровольно стационарирован в психиатрическую больницу № 13, где находился до конца июня. Проводилась терапия аминазином, финлепсином. Выписался в состоянии интермиссии. Дома рекомендованные препараты не принимал. Занялся поиском работы, но в августе состояние вновь ухудшилось: появилась тоска, снизилась активность, интерес к окружающему, стал заторможенным, избегал общения, говорил о бесперспективности. Пропал аппетит, за месяц потерял в весе 6 кг. Дал согласие на стационарирование. В сентябре поступил в стационар. При поступлении в психическом статусе: контакту доступен, сидит в одной позе, с застывшим выражением страдания на лице. Скован. Отвечает с задержкой, односложно, глухим тихим голосом. Предъявляет жалобы на тоску, подавленность, плохой сон с пробуждением в 3—4 часа утра, связанность движений, замедление мышления, неуверенность в себе, желание остаться одному. Круг представлений сужен до переживания своего состояния и бесперспективности. Днем лежит, ничем не занят. К вечеру встает, выходит в коридор, субъективно отмечает некоторое облегчение самочувствия. Аппетит снижен, отмечаются запоры. Ищет помощи, хотя не верит в выздоровление. Проводилось лечение amitriptилином до 16,0 мл внутривенно капельно в сочетании с мелипрамином до 400 мг/день внутрь с последующей одномоментной их отменой через 1,5 месяца. В конце ноября больной был выписан в состоянии интермиссии на поддерживающей терапии финлепсином 600 мг/день, тизерцином 25 мг на ночь. После выписки, опасаясь повторения депрессии, соблюдал врачебные рекомендации. Устроился на работу в коммерческую структуру. Успешно справлялся с обязанностями. По данным анамнеза, впоследствии весной или осенью у больного продолжали отмечаться либо

депрессивные, либо маниакальные фазы. По клинической картине они были аналогичны вышеописанным. Во время маниакальной фазы осенью 1994 года больной вновь был стационарирован в психиатрическую больницу по месту жительства в недобровольном порядке. В периоды, свободные от болезни, продолжал работать, восстанавливая свой социальный и семейный статус. Аффективный уровень расстройств, синдромальная структура приступов, характер их динамики и наличие интермиссий соответствуют критериям диагностики маниакально-депрессивного психоза циркулярного типа. В связи с выраженностью расстройств и особенностями поведения в маниакальные фазы в мае 1992 года и октябре 1994 года с учетом возможности неблагоприятных социальных последствий для больного он был не-добровольно госпитализирован.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 14. Больная В. З., 55 лет. Из анамнеза: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Окончила 7 классов и ФЗУ. В течение короткого времени работала плановиком-экономистом. В 18 лет вышла замуж. Муж — военный. Часто переезжали из одного города в другой. Больная быстро адаптировалась на новом месте. Не работала. Занималась домашним хозяйством, воспитывала троих детей. Была очень хорошей хозяйкой — гостеприимной, работающей. У мужа больной был тяжелый характер — вспыльчивый, ревнивый, требовательный. Сама больная по характеру была мнительной, тревожной, несколько ипохондричной («обиду помнила долго, но не подавала вида, что оскорблена»). Придерживалась принципа «лучше худой мир, чем добрая ссора», стремилась сглаживать все конфликты, уступала мужу. Месячные с 10-летнего возраста, 4 беременности: 3 нормальные, закончившиеся срочными родами, 1 аборт. С 42 лет менопауза. Перенесенные заболевания: детские инфекции. Дважды оперировалась по поводу полипоза прямой кишки. В связи с болезнью мужа стала тоскливой, резко снизилась работоспособность: появилась несвойственная больной «лень», с трудом занималась домашним хозяйством, нарушился сон. Особенно плохо себя чувствовала утром. Через месяц муж больной выздоровел, а ее состояние ухудшилось: появилась тревога, постоянно ждала, что случится что-то плохое. Все домашние проблемы казались неразрешимыми. Постоянно раздумывала над своей жизнью, вспоминала только плохие события, считала, что жизнь не удалась. Совершила суицидальную попытку и была госпитализирована в больницу. Психическое состояние: контакт с больной формальный: она говорит тихим голосом, монотонно, заторможена. Инициативы в беседе не проявляет, отвечает кратко и только на поставленный вопрос. Лицо маскообразное с выражением страдания и усталости. Жалуется на подавленность, тревогу за дом, близких. Говорит, что все пропало, запуталось. Главным виновником всех бед считает себя: «Я гадкая, мерзкая, мне не надо жить». В отделении ни с кем не общается, не хочет есть, принимать лекарства, большую часть времени проводит в постели. Попытки успокоить больную вызывают лишь раздражение и злобу. Временами становится тревожной, задает персоналу одни и те же вопросы. Диагноз: тревожно-депрессивное состояние в инволюционном возрастном периоде.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 15. Больной К., 30 лет. Из анамнеза: отец страдает хроническим алкоголизмом, неоднократно находился на лечении в психиатрической больнице, ушел из семьи, когда больному было 14 лет. По характеру вспыльчивый, конфликтный, в состоянии опьянения обнаруживались перверсные тенденции. В настоящее время осужден за злостное хулиганство. Мать по характеру мягкая, отзывчивая, спокойная. Мальчик родился в срок, от первой беременности, протекавшей нормально. В грудном возрасте, по словам матери, «доставлял много хлопот», был крикливым, плохо спал. Иногда возникали приступы длительного плача «до синевы». В дошкольном возрасте посещал ясли и детский сад. Воспитатели считали его «трудным ребенком». Был очень подвижным, драчливым. Во время ссор со сверстниками громко кричал, старался поцарапать лицо, укусить. В ответ на наказания давал бурную аффективную реакцию — падал на пол, бился головой и т. д. В школу пошел с семи лет. В младших классах успевал плохо. Учителя отмечали крайнюю неусидчивость больного, его высокую ранимость, обидчивость при несправедливых интеллектуальных возможностях. С другими учениками часто возникали ссоры, драки, мать неоднократно вызывали в школу по поводу плохого поведения сына. Свободное время в основном проводил на улице, играть предпочитал в подвижные игры с детьми более младшего возраста. В состоянии опьянения отец часто избивал жену и сына, неоднократно выгонял их из дома. Больной вынужден был переехать жить вместе с матерью на некоторое время к бабушке, которая и занималась его воспитанием в течение нескольких лет. В старших классах конфликтность больного еще более усилилась. Стал груб с учителями, во время уроков демонстративно занимался посторонними делами, в ответ на замечания вставал и уходил из класса. Возненавидел учителя биологии, который предъявлял к нему жесткие требования в отношении дисциплины. После одного из конфликтов разбил камнем стекло в кабинете этого педагога, а затем задушил на глазах у младших школьников морскую свинку из живого уголка. Больной говорит о том, что получил большое удовольствие, видя возмущение и растерянность учителей. Был исключен из школы. Продолжил учебу в ПТУ. В этот период мать вновь сошлась с отцом, который сразу же стал вовлекать в пьянство 14-летнего сына. Все свое свободное время проводил на улице, в компаниях асоциальных подростков. В этот период стал особенно вспыльчив, драчлив. В 15-летнем возрасте был поставлен на учет в милиции, так как отнимал деньги у младших школьников. Стал часто приходить домой в нетрезвом виде, бил мать, угрожал убить бабушку. Сексуальное влечение было сильно выражено. Периодически онанировал с 14 лет. С 15-летнего возраста начались частые половые связи. В 16 лет в состоянии алкогольного опьянения жестоко избил пожилого человека, который сделал больному замечание. Был осужден на три года лишения свободы. После отбытия срока заключения устроился работать шофером на автобазу. На работе сложились конфликтные отношения с представителями администрации, вынужден был уйти на другое предприятие. За последние пять лет сменил четыре места службы. В настоящее время работает слесарем в одном из гаражей. Женится в 1975 году по любви, от брака имеет дочь 3 лет. В последнее время стал злоупотреблять алкоголем, усилилась раздражительность, вспыльчивость. В семье участились скандалы. По настоянию жены и матери обратился в клинику с просьбой помочь избавиться от вспыльчивости и раздражительности. Соматическое состояние: больной среднего роста, атлетического телосложения, несколько повышенного питания. Со стороны внутренних органов патологии нет. В неврологическом статусе признаков органического поражения головного мозга не выявляется. Отмечается вегетативная лабильность, легкость вазомоторных

реакций, гипергидроз ладоней и стоп, красный дермографизм. На рентгенограмме черепа и при исследовании глазного дна патологии не отмечено. Психическое состояние. Больной правильно ориентирован во времени, пространстве, собственной личности. В беседу вступает неохотно, держится настороженно. На вопросы отвечает односложно. Постепенно оживляется, начинает активно предъявлять жалобы на свою вспыльчивость, невыдержанность, говорит, что иногда чувствует себя «как бы наэлектризованным», достаточно одного слова, чтобы вступить в драку. С раздражением вспоминает свою жену и мать, считает, что они «не понимают, умышленно выводят его из себя». Свою алкоголизацию объясняет стремлением «хоть немного расслабиться». Постоянные конфликты на работе расценивает как следствие предубежденного отношения к его асоциальному прошлому со стороны администрации. Себя считает человеком, «умеющим постоять за себя», но несколько невыдержанным, а также считает, что излишняя взрывчатость мешает ему самому в жизни. При вопросах, связанных с его асоциальным поведением, возбуждается, краснеет, в грубой форме категорически отказывается отвечать. В отделении общается в основном с больными алкоголизмом. Настроение сниженное, отмечаются периоды дисфории. Часто возникают конфликты с медперсоналом, связанные с нарушением режима. На помещение в наблюдательную палату дал агрессивную реакцию — ударил санитаря. За время пребывания в клинике продуктивной психопатологической симптоматики не выявлено. Интеллектуальных расстройств не отмечается. Критика к своему состоянию снижена. После очередного конфликта был выписан по его настоятельному требованию. Приведенное клиническое наблюдение ярко иллюстрирует основные особенности возбудимой психопатии. Больной воспитывался в условиях неблагополучной семьи, с самого раннего возраста обнаруживал повышенную возбудимость и агрессивность. Будучи легко раним, часто вступал в конфликты и драки со сверстниками. Особо вызывающе и дерзко себя вел с учителями. В последующем его поведении отмечается систематическая алкоголизация, криминальные поступки. Таким образом, основные расстройства у больного представлены эмоционально-волевыми нарушениями: высокой эмоциональной возбудимостью и отсутствием должного контроля за их проявлениями. Интеллект его соответствует полученному образованию. В высказываниях больного звучит некоторое осуждение своего поведения, вместе с тем он указывает на свои личные особенности и внешние поводы, которые как бы такое поведение оправдывают.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 16. Больная К., 43 года, по профессии врач. Из анамнеза: наследственность без патологии. Раннее развитие без особенностей. Росла общительной, подвижной. В школу пошла с 7 лет. В младших классах училась только на «отлично», много занималась общественной работой. Всегда стремилась руководить, управлять другими детьми, из-за чего часто возникали ссоры со сверстниками. В старших классах успеваемость несколько снизилась, ухудшилось поведение. Сложилась конфликтные отношения с преподавателями математики и химии. Считала, что они «незаслуженно придираются» к ней по мелочам, умышленно пытаются ее унижить, оскорбить. На уроках пререкалась с учителями, постоянно вступала в споры, упорно отстаивала свое мнение. В это же время стала увлекаться биологией. Все свое свободное время проводила в библиотеке, читала различную специальную литературу, посещала зоологический кружок при зоопарке. Стала пропускать занятия в школе. Считала, что половина предметов просто ни к чему, так как она все равно будет биологом. В отношениях с товарищами оставалась резкой, прямолинейной. После окончания школы поступила в медицинский институт. В группе с однокурсниками сразу сложились конфликтные взаимоотношения, так как она постоянно требовала от товарищей выполнения всех дисциплинарных требований. Выступала на собраниях с острой критикой в адрес «злых прогульщиков и лентяев», а после того, как студенты обратились в деканат с просьбой о переводе ее в другую группу, сразу написала письмо в редакцию одной из центральных газет, в котором говорила о зажиме критики в стенах института. Была создана комиссия, разбиравшая этот конфликт в течение длительного времени. После окончания института была направлена на работу в районную больницу. Со своими профессиональными обязанностями справлялась очень хорошо, характеризовалась как ответственный, исполнительный работник. Однако в отношении к среднему и младшему медперсоналу была крайне требовательна. Шести сестрам по ее настоянию было объявлено административное взыскание, после чего все шестеро подали заявление об увольнении. Вышла замуж по любви. После рождения дочери в 1968 году ухудшились отношения с мужем, считала его эгоистом, который думает только о себе. Подала документы на развод, но когда узнала, что муж встречается с другой женщиной, пришла к нему на работу и устроила скандал в присутствии сослуживцев, затем обратилась в общественные организации с жалобой на аморальное поведение супруга. Упорно добивалась проведения товарищеского суда. В этот период расстроился сон, пропал аппетит, стали беспокоить головные боли. Состояние нормализовалось после развода, когда муж переехал жить в другой город. Последние годы больная проживала с матерью и дочерью, работала в поликлинике. Полгода назад у больной возник конфликт с заведующим отделением. Она обратилась с жалобой к администрации на то, что он нарушает дисциплину, неправильно оформляет и выдает больничные листы. При проверке факты не подтвердились. Тогда больная обратилась в вышестоящие инстанции с жалобой на администрацию поликлиники, в которой обвиняла главного врача в «покрывательстве мошенника». После повторной проверки факты, изложенные в жалобе, вновь не подтвердились. За последние месяцы больная разослала более 20 писем различным ответственным лицам, в которых говорится о «нездоровой атмосфере, царящей в учреждении». Обвиняет проверяющих в формализме и бездушном отношении к ней. Приводит многочисленные доводы и «доказательства» зажима критики. Утверждает, что ее противники находятся в сговоре с проверяющими. Требует назначения «объективной» и компетентной комиссии. Стала говорить, что подвергается на работе всяческим преследованиям: «умышленно составляют самый неудобный график дежурств, портят ее медицинскую документацию, выкрадывают амбулаторные карты больных». Однажды после очередного конфликта с заведующим отделением ударила по лицу больного, который случайно в ее отсутствие зашел в кабинет. С согласия больной была направлена в психиатрическую больницу на обследование. Соматическое состояние: больная астенического типа телосложения. Несколько пониженного питания. Кожные покровы бледные. Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявляется. Неврологический статус: знаков органического поражения центральной нервной системы не выявляется. Периостальные сухожильные рефлексы живые, зоны не расширены. Поверхностная и глубокая чувствительность не изменены. Краниограмма и глазное дно — без особенностей. Психический статус: больная ориентирована правильно. Сознание ясное. Держится настороженно. Сидит на краю стула, резко выпрямив спину и

расправив плечи. Руки скрещены на груди. Губы плотно сжаты, смотрит исподлобья. На вопросы отвечает крайне неохотно, односложно. Постепенно оживляется, с возмущением многословно рассказывает о сложившейся ситуации на работе, долго и обстоятельно говорит о кознях недоброжелателей. Сосредоточена на переживаниях, связанных с неприятностями. О случившемся инциденте говорит следующее: последнее время была возбуждена конфликтной ситуацией, после ссоры с заведующим, войдя в кабинет и увидев постороннего человека, что-то рассматривающего на столе, решила, что он подослан с целью похищения ее документации. О происшествии сожалеет. Фон настроения снижен. Предъявляет жалобы на головные боли, бессонницу. Обманов восприятия не выявляется. Настаивает на немедленной выписке. Больной себя не считает. Приведенное выше описание больной представляет собой пример формирования сутяжно-паранойяльной личности. У нее рано проявились такие черты характера, как стремление к лидерству, настойчивость, склонность усматривать в действиях и высказываниях других, не отвечающих ее интересам, злонамеренность, незаслуженные придирки. Впоследствии сформировался сутяжный стиль поведения. Конфликтные ситуации создавались самой больной. Учитывая глубокую охваченность больной идеей о существующем заговоре против нее, отсутствие критики к своему состоянию, можно считать, что она страдает сутяжно-паранойяльным развитием личности (паранойяльная психопатия).

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 17. Больной П. 26 лет, военнослужащий, поступил в психиатрическую больницу для прохождения военной экспертизы. Предполагаемый диагноз: шизофрения (F20-F29) или органическое поражение ЦНС травматического генеза (F06). Больной во время исследования приветлив, спокоен. Поведение адекватно ситуации. Правильно понимает цель экспериментальной работы. Охотно делится своими переживаниями. С должным интересом и серьезностью относится к оценке результатов. Имеется адекватная эмоциональная реакция на успех и неудачи в работе. Всегда активно стремится исправить ошибки, добиться правильного решения. Жалуется на повышенную утомляемость даже после непродолжительных нагрузок. Задания выполняет быстро и легко. Мыслительные операции (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование) сохранены. Уровень доступных обобщений достаточно высок. Суждения последовательны. Вместе с тем, обращает на себя внимание некоторая обстоятельность суждений, склонность к излишней детализации рисунков и ассоциаций в пиктограмме. Склонен употреблять слова с уменьшительными суффиксами. Отмечаются элементы утомляемости, которые выражаются в появлении ошибок внимания. Таким образом, во время исследования выявляется интеллектуальная, эмоциональная сохранность больного, критическое отношение как к своему состоянию, так и к процессу исследования в целом. Следует отметить некоторую обстоятельность суждений и элементы утомляемости (особенно при продолжительной интеллектуальной нагрузке). Каких-либо нарушений (по шизофреническому типу) выявить не удастся.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Задача 18. Во время дежурства Б. возникла аварийная ситуация. В силу ее внезапности Б. не сумел адекватно отреагировать и не совершил необходимых действий по предотвращению ее вредных последствий. Предприятие предъявило Б. регрессный иск о возмещении ущерба. Назначенная по этому делу судебно-психологическая экспертиза позволила суду принять во внимание повышенную стрессогенность данной аварийной ситуации, эмоциональную неустойчивость Б., имеющиеся у него признаки невротизма, состояние психической астении (ослабленности) после недавно перенесенной тяжелой болезни, понизившей скорость и точность его психомоторных реакций. Нестандартность данной аварийной ситуации резко затруднила принятие оптимального решения, программирование системы необходимых антиаварийных действий. Заключение эксперта было принято в качестве доказательства по делу, что позволило правильно решить вопрос об ответственности Б.

Вопросы: 1. Какова роль клинического психолога при проведении судебно-психологической экспертизы у данного пациента?
2. Какова должна быть тактика клинического психолога в данной клинической ситуации?

Комплект тестовых заданий

Тестовые задания могут быть использованы при подготовке к аудиторным занятиям, контрольным работам, зачету. Правильным может быть только 1 из 4-х предложенных ответов.

ВАРИАНТ 1.

1. Назначение судебно-медицинской экспертизы, согласно действующему уголовно-процессуальному законодательству, является обязательным при необходимости установления:

- 1) причины смерти;
- 2) тяжести вреда здоровью;
- 3) физического и психического состояния подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего или свидетеля;
- 4) возраста подозреваемого, обвиняемого или потерпевшего.

2. Основанием для производства судебно-медицинской экспертизы является:

- 1) постановление органов следствия;
- 2) направление лечебного учреждения;
- 3) постановление органов дознания;

- 4) определение суда;
 - 5) предложение учреждения медицинского страхования.
3. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются:
- 1) живые лица;
 - 2) трупы людей;
 - 3) вещественные доказательства биологического происхождения;
 - 4) медицинская документация.
4. Освидетельствованию могут быть подвергнуты:
- 1) подозреваемый;
 - 2) обвиняемый;
 - 3) потерпевший;
 - 4) свидетель.
5. Судебно-медицинская экспертиза может производиться:
- 1) экспертом единолично;
 - 2) группой экспертов одной медицинской специальности;
 - 3) группой экспертов разных медицинских специальностей;
 - 4) группой экспертов, включающей как врачей, так и представителей других профессий.
6. Результаты судебно-медицинской экспертизы оформляются:
- 1) протоколом судебно-медицинской экспертизы;
 - 2) актом судебно-медицинского исследования или освидетельствования;
 - 3) актом судебно-медицинской экспертизы;
 - 4) заключением судебно-медицинской экспертизы/эксперта.
7. В состав судебно-медицинской экспертной комиссии могут входить:
- 1) главный областной, краевой или республиканский судебно- медицинский эксперт;
 - 2) опытные судебно-медицинские эксперты;
 - 3) ведущие специалисты-клиницисты;
 - 4) представители правоохранительных органов.
8. Проведение судебно-медицинской экспертизы группой экспертов (комиссионное) является обязательным при производстве:
- 1) первичной экспертизы;
 - 2) повторной экспертизы;
 - 3) дополнительной экспертизы;
 - 4) экспертизы по так называемым «врачебным делам».
9. В компетенцию судебно-медицинской экспертной комиссии входит:
- 1) установление причины смерти;
 - 2) решение вопросов о правильности диагностики и лечения больного;
 - 3) определение механизма и последовательности образования повреждений;
 - 4) установление вида травмирующего предмета.
10. В случае возникновения разногласий среди членов судебно- медицинской экспертной комиссии предусматривается оформление:
- 1) подписываемого всеми членами комиссии заключения с изложением всех точек зрения членов комиссии;
 - 2) подписываемого всеми членами комиссии заключения, отражающего мнение большинства членов комиссии;
 - 3) подписываемого всеми членами комиссии заключения только по согласованным позициям;
 - 4) заключений каждым экспертом отдельно.
11. Прерогатива оценки заключения эксперта принадлежит:
- 1) прокурору;
 - 2) адвокату;
 - 3) следователю;
 - 4) суду.

12. К производству судебно-медицинской экспертизы могут быть привлечены:

- 1) хирурги;
- 2) терапевты;
- 3) акушеры-гинекологи;
- 4) педиатры.

13. К производству судебно-медицинской экспертизы могут быть привлечены:

- 1) патологоанатомы;
- 2) фельдшера с большим стажем работы;
- 3) хирурги;
- 4) студенты-старшекурсники.

14. Судебно-медицинский эксперт имеет право:

- 1) знакомиться с материалами дела, относящимися к предмету экспертизы;
- 2) допрашивать подозреваемого или обвиняемого;
- 3) запрашивать дополнительные материалы по делу;
- 4) проводить следственные эксперименты.

15. В судебном следствии судебно-медицинский эксперт имеет право задавать вопросы:

- 1) потерпевшему;
- 2) подсудимому;
- 3) свидетелю;
- 4) судье.

16. Согласно действующему уголовно-процессуальному законодательству, эксперт обязан:

- 1) явиться по вызову лица, проводящего дознание или следствие, либо суда;
- 2) присутствовать на судебном заседании при рассмотрении дела, по которому он привлекался в качестве эксперта;
- 3) дать заключение по поставленным перед ним вопросам;
- 4) сохранять в тайне данные предварительного следствия или дознания.

17. За дачу заведомо ложного заключения, согласно действующему уголовному законодательству, эксперт может быть подвергнут наказанию в виде:

- 1) лишения свободы;
- 2) штрафа;
- 3) исправительных работ;
- 4) общественного порицания.

18. За несанкционированное разглашение данных предварительного следствия эксперт может быть подвергнут наказанию в виде:

- 1) исправительных работ;
- 2) лишения свободы;
- 3) штрафа;
- 4) общественного порицания.

19. Внезапной (скоропостижной), согласно рекомендациям ВОЗ, принято считать смерть, последовавшую от начала клинических проявлений болезни не более чем через:

- 1) 6 ч;
- 2) 10 ч;
- 3) 12 ч;
- 4) 18 ч;
- 5) 24 ч.

20. Стадия гипостаза трупных пятен обычно наблюдается при давности наступления смерти не более:

- 1) 5-8 ч;
- 2) 8-10 ч;
- 3) 12-14 ч;
- 4) 14-20 ч.

- 1) 2-4 ч;
- 2) 8-10 ч;
- 3) 12-18 ч;
- 4) 24-30 ч.

22. К ориентирующим признакам смерти относят отсутствие:

- 1) реакции зрачков на свет;
- 2) сознания;
- 3) пульса на крупных артериях;
- 4) дыхания.

23. Достоверным признаком смерти является:

- 1) отсутствие биоэлектрической активности сердца;
- 2) мидриаз;
- 3) температура тела менее 200С;
- 4) отсутствие сознания.

24. Достоверным признаком смерти является наличие:

- 1) мышечного окоченения;
- 2) пятен Ларше;
- 3) симптома «кошачьего глаза»/симптом Белоглазова;
- 4) выраженной арефлексию

25. К категории насильственной смерти относят:

- 1) убийство;
- 2) самоубийство;
- 3) несчастный случай на производстве;
- 4) несчастный случай в быту.

ВАРИАНТ 2.

1. К категории насильственной смерти относят:

- 1) смерть от заболевания;
- 2) самоубийство;
- 3) смерть в результате глубокой недоношенности;
- 4) смерть в результате старческой дряхлости;
- 5) несчастный случай.

2. В компетенцию судебно-медицинской экспертизы входит установление:

- 1) категории смерти;
- 2) вида ненасильственной смерти;
- 3) вида насильственной смерти;
- 4) рода насильственной смерти.

3. К ранним посмертным изменениям относят:

- 1) мышечное окоченение;
- 2) охлаждение трупа;
- 3) трупные пятна;
- 4) аутолиз.

4. На степень выраженности трупных пятен влияет:

- 1) температура окружающей среды;
- 2) причина смерти;
- 3) давность наступления смерти;
- 4) состояние крови;
- 5) предшествующее заболевание;
- 6) влажность окружающего воздуха.

5. Окраска трупных пятен может быть:

- 1) багово-синюшной;
- 2) розово-красной;
- 3) серовато-коричневой;
- 4) сине-фиолетовой.

6. Исследование трупных пятен позволяет установить:

- 1) давность наступления смерти;
- 2) вероятную причину смерти;
- 3) особенности рельефа поверхности, на которой лежал труп;
- 4) изменение положения трупа.

7. Судебно-медицинское значение трупных пятен состоит в том, что они:

- 1) являются несомненным доказательством смерти;
- 2) позволяют судить о давности наступления смерти;
- 3) могут служить ориентиром в отношении причины смерти;
- 4) иногда позволяют судить о позе человека в момент остановки сердца.

8. Судебно-медицинское значение мышечного окоченения состоит в том, что оно:

- 1) является несомненным доказательством смерти;
- 2) позволяет судить о давности наступления смерти;
- 3) может ориентировать эксперта в отношении причины смерти;
- 4) иногда позволяет судить о позе человека в момент остановки сердца.

9. К поздним посмертным изменениям относят:

- 1) гниение;
- 2) мумификацию;
- 3) торфяное «дубление»;
- 4) аутолиз;
- 5) гниение;
- 6) жировоск;
- 7) мумификацию;
- 8) высыхание.

10. К внешним проявлениям гниения относят:

- 1) трупную зелень;
- 2) трупную эмфизему;
- 3) гнилостную венозную сеть;
- 4) уплотнение мягких тканей.

11. Мумификации трупа способствует:

- 1) повышенная температура;
- 2) плохая аэрация;
- 3) сухая пористая почва;
- 4) влажная плотная почва.

12. Образованию жировоска способствует:

- 1) плохая аэрация;
- 2) сухая пористая почва;
- 3) влажная глинистая почва;
- 4) хорошая аэрация.

13. Для установления давности наступления смерти используют:

- 1) реакцию зрачков на введения атропина и пилокарпина;
- 2) механическую возбудимость мышц;
- 3) электрическую возбудимость мышц;
- 4) реакцию потоотделения на подкожное введение адреналина.

14. К осмотру трупа на месте его обнаружения в качестве специалиста в области судебной медицины могут быть привлечены все, кроме:

- 1) хирурга;
- 2) терапевта;
- 3) акушера-гинеколога;
- 4) педиатра;
- 5) провизора.

15. К производству судебно-медицинской экспертизы трупа могут быть привлечены все перечисленные специалисты, кроме:

- 1) хирурга;
- 2) терапевта;
- 3) акушера-гинеколога;
- 4) педиатра;
- 5) провизора.

16. На месте происшествия/обнаружения трупа врач-специалист в области судебной медицины осуществляет работу:

- 1) на основании указания следователя;
- 2) на основании указания оперативного работника ОВД;
- 3) по определению суда;
- 4) по собственной инициативе.

17. Участвуя в осмотре трупа на месте происшествия, врач-специалист в области судебной медицины должен:

- 1) убедиться в наступлении смерти потерпевшего;
- 2) направить на лабораторное исследование вещественные доказательства;
- 3) установить имеющиеся на теле потерпевшего повреждения;
- 4) составить протокол осмотра на месте происшествия.

18. Участвуя в осмотре трупа на месте происшествия, врач-специалист в области судебной медицины в обязательном порядке должен:

- 1) зафиксировать позу трупа;
- 2) убедиться в отсутствии признаков жизни у потерпевшего;
- 3) зафиксировать посмертные изменения;
- 4) установить причину смерти потерпевшего.

19. Для ориентировочного суждения о давности наступления смерти на месте происшествия определяют:

- 1) ректальную температуру;
- 2) стадию развития трупных пятен;
- 3) степень выраженности мышечного окоченения;
- 4) реакцию поперечнополосатых мышц на механическое воздействие.

20. Осматривая труп на месте его обнаружения, врач-специалист в области судебной медицины может:

- 1) осуществить зондирование раневого канала;
- 2) взять мазки из половых органов трупа женщины;
- 3) иссечь края кожных ран для направления их в судебно-медицинскую лабораторию;
- 4) провести предварительные пробы на наличие крови.

21. При описании раны в ходе осмотра трупа на месте его обнаружения врач-специалист в области судебной медицины должен отметить:

- 1) размеры и форму раны;
- 2) направление потоков крови;
- 3) состояние концов и краев раны;
- 4) глубину раневого канала.

22. Для обнаружения пятен крови допустимо проведение:

- 1) осмотра невооруженным глазом при обычном и косо падающем освещении;
- 2) осмотра в ультрафиолетовых лучах;
- 3) осмотра с помощью лупы;
- 4) пробы с перекисью водорода.

23. Извлечение трупа из места его захоронения/эксгумация должно производиться в присутствии:

- 1) врача-специалиста в области судебной медицины;
- 2) следователя;
- 3) понятых;
- 4) официального представителя администрации кладбища.

24. Основанием для судебно-медицинского исследования трупа является:

- 1) определение суда;
- 2) постановление органов следствия;
- 3) постановление органов дознания;
- 4) направление лечебного учреждения;
- 5) ходатайство адвоката.

25. Составными частями «Акта судебно-медицинского исследования трупа» являются:

- 1) вводная часть;
- 2) обстоятельства дела;
- 3) исследовательская часть;
- 4) выводы.

Оценочное средство «Деловая игра»

1. Темы деловой и ролевой игры: «О признаках симуляции психических расстройств об умышленных преступлениях»

2. Концепция игры:

Индивидуальные домашние задания являются важным этапом в формировании компетенций обучающегося. Выполнение таких заданий требует не только теоретической подготовки, но и самостоятельного научного поиска. Выполнение заданий и их проверка позволяют сформировать и оценить уровень освоения всех компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины. Индивидуальное домашнее задание предполагает поиск и обработку теоретического и практического материала по заданной теме. Домашние задания, их информационное обеспечение устанавливаются в Материалах для подготовки к семинарским занятиям и методических указаниях по выполнению самостоятельных и творческих работ по дисциплине «Судебная психиатрия».

3. Роли (участники деловой игры).

Деловая игра проходит среди студентов одной группы, которые разбиваются на 3 группы: первая группа организывает и проводит деловое совещание (любое количество человек); вторая группа организывает и проводит деловую беседу (любое количество человек); третья группа подводит итоги проведенных совещания и беседы и отвечает на поставленные вопросы (3 – 4 человека).

Способы формирования первой и второй групп: жеребьевка, случайный выбор, взаимные симпатии и т.д. Способ формирования третьей группы – по согласованию с преподавателем (в данную группу должны входить студенты, обладающие аналитическими навыками, умеющие критически оценивать происходящие и умеющие аргументировано излагать свою позицию и отстаивать ее).

Перечень вопросов для подготовки к зачету

1. Судебная психиатрия: предмет, задачи.
2. Судебно-психиатрическая экспертиза: понятие, цели, задачи, виды.
3. Организационно-правовые вопросы назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы.
4. Критерии, дающие основания сомневаться в психической полноценности лица.
5. Подготовка следователем материалов для проведения судебно-психиатрической экспертизы.
6. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза: поводы для назначения, особенности проведения.
7. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза.
8. Судебно-психиатрическая экспертиза в кабинете следователя, в судебном заседании.
9. Заочная и посмертная судебно-психиатрические экспертизы.
10. Понятие о невменяемости. Медицинский и юридический критерии невменяемости.
11. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших.
12. Галлюцинации: понятие, классификация, судебно-психиатрическое значение.
13. Патология памяти: виды, основные признаки, судебно-психиатрическое значение.
14. Нарушения мышления по форме: основные виды, судебно-психиатрическое значение.
15. Нарушения мышления по содержанию: виды. Бредовые идеи: виды, судебно-психиатрическое значение.
16. Патология эмоциональной сферы: основные признаки, судебно-психиатрическое значение.
17. Нарушения волевой и двигательной сферы: признаки, судебно-психиатрическое значение.
18. Патология влечений: виды, судебно-психиатрическая оценка.
19. Помрачение сознания: критерии, виды (делириозное, онейроидное, сумеречное), судебно-психиатрическое значение и оценка.
20. Понятие о пизофрении: ядерная симптоматика, формы и типы течения, судебно-психиатрическая оценка.

21. Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз): основные проявления, судебно-психиатрическая оценка.
22. Эпилепсия: основные признаки (судорожный припадок, его эквиваленты, изменения личности), судебно-психиатрическая оценка.
23. Умственная отсталость, степени нарушения интеллекта, их судебно-психиатрическая оценка.
24. Психические расстройства инволюционного периода: виды (инволюционный паранойд, меланхолия, психоз), признаки, судебно-психиатрическая оценка.
25. Расстройства личности: виды, их основные признаки, судебно-психиатрическое значение.
26. Неврозы: основные клинические формы, судебно-психиатрическая оценка.
27. Исключительные состояния, условия их возникновения, признаки, судебно-психиатрическая оценка.
28. Психические расстройства при употреблении психоактивных веществ (опия, гашиша, кокаина).
29. Наркомании: признаки заболевания по стадиям, судебно-психиатрическая оценка.
30. Алкоголизм: признаки заболевания по стадиям, судебно-психиатрическая оценка.
31. Алкогольные психозы, их судебно-психиатрическая оценка.
32. Реактивные психозы, их судебно-психиатрическая оценка.
33. Посттравматическое стрессовое расстройство, судебно-психиатрическая оценка.
34. Психические нарушения при черепно-мозговой травме (в остром и отдаленном периоде), судебно-психиатрическая оценка.
35. Симуляция и диссимуляция психических расстройств. Виды симуляции.

5.2. Темы письменных работ

1. Судебная психиатрия: предмет, задачи.
2. Судебно-психиатрическая экспертиза: понятие, цели, задачи, виды.
3. Организационно-правовые вопросы назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы.
4. Критерии, дающие основания сомневаться в психической полноценности лица.
5. Подготовка следователем материалов для проведения судебно-психиатрической экспертизы.
6. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза: поводы для назначения, особенности проведения.
7. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза.
8. Судебно-психиатрическая экспертиза в кабинете следователя, в судебном заседании.
9. Заочная и посмертная судебно-психиатрические экспертизы.
10. Понятие о невменяемости. Медицинский и юридический критерии невменяемости.
11. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших.
12. Галлюцинации: понятие, классификация, судебно-психиатрическое значение.
13. Патология памяти: виды, основные признаки, судебно-психиатрическое значение.
14. Нарушения мышления по форме: основные виды, судебно-психиатрическое значение.
15. Нарушения мышления по содержанию: виды. Бредовые идеи: виды, судебно-психиатрическое значение.
16. Патология эмоциональной сферы: основные признаки, судебно-психиатрическое значение.
17. Нарушения волевой и двигательной сферы: признаки, судебно-психиатрическое значение.
18. Патология влечений: виды, судебно-психиатрическая оценка.
19. Помрачение сознания: критерии, виды (делириозное, онейроидное, сумеречное), судебно-психиатрическое значение и оценка.
20. Понятие о шизофрении: ядерная симптоматика, формы и типы течения, судебно-психиатрическая оценка.
21. Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз): основные проявления, судебно-психиатрическая оценка.
22. Эпилепсия: основные признаки (судорожный припадок, его эквиваленты, изменения личности), судебно-психиатрическая оценка.
23. Умственная отсталость, степени нарушения интеллекта, их судебно-психиатрическая оценка.
24. Психические расстройства инволюционного периода: виды (инволюционный паранойд, меланхолия, психоз), признаки, судебно-психиатрическая оценка.
25. Расстройства личности: виды, их основные признаки, судебно-психиатрическое значение.
26. Неврозы: основные клинические формы, судебно-психиатрическая оценка.
27. Исключительные состояния, условия их возникновения, признаки, судебно-психиатрическая оценка.
28. Психические расстройства при употреблении психоактивных веществ (опия, гашиша, кокаина).
29. Наркомании: признаки заболевания по стадиям, судебно-психиатрическая оценка.
30. Алкоголизм: признаки заболевания по стадиям, судебно-психиатрическая оценка.
31. Алкогольные психозы, их судебно-психиатрическая оценка.
32. Реактивные психозы, их судебно-психиатрическая оценка.
33. Посттравматическое стрессовое расстройство, судебно-психиатрическая оценка.
34. Психические нарушения при черепно-мозговой травме (в остром и отдаленном периоде), судебно-психиатрическая оценка.
35. Симуляция и диссимуляция психических расстройств. Виды симуляции.

Фонд оценочных средств

Формируется отдельным документом в соответствии с Положением о фонде оценочных средств ГАГУ

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
6.1. Рекомендуемая литература				
6.1.1. Основная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Эл. адрес
Л1.1	Георгадзе З.О., Датий А.В., Джачвадзе [и др.] Н.Н.	Судебная психиатрия: учебное пособие для студентов вузов обучающихся по специальности «Юриспруденция»	Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2017	http://www.iprbookshop.ru/81568.html
Л1.2	Горшков А.В., Колоколов Г.Р.	Судебная психиатрия: учебное пособие	Саратов: Научная книга, 2019	http://www.iprbookshop.ru/81084.html
Л1.3	Дмитриева Т.Б., Сулимовская Е.И., Дворянчиков [и др.] Н.В., Дмитриевой Т.Б., Сафуанова Ф.С.	Медицинская и судебная психология. Курс лекций: учебное пособие	Москва: Генезис, 2020	http://www.iprbookshop.ru/95361.html
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Эл. адрес
Л2.1	Кухарьков Ю.В.	Судебная медицина для юриста: учебное пособие	Минск: ТетраСистемс, 2014	http://www.iprbookshop.ru/28230.html
Л2.2	Гонгадзе М. Г.	Судебная психиатрия: Учебное пособие	Москва: Российский государственный университет правосудия, 2016	http://www.iprbookshop.ru/65876.html
Л2.3	Гиндин В.П.	Психиатрия: мифы и реальность: научное издание	Москва: ПЕР СЭ, Ай Пи Эр Медиа, 2019	http://www.iprbookshop.ru/88191.html
Л2.4	Коротаева М.А.	Судебная психиатрия: учебное пособие (практикум)	Ставрополь: Северо-Кавказский федеральный университет, 2018	http://www.iprbookshop.ru/92759.html

6.3.1 Перечень программного обеспечения	
6.3.1.1	Google Chrome
6.3.1.2	Kaspersky Endpoint Security для бизнеса СТАНДАРТНЫЙ
6.3.1.3	MS WINDOWS
6.3.1.4	Яндекс.Браузер
6.3.1.5	MS Office
6.3.1.6	7-Zip
6.3.1.7	
6.3.1.8	CDBurnerXP
6.3.1.9	Far Manager
6.3.1.10	Firefox
6.3.1.11	Foxit Reader
6.3.1.12	VLC media player
6.3.1.13	1С: Предприятие 8 Комплект для обучения
6.3.1.14	ArcView GIS
6.3.1.15	Audacity

6.3.1.16	Audit Expert
6.3.1.17	Business Studio
6.3.1.18	Deductor Academic
6.3.1.19	Dev-C++
6.3.1.20	Dia
6.3.1.21	Free Pascal
6.3.1.22	GIMP
6.3.1.23	Inkscape
6.3.1.24	LibreOffice
6.3.1.25	Moodle
6.3.1.26	MS Access
6.3.1.27	MS Visio
6.3.1.28	Visual Studio
6.3.1.29	NVDA
6.3.1.30	Oracle VM VirtualBox
6.3.1.31	Cisco Packet Tracer Student
6.3.1.32	Project Expert
6.3.1.33	Python
6.3.1.34	QGIS
6.3.1.35	Quick Sales Free
6.3.1.36	Ramus Educational
6.3.1.37	WinDjView
6.3.1.38	БЭСТ Маркетинг
6.3.1.39	Налогоплательщик ЮЛ
6.3.1.40	MS Windows
6.3.1.41	1С: Налогоплательщик
6.3.1.42	1С: Предприятие 8. Управление микрофинансовой организацией и кредитным потребительским кооперативом ПРОФ
6.3.1.43	1С: Управление нашей фирмой
6.3.1.44	2ГИС

6.3.1.45	КонсультантПлюс
6.3.1.46	ГАРАНТ
6.3.1.47	Gephi
6.3.1.48	Stamina
6.3.2 Перечень информационных справочных систем	
6.3.2.1	КонсультантПлюс
6.3.2.2	Гарант
6.3.2.3	База данных «Электронная библиотека Горно-Алтайского государственного университета»
6.3.2.4	Электронно-библиотечная система IPRbooks

7. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ		
	деловая игра	
	дискуссия	
	ситуационное задание	

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)		
Номер аудитории	Назначение	Основное оснащение
102 A2	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации.	Рабочее место преподавателя. Посадочные места обучающихся (по количеству обучающихся). Интерактивная доска с проектором, компьютер, ученическая доска, презентационная трибуна, подключение к интернету, шкафы, усилительные колонки
319 A2	Компьютерный класс. Лаборатория региональной экономики. Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации. Помещение для самостоятельной работы	Рабочее место преподавателя. Посадочные места обучающихся (по количеству обучающихся). Компьютеры, интерактивная доска с проектором, подключение к сети интернет

9. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
<p>Самостоятельная работа студентов является важнейшей составной частью процесса обучения. Целью самостоятельной работы студентов является закрепление тех знаний, которые они получили на аудиторных занятиях, а также способствовать развитию у студентов творческих навыков, инициативы, умению организовать свое время.</p> <p>Настоящие методические указания позволят студентам самостоятельно овладеть фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю подготовки, опытом творческой и исследовательской деятельности, и направлены на формирование компетенций.</p> <p>Методические указания по подготовке к семинарским занятиям</p> <p>Одной из важных форм самостоятельной работы является подготовка к семинарскому занятию. Цель семинарских занятий – научить студентов самостоятельно анализировать учебную и научную литературу и вырабатывать у них опыт самостоятельного мышления по проблемам курса. Семинарские занятия могут проходить в различных формах</p> <p>Как правило, семинары проводятся в виде:</p> <ul style="list-style-type: none"> - развернутой беседы – обсуждение (дискуссия), основанные на подготовке всей группы по всем вопросам и максимальном участии студентов в обсуждении вопросов темы семинара. При этой форме работы отдельным студентам могут поручаться сообщения по тому или иному вопросу, а также ставя дополнительные вопросы, как всей аудитории, так и определенным участникам обсуждения; - устных докладов с последующим их обсуждением; - обсуждения письменных рефератов, заранее подготовленных студентами по заданию преподавателя и прочитанных студентами группы до семинара, написание рефератов может быть поручено не одному, а нескольким студентам, тогда к основному докладчику могут быть назначены содокладчики и оппоненты по докладу. <p>В ходе самостоятельной подготовки каждый студент готовит выступления по всем вопросам темы. Сообщения делаются</p>

устно, развернуто, обращаться к конспекту во время выступления.

Примерный план проведения семинарского занятия.

1. Вступительное слово преподавателя – 3-5 мин.
2. Рассмотрение каждого вопроса темы – 15-20 мин.
3. Заключительное слово преподавателя – 5-10 мин.

Домашнее задание (к каждому семинару).

1. Изучить и законспектировать рекомендуемую литературу.
2. По каждому вопросу плана занятий подготовиться к устному сообщению (5-10 мин.), быть готовым принять участие в обсуждении и дополнении докладов и сообщений (до 5 мин.).

Выступление на семинаре должно удовлетворять следующим требованиям: в нем излагаются теоретические подходы к рассматриваемому вопросу, дается анализ принципов, законов, понятий и категорий; теоретические положения подкрепляются фактами, примерами, выступление должно быть аргументированным. Готовиться к семинарским занятиям надо не накануне, а заблаговременно.

Самостоятельная работа студентов должна начинаться с ознакомления с планом семинарского занятия, который включает в себя вопросы, выносимые на обсуждение, рекомендации по подготовке к семинару, рекомендуемую литературу к теме. Изучение материала к семинару следует начать с просмотра конспектов лекций. Восстановив в памяти материал, студент приводит в систему основные положения темы, вопросы темы, выделяя в ней главное и новое, на что обращалось внимание в лекции. Затем следует внимательно прочитать соответствующую главу учебника. Для более углубленного изучения вопросов рекомендуется конспектирование основной и дополнительной литературы. Подобрать, отработать материал и усвоив его, студент должен начать непосредственную подготовку своего выступления на семинарском занятии для чего следует продумать, как ответить на каждый вопрос темы. Уметь читать рекомендованную литературу не значит пассивно принимать к сведению все написанное, следует анализировать текст, думать над ним, этому способствуют записи по ходу чтения, которые превращают чтение в процесс. Записи могут вестись в различной форме: развернутых и простых планов, выписок (тезисов), аннотаций и конспектов.

Методические указания по подготовке конспектов

Письменный конспект – это работа с источником или литературой, целью которой является фиксирование и переработка текста.

Прежде чем приступить к конспектированию книги, статьи и пр., необходимо получить о ней общее представление, для этого нужно посмотреть оглавление, прочитать введение, ознакомиться с ее структурой, внимательно прочитать текст параграфа, главы и отметить информационно значимые места. Основу конспекта составляют план, тезисы, выписки, цитаты.

При составлении конспекта материал надо излагать кратко и своими словами. Наиболее удачно сформулированные мысли автора записываются в виде цитат, чтобы в дальнейшем их использовать.

Основными требованиями к содержанию конспекта являются полнота – это значит, что в нем должно быть отображено все содержание вопроса и логически обоснованная последовательность изложения. В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Методика составления конспекта

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Разбить текст на отдельные смысловые пункты и составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

Методические рекомендации по подготовке ЭССЕ

Эссе – это сочинение небольшого объема и свободной композиции на частную тему, трактуемую субъективно и обычно неполно. Тематика эссе должна быть актуальной, затрагивающей современные проблемы области изучения дисциплины. Студент должен раскрыть не только суть проблемы, привести различные точки зрения, но и выразить собственные взгляды на нее. Эссе, как правило, имеет задание, посвященное решению одной из проблем, касающейся области учебных или научных интересов дисциплины, общее проблемное поле, на основании чего студент сам формулирует тему. При раскрытии темы он должен проявить оригинальность подхода к решению проблемы, реалистичность, полезность и значимость предложенных идей, яркость, образность, художественную оригинальность изложения.

В зависимости от специфики дисциплины формы эссе могут значительно дифференцироваться. В некоторых случаях это может быть анализ имеющихся статистических данных по изучаемой проблеме, анализ материалов из средств массовой информации и использованием изучаемых моделей, подробный разбор предложенной задачи с развернутыми мнениями, подбор и детальный анализ примеров, иллюстрирующих проблему и т.д.

Цель эссе состоит в развитии навыков самостоятельного творческого мышления и письменного изложения собственных мыслей. Писать эссе чрезвычайно полезно, поскольку это позволяет автору научиться четко и грамотно выражать и

формулировать мысли как в письменной форме, так и посредством логических рассуждений; ясно излагать свою точку зрения; структурировать информацию; использовать основные категории анализа; выделять причинно-следственные связи, иллюстрировать понятия соответствующими примерами, аргументировать свои выводы; овладеть научным стилем речи.

Роль студента:

- внимательно прочитайте задание и сформулируйте тему не только актуальную по своему значению, но и оригинальную и интересную по содержанию;
- подобрать и изучить источники по теме, содержащуюся в них информацию;
- выбрать главное и второстепенное;
- составить план эссе;
- лаконично, но емко раскрыть содержание проблемы и свои подходы к ее решению;
- оформить эссе и сдать в установленный срок.

Структура эссе

1. Титульный лист;

2. Введение. Краткое содержание, в котором необходимо: четко определить и обосновать тему и предмет исследования или основные тезисы; кратко описать структуру и логику развития материала;

3. Основная часть содержит основные теоретические основы выбранной проблемы и изложение основного вопроса. Данная часть предполагает развитие аргументации и анализа, а также обоснование их, исходя из имеющихся данных, других аргументов и позиций по этому вопросу. Там, где это необходимо, в качестве аналитического инструмента можно использовать графики, диаграммы и таблицы.

4. Заключение. В нем следует четко выделить результаты исследования, обобщения и полученные аргументированные выводы по теме с указанием области ее применения; обозначить вопросы, которые не были решены, и новые вопросы, появившиеся в процессе исследования. Оно подытоживает эссе или еще раз вносит пояснения, подкрепляет смысл и значение изложенного в основной части. Методы, рекомендуемые для составления заключения: повторение, иллюстрация, цитата, впечатляющее утверждение. Заключение может содержать такой очень важный, дополняющий эссе элемент, как указание на применение (импликацию) исследования, не исключая взаимосвязи с другими проблемами.

5. Библиография.

При формулировании цели эссе рекомендуется обратить внимание на следующие вопросы:

- Почему выбрали эту тему?
- В чем состоит актуальность выбранной темы?
- Какие другие примеры идей, подходов или практических решений вам известны в рамках данной темы?
- В чем состоит новизна предлагаемого подхода?
- Конкретная задача в рамках темы, на решение которой направлено эссе?

Методические указания по написанию реферата

Реферат — письменная работа по определенной научной проблеме, краткое изложение содержания научного труда или научной проблемы.

1. Структурными элементами реферата должны быть: Титульный лист, оглавление, введение, основная часть, заключение, библиографический список. Титульный лист является первой страницей реферата.

Оглавление отражает структуру реферата, помещается после титульного листа и включает в себя: введение, наименование всех разделов, пунктов, подпунктов, заключение, библиографический список. Наименования глав не должны повторять название реферата, а заголовки пунктов – название глав.

Введение должно содержать обоснование актуальности выбранной темы; цель и задачи реферата, объект, предмет, методологию исследования.

Основная часть отражает итоги теоретической и практической работы

студента, проведенной по избранной тематике, содержит результаты исследования, промежуточные выводы.

Заключение должно представлять итоговые выводы по результатам исследования, согласованные с целью и задачами, обозначенным во введении.

Библиографический список должен содержать перечень источников и литературы, использованных при выполнении реферата.

2. Требования к тексту реферата

Стиль изложения реферата – научный с соблюдением следующих требований:

- четкость, последовательность и конкретность изложения, каждая новая мысль должна начинаться с абзаца (красной строки);
- не рекомендуется применять местоимение «я» и глаголы в первом лице;
- мысли необходимо излагать так, чтобы было очевидно, где излагаются мысли автора работы, а где других авторов. Например, «автор считает», «по мнению автора» и т.д.;
- при использовании в реферате цитат, цифровых данных, материалов судебной практики, схем и иных данных, заимствованных из других источников, обязательно оформление ссылки на эти источники.

3. Выполнение и оформление реферата

Реферат должен быть выполнен в текстовом редакторе Microsoft Word: шрифт Times New Roman; размер шрифта 14; межстрочный интервал – полуторный; со следующими полями: левое – 3 см; правое – 1 см; верхнее – 2 см; нижнее – 2 см.

Страницы реферата следует нумеровать арабскими цифрами, соблюдая сквозную нумерацию по всему тексту реферата. Номер страницы проставляют в правом нижнем углу без точки. Титульный лист включается в общую нумерацию страниц работы, но номер страницы на титульном листе не проставляется. Объем реферата не может быть меньше 20 страниц и не должен превышать 25 страниц (без учета библиографического списка).

Методические рекомендации для подготовки к коллоквиуму

Коллоквиум представляет собой вид учебно-практического занятия, на котором происходит совместное обсуждение под руководством преподавателя достаточно широкого круга проблем. Как правило, на студенческих коллоквиумах обсуждаются отдельные части какой-либо конкретной темы, раздел одного из занятий, чтобы понять правильность его усвоения учащимися и избежать недопонимания важнейших вопросов. Данная форма занятий нередко охватывает всевозможные вопросы и темы из изучаемого курса, не включенные в темы практических и семинарских учебных занятий. Одновременно коллоквиум - это и форма контроля, разновидность массового опроса, позволяющая преподавателю в сравнительно небольшой срок выяснить уровень знаний студентов по конкретной проблеме.

Коллоквиум обычно проходит в форме дискуссии, в ходе которой студентам предоставляется возможность высказать свою точку зрения на рассматриваемую проблему, учиться обосновывать и защищать ее. Аргументируя и отстаивая свое мнение, студент в то же время демонстрирует, насколько глубоко и осознанно он усвоил изученный материал.

Таким образом, коллоквиум - это такая форма учебных занятий, которая предполагает обязательное активное участие всех присутствующих.

Для проведения коллоквиума преподаватель заранее (за 1 месяц) знакомит учащихся с вопросами, которые будут вынесены на совместное обсуждение и предлагает список литературы для подготовки, объясняет форму проведения занятия, а также оценивания результатов работы студентов. В течение семестра проводится 2-3 коллоквиума.

Методические указания

к подготовке и проведению учебной дискуссии

При организации дискуссии в учебном процессе обычно ставятся сразу несколько учебных целей, как чисто познавательных, так и коммуникативных. При этом цели дискуссии, конечно, тесно связаны с ее темой. Если тема обширна, содержит большой объем информации, в результате дискуссии могут быть достигнуты только такие цели, как сбор и упорядочение информации, поиск альтернатив, их теоретическая интерпретация и методологическое обоснование. Если тема дискуссии узкая, то дискуссия может закончиться принятием решения.

Во время дискуссии студенты могут либо дополнять друг друга, либо противостоять один другому. В первом случае проявляются черты диалога, а во втором дискуссия приобретает характер спора. Как правило, в дискуссии присутствуют оба эти элемента, поэтому неправильно сводить понятие дискуссии только к спору. И взаимоисключающий спор, и взаимодополняющий, взаиморазвивающий диалог играют большую роль, так как первостепенное значение имеет факт сопоставления различных мнений по одному вопросу. Эффективность проведения дискуссии зависит от таких факторов, как:

- подготовка (информированность и компетентность) студентов по предложенной проблеме;
- семантическое однообразие (все термины, дефиниции, понятия и т.д. должны быть одинаково поняты всеми студентами);
- корректность поведения участников;
- умение преподавателя проводить дискуссию.

Правильно организованная дискуссия проходит три стадии развития: ориентация, оценка и консолидация.

На первой стадии вырабатывается определенная установка на решение поставленной проблемы. При этом перед преподавателем (организатором дискуссии) ставятся следующие задачи:

1. Сформулировать проблему и цели дискуссии. Для этого надо объяснить, что обсуждается, что должно дать обсуждение.
2. Создать необходимую мотивацию, т.е. изложить проблему, показать ее значимость, выявить в ней нерешенные и противоречивые вопросы, определить ожидаемый результат (решение).
3. Установить регламент дискуссии, а точнее, регламент выступлений, так как общий регламент определяется продолжительностью практического занятия.
4. Сформулировать правила ведения дискуссии, основное из которых — выступить должен каждый. Кроме того, необходимо: внимательно слушать выступающего, не перебивать, аргументировано подтверждать свою позицию, не повторяться, не допускать личной конфронтации, сохранять беспристрастность, не оценивать выступающих, не выслушав до конца и не поняв позицию.
5. Создать доброжелательную атмосферу, а также положительный эмоциональный фон. Добиться однозначного семантического понимания терминов, понятий и т.п. Для этого с помощью вопросов и ответов следует уточнить понятийный аппарат, рабочие определения изучаемой темы. Систематическое уточнение понятийного аппарата сформирует у студентов установку, привычку оперировать только хорошо понятными терминами, не употреблять малопонятные слова, систематически пользоваться справочной литературой.

Вторая стадия — стадия оценки — обычно предполагает ситуацию сопоставления, конфронтации и даже конфликта идей, который в случае неумелого руководства дискуссией может перерасти в конфликт личностей. На этой стадии перед преподавателем ставятся следующие задачи:

1. Начать обмен мнениями, что предполагает предоставление слова конкретным участникам.
2. Собрать максимум мнений, идей, предложений. Для этого необходимо активизировать каждого студента. Выступая со своим мнением, студент может сразу внести свои предложения, а может сначала просто выступить, а позже сформулировать свои предложения.
3. Не уходить от темы, что требует некоторой твердости организатора, а иногда даже авторитарности. Следует тактично останавливать отклоняющихся, направляя их в заданное «русло».
4. Поддерживать высокий уровень активности всех участников. Не допускать чрезмерной активности одних за счет других, соблюдать регламент, останавливать затянувшиеся монологи, подключать к разговору всех присутствующих

студентов.

5. Оперативно проводить анализ высказанных идей, мнений, позиций, предложений перед тем, как переходить к следующему витку дискуссии. Такой анализ, предварительные выводы или резюме целесообразно делать через определенные интервалы (каждые 10—15 минут), подводя при этом промежуточные итоги. Подведение промежуточных итогов очень полезно поручать студентам, предлагая им временную роль ведущего.

6. В конце дискуссии предоставить право студентам самим оценить свою работу (рефлексия).

Третья стадия — стадия консолидации — предполагает выработку определенных единых или компромиссных мнений, позиций, решений. На этом этапе осуществляется контролирующая функция. Задачи, которые должен решить преподаватель, можно сформулировать следующим образом:

1. Проанализировать и оценить проведенную дискуссию, подвести итоги, результаты. Для этого надо сопоставить сформулированную в начале дискуссии цель с полученными результатами, сделать выводы, вынести решения, оценить результаты, выявить их положительные и отрицательные стороны.

2. Помочь участникам дискуссии прийти к согласованному мнению, чего можно достичь путем внимательного выслушивания различных толкований, поиска общих тенденций для принятия решений.

3. Принять групповое решение совместно с участниками. При этом следует подчеркнуть важность разнообразных позиций и подходов.

4. В заключительном слове подвести группу к конструктивным выводам, имеющим познавательное и практическое значение.

5. Добиться чувства удовлетворения у большинства участников, т.е. поблагодарить всех студентов за активную работу, выделить тех, кто помог в решении проблемы.

Составной частью любой дискуссии является процедура вопросов и ответов. Умело поставленный вопрос (каков вопрос, таков и ответ) позволяет получить дополнительную информацию, уточнить позиции выступающего и тем самым определить дальнейшую тактику проведения дискуссии.

С функциональной точки зрения, все вопросы можно разделить на две группы:

- Уточняющие (закрытые) вопросы, направленные на выяснение истинности или ложности высказываний, грамматическим признаком которых обычно служит наличие в предложении частицы «ли», например: «Верно ли что?», «Правильно ли я понял, что?». Ответить на такой вопрос можно только «да» или «нет».

- Восполняющие (открытые) вопросы, направленные на выяснение новых свойств или качеств интересующих нас явлений, объектов. Их грамматический признак — наличие вопросительных слов: что, где, когда, как, почему и т.д.

С грамматической точки зрения, вопросы бывают простые и сложные, т.е. состоящие из нескольких простых. Простой вопрос содержит в себе упоминание только об одном объекте, предмете или явлении.

Если на вопросы смотреть с позиции правил проведения дискуссии, то среди них можно выделить корректные и некорректные как с содержательной точки зрения (некорректное использование информации), так и с коммуникативной точки зрения (например, вопросы, направленные на личность, а не на суть проблемы). Особое место занимают так называемые, провокационные или улавливающие вопросы. Такие вопросы задаются для того, чтобы сбить с толку оппонента, посеять недоверие к его высказываниям, переключить внимание на себя или нанести критический удар.

С педагогической точки зрения, вопросы могут быть контролирующими, активизирующими внимание, активизирующими память, развивающими мышление.

В дискуссии предпочтительнее использовать простые вопросы, так как они не несут в себе двусмысленности, на них легко дать ясный и точный ответ. Если студент задает сложные вопросы, целесообразно попросить его разделить свой вопрос на несколько простых. Ответы на вопросы могут быть: точными и неточными, верными и ошибочными, позитивными (желание или попытка ответить) и негативными (прямой или косвенный уход от ответа), прямыми и косвенными, односложными и многосложными, краткими и развернутыми, определенными (не допускающими различного толкования) и неопределенными (допускающими различное толкование).

Для того чтобы организовать дискуссию и обмен информацией в полном смысле этого слова, занятие необходимо тщательно подготовить. Для этого учитель преподаватель должен:

- заранее подготовить вопросы, которые можно было бы ставить на обсуждение по выводу дискуссии, чтобы не дать ей погаснуть;

- не допускать ухода за рамки обсуждаемой проблемы;

- не допускать превращения дискуссии в диалог двух наиболее активных учеников или преподавателя со студентом;

- обеспечить широкое вовлечение в разговор как можно большего количества студентов, а лучше — всех;

- не оставлять без внимания ни одного неверного суждения, но не давать сразу же правильный ответ; к этому следует подключать студентов, своевременно организуя их критическую оценку;

- не торопиться самому отвечать на вопросы, касающиеся материала дискуссии: такие вопросы следует переадресовывать аудитории;

- следить за тем, чтобы объектом критики являлось мнение, а не человек, выразивший его;

- сравнивать разные точки зрения, вовлекая студентов в коллективный анализ и обсуждение, помнить слова К.Д. Ушинского о том, что в основе познания всегда лежит сравнение.

Методические указания по подготовке глоссария

Составление глоссария – вид самостоятельной работы студента, выражающейся в подборе и систематизации терминов, непонятных слов и выражений, встречающихся при изучении темы. Развивает у студентов способность выделять главные понятия темы и формулировать их. Оформляется письменно, включает название и значение терминов, слов и понятий в алфавитном порядке.

Роль студента:

- прочитать материал источника, выбрать главные термины, непонятные слова;

- подобрать к ним и записать основные определения или

расшифровку понятий;

• критически осмыслить подобранные определения и попытаться их модифицировать (упростить в плане устранения избыточности и повторений);
оформить работу и представить в установленный срок.

Методические указания к тестовым заданиям

В форме теста может проводиться как промежуточный и итоговый контроль знаний.

Тесты разработаны по всему изученному материалу дисциплины. Целью теста является выявление формирования системы знаний, концепций, терминологий, исторической последовательности событий у студентов пройденного материала.

Проведение тестов преследует не только образовательную (дидактическую), но и развивающую цель. У студентов происходит развитие логического мышления (умение выделять главное, сопоставлять, устанавливать причинно-следственные связи).

Предполагает развитие внимания, развитие памяти, владеть приемами рационального запоминания.

Методические указания для решения задач

Решение задач - наиболее эффективный метод освоения той или темы занятий, приближающий к условиям будущей профессиональной деятельности студентов. При их решении необходимо увязывать теоретические вопросы исследуемой темы с действующим законодательством. При решении задач, необходимо усвоить по каждой теме нормативный материал, отработать вопросы, предложенные к рассмотрению, используя при этом рекомендованную литературу.

Внимательно изучите условия задачи, чтобы ни одна деталь не осталась неучтенной, так как иногда именно она содержит необходимые для решения данные, фактические обстоятельства, изложенные в задачах, следует считать установленными и доказанными. Тот или иной ответ должен быть сопряжен с анализом смежных институтов и норм законодательства. Особое внимание должно быть уделено аргументации решения задач с применением конкретных норм законодательства. Нельзя ограничиваться ответами типа: «Да виноват, не виновен, нет состава, и т.д.». Решение должно быть мотивированным, со ссылкой на положения закона, постановления Пленума Верховного Суда РФ и т.п.

Методические рекомендации по подготовке к зачету

Зачет — это конечная форма изучения дисциплины, представляющая собой механизм выявления и оценки результатов учебного процесса. Цель зачета — завершить курс обучения конкретной дисциплины, проверить сложившуюся у студента систему понятий и отметить степень полученных знаний. Тем самым зачет содействует решению главной задачи высшего образования — подготовке квалифицированных специалистов. Основные функции зачета — обучающая, оценивающая и воспитательная.

Обучающее значение зачета состоит в том, что студент в период зачетного периода вновь обращается к пройденному материалу, перечитывает конспекты лекций, учебник и другие материалы. Он не только повторяет и закрепляет полученные знания, но и получает новые. Во-первых, при подготовке к зачету знания по дисциплине обобщаются и систематизируются, превращаясь в упорядоченную совокупность данных, что позволяет понять логику дисциплины в целом. Во-вторых, новые знания студент получает в процессе подготовки к зачету по вопросам, не освещенным на лекциях и практических занятиях (семинарах): новые монографии, статьи, а также новые знания по темам, рекомендованным к самостоятельному изучению студентами.

Оценивающая функция зачета заключается в том, что он подводит итог знаний студента полученных в процессе изучения дисциплины. В том числе зачет является формой оценки результатов учебно-педагогической деятельности преподавателя дисциплины (самооценка).

При подготовке к зачету, прежде всего, следует запомнить основные понятия и категории дисциплины, что формирует правовую культуру, профессиональное правосознание.

Для систематизации знаний по дисциплине первоначальное внимание студенту следует обратить на рабочую программу курса, которая включает в себя темы и основные проблемы дисциплины, в рамках которых и формируются вопросы для зачета. Поэтому студент, заранее ознакомившись с программой курса, может лучше сориентироваться в последовательности освоения курса.

При подготовке к зачету особое внимание следует уделять конспектам лекций и материалам, полученным на практических занятиях (семинарах), а уже за тем учебникам, учебным пособиям и иные материалы. Лекции детально, кратко, иллюстрировано и четко дают основной понятийный аппарат, признаки и правовые характеристики правовых явлений.

Критериями оценки ответа студента на устном зачете для преподавателя выступают:

1. правильность ответов на тестовые вопросы (верное, четкое и достаточно глубокое изложение идей, понятий, фактов и т.д.);
2. полнота и лаконичность ответа;
3. степень использования и понимания научных и нормативных источников;
4. умение связывать теорию с практикой;
5. логика и аргументированность изложения материала;
6. грамотное комментирование, приведение примеров, аналогий.