

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования
«Национальный исследовательский Нижегородский государственный универси-
тет им. Н.И. Лобачевского»

Юридический факультет
(факультет / институт / филиал)

УТВЕРЖДЕНО
решением ученого совета ННГУ,
протокол от
«16» июня 2021 г. № 8

Рабочая программа дисциплины (модуля)

Судебная психиатрия
(наименование дисциплины (модуля))

Уровень высшего образования

Специалитет

Направление подготовки / специальность
40.05.04 «Судебная и прокурорская деятельность»

Направленность образовательной программы
Судебная деятельность

Квалификация (степень)

юрист
(бакалавр / магистр / специалист)

Форма обучения

Очная, заочная
(очная / очно-заочная / заочная)

Нижегород
2021

1. Место дисциплины (модуля) в структуре ООП

Дисциплина Б1.В.ДВ.11.02 «Судебная психиатрия» относится к числу дисциплин по выбору учебного плана по специальности 40.05.04 «Судебная и прокурорская деятельность».

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы (компетенциями выпускников)

Дисциплина реализует формирование компетенции:

ПК-18. Способен применять методы проведения прикладных научных исследований, анализа и обработки их результатов	ПК-18.1. Анализирует базовые понятия в сфере прикладных научных исследований	Знать: базовые понятия в сфере прикладных научных исследований	Тестирование
		Уметь: применять базовые понятия в сфере прикладных научных исследований	Простые практические контрольные задания
		Владеть: навыками применения понятия в сфере прикладных научных исследований	Комплексные практические задания
	ПК-18.2. Применяет основные положения и достижения прикладных научных исследований при решении профессиональных задач	Знать: основные положения и достижения прикладных научных исследований	Тестирование
		Уметь: применять основные положения и достижения прикладных научных исследований	Простые практические контрольные задания
		Владеть: навыками применения основных положений и достижения прикладных научных исследований	Комплексные практические задания
	ПК-18.3. Анализирует и эффективно обрабатывает полученную информацию для корректной обработки результатов	Знать: методы анализа информации для корректной обработки результатов исследований	Тестирование
		Уметь : применять методы анализа информации для корректной обработки результатов исследований	Простые практические контрольные задания
		владеть: навыками применения методов анализа инфор-	Комплексные прак-

		мации для корректной обработки результатов исследований	тические задания
	ПК-18.4. Руководствуется правилами правильного и полного отражения результатов прикладного научного исследования, анализа и обработке результатов при подготовке необходимой юридической документации	Знать: правила правильного и полного отражения результатов исследования	Тестирование
		Уметь: применять правила правильного и полного отражения результатов исследования	Простые практические контрольные задания
		владеть: навыками применения правил правильного и полного отражения результатов исследования	Комплексные практические задания

3. Структура и содержание дисциплины (модуля)

Трудоемкость дисциплины

	Очная форма обучения	Заочная форма обучения
Общая трудоемкость	2 зет	2 зет
Часов по учебному плану	72	72
В том числе		
Аудиторные занятия (контактная работа):	49	9
- занятия лекционного типа	16	4
- занятия семинарского типа	32	4
(практические занятия/лабораторные работы)		
Самостоятельная работа	23	59
КРС	1	1
Промежуточная аттестация- зачет		4

<u>Наименование и краткое со-</u>	<u>Всего</u>	<u>В том числе</u>
-----------------------------------	--------------	--------------------

<u>содержание разделов и тем дисциплины (модуля), форма промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)</u>	<u>(часы)</u>		<u>Контактная работа (работа во взаимодействии с преподавателем), часы из них</u>						<u>Самостоятельная работа обучающегося</u> <u>часы</u>	
			<u>Занятия лекционного типа</u>		<u>Занятия семинарского типа</u>		<u>Всего</u>			
		<u>Очная</u>	<u>Заочная</u>	<u>Очная</u>	<u>Заочная</u>	<u>Очная</u>	<u>Заочная</u>	<u>Очная</u>	<u>Заочная</u>	<u>Очная</u>
<u>Раздел 1. Теоретические, правовые и организационные основы судебной психиатрии. Тема 1.1. введение. Общебиологические и медицинские концепции в судебной психиатрии и их криминалистическое и судебно-экспертное значение</u>	9	9	2	0,5	4	0,5	6	1	3	8
<u>Тема 2. Правовые основы, организация судебно-психиатрической экспертизы в РФ</u>	9	9	2	0,5	4	0,5	6	1	3	8
<u>Раздел 2.</u>										
<u>Тема 3. Использование судебно-психиатрических знаний в уголовном процессе. Вменяемость, невменяемость, ограниченная вменяемость</u>	9	9	2	0,5	4	0,5	6	1	3	8
<u>Тема 4. Психолого-психиатрическая экспертиза аффекта</u>	9	9	2	0,5	4	0,5	6	1	3	8
<u>Раздел 3</u>										
<u>Тема 5. Принудительные меры медицинского характера и основы пенитенциарной психиатрии.</u>	9	9	2	0,5	4	0,5	6	1	3	8
<u>Раздел 4.</u>										
<u>Тема 6. Назначение и производство судебно-психиатрических экспертиз. Тема 7. Органические психические расстройства. Расстройства личности и влечений.</u>	9	9	2	0,5	4	0,5	6	1	3	8

Тема 8. Шизофрения. Аффективные расстройства настроения и расстройства невротические, связанные со стрессом	9	8	2	0,5	4	0,5	6	1	3	7
Тема 9. Умственная отсталость, кратковременные расстройства психической деятельности. Симуляция и диссимуляция психических расстройств	8	5	2	0,5	4	0,5	6	1	2	4
В т.ч. текущий контроль	1				1					
Промежуточная аттестация – зачет										

Практическая подготовка предусматривает выполнение совместных проектов, решение прикладной задачи кейса, работа на симуляторе – компьютерной программе «ФОРВЕР», позволяющей провести диагностику причины смерти.

Лабораторные работы.

Лабораторные работы (ЛР) оценивают **умения и владения**.

Материал дисциплины изучается на лекциях, практических занятиях. Используется криминалистический полигон для производства осмотра трупа на месте его обнаружения.

Применяются компьютерные программы, позволяющие выдвигать версии по причине смерти. В частности, ПО «ФОРВЕР» - формирование следственных версий, и алгоритмы использования субъективных вероятностей при оценке правдоподобности экспертных версий.

Для обеспечения самостоятельной работы обучающихся используется электронный курс «Судебная психиатрия» <https://e-learning.unn.ru/enrol/index.php?id=6614>, созданный в системе электронного обучения ННГУ - <https://e-learning.unn.ru/>

Предусмотрена научно-исследовательская работа по проблемам, связанным с использованием криминалистических знаний в уголовном судопроизводстве, согласуется в ходе индивидуальных консультаций с преподавателем, ведущим курс.

Организация индивидуальной самостоятельной работы. Многим студентам перед зачетами, экзаменами приходится прилагать значительные усилия для восполнения пробелов в своих знаниях. Главное в правильной организации самостоятельной работы – ее планирование, которое в принципе уже задано программой курса, учебными планами, тематическими планами и последовательностью изучения юридических дисциплин.

Самостоятельная работа начинается до прихода студента на **лекцию**. Отдельные студенты используют «систему опережающего чтения», т.е. предварительно читают лекционный материал, содержащийся в учебниках и учебных пособиях, которые имеются в библиотеках, тем самым закладывают базу для более глубокого восприятия лекции. В то же время бытует такая точка зрения, что «на лекциях можно не вести конспектирование учебных тем, не слушать преподавателей, так как есть учебники и лекции, в которых всегда можно потом прочитать материал» или воспользо-

ваться лекциями другого студента. Здесь и таится причина получения неудовлетворительных оценок, так как ничто не может заменить живое слово преподавателя, его общение с аудиторией

Для углубленного изучения материала студентам предоставляется учебная, учебно-методическая литература, в том числе, альбомы схем (например, альбом схем Л. Г. Видонова).

Планы практических занятий содержат задания, представляющие собой ситуационные задачи. Решение задач требует выдвижения следственных и экспертных версий и проверки их с помощью криминалистически значимых и криминалистических признаков. Решение задач требует криминалистического анализа следственных ситуаций. При осуществлении аудиторных занятий предусматривается широкое использование эссе и рефератов.

К самостоятельной работе студента относится деятельность, которую он осуществляет без участия преподавателя, но по его заданию, под его руководством и наблюдением.

Самостоятельная работа проводится с целью углубления и расширения теоретических знаний, систематизации и закрепления полученных теоретических знаний и практических умений, формирования умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу, развития познавательных способностей и активности (творческой инициативы, самостоятельности, ответственности, организованности), формирования самостоятельного мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации.

К видам самостоятельной работы студента относится аудиторная и внеаудиторная работа. Аудиторная работа выполняется на учебных занятиях по заданию и под руководством преподавателя. Внеаудиторная работа выполняется по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Аудиторная самостоятельная работа студента возможна при использовании активных и интерактивных форм занятий. Традиционная пассивная форма предполагает простые ответы студентов на поставленные вопросы и исключает самостоятельную работу, студент просто воспроизводит знания, которые он получил либо от преподавателя в результате пассивного восприятия, либо в результате внеаудиторной самостоятельной работы.

Изучение понятийного аппарата дисциплины

Вся система индивидуальной самостоятельной работы должна быть подчинена усвоению понятийного аппарата, поскольку одной из важнейших задач подготовки современного грамотного специалиста является овладение и грамотное применение профессиональной терминологии. Лучшему усвоению и пониманию дисциплины помогут различные энциклопедии, словари, справочники и другие материалы, указанные в списке литературы. Особенно это касается терминов, относящихся к экспертным терминам, взятым из медицины и психиатрии.

Изучение тем самостоятельной подготовки по учебно-тематическому плану

Особое место отводится самостоятельной проработке студентами отдельных разделов и тем по изучаемой дисциплине. Такой подход вырабатывает у студентов инициативу, стремление к увеличению объема знаний, выработке умений и навыков всестороннего овладения способами и приемами профессиональной деятельности.

Изучение вопросов очередной темы требует глубокого усвоения теоретических основ, раскрытия сущности основных категорий судебной медицины и судебной психиатрии, проблемных аспектов темы и анализа фактического материала.

Работа над основной и дополнительной литературой

Изучение рекомендованной литературы следует начинать с учебников и учебных пособий, затем переходить к нормативно-правовым актам, научным монографиям и материалам периодических изданий. Конспектирование – одна из основных форм самостоятельного труда, требующая от студента активно работать с учебной литературой и не ограничиваться конспектом лекций.

Студент должен уметь самостоятельно подбирать необходимую для учебной и научной работы литературу. При этом следует обращаться к предметным каталогам и библиографическим справочникам, которые имеются в библиотеках.

Для аккумуляции информации по изучаемым темам рекомендуется формировать личный архив, а также каталог используемых источников. При этом если уже на первых курсах обучения студент определяет для себя наиболее интересные сферы для изучения, то подобная работа будет весьма продуктивной с точки зрения формирования библиографии для последующего написания диссертации на выпускном курсе.

Самоподготовка к практическим (лабораторным) занятиям

При подготовке к практическому занятию необходимо помнить, что данная дисциплина тесно связана с ранее изучаемыми дисциплинами..

На лабораторных занятиях студент должен уметь последовательно излагать свои мысли и аргументировано их отстаивать.

Для достижения этой цели необходимо:

- 1) ознакомиться с соответствующей темой программы изучаемой дисциплины;
- 2) осмыслить круг изучаемых вопросов и логику их рассмотрения;
- 3) изучить рекомендованную учебно-методическим комплексом литературу по данной теме;
- 4) тщательно изучить лекционный материал;
- 5) ознакомиться с вопросами очередного лабораторного занятия;
- 6) подготовить краткое выступление по каждому из вынесенных на лабораторное занятие вопросу.

Изучение вопросов очередной темы требует глубокого усвоения теоретических основ дисциплины, раскрытия сущности основных положений, проблемных аспектов темы и анализа фактического материала.

При презентации материала на лабораторном занятии можно воспользоваться следующим алгоритмом изложения темы: определение и характеристика основных категорий, эволюция предмета исследования, оценка его современного состояния, существующие проблемы, перспективы развития. Весьма презентабельным вариантом выступления следует считать его подготовку в среде Power Point, что существенно повышает степень визуализации, а, следовательно, доступности, понятности материала и заинтересованности аудитории к результатам научной работы студента.

Самостоятельная работа студента при подготовке к зачету.

Контроль выступает формой обратной связи и предусматривает оценку успеваемости студентов и разработку мер по дальнейшему повышению качества подготовки современных менеджеров.

Итоговой формой контроля успеваемости студентов является зачет.

Бесспорным фактором успешного завершения дисциплины является кропотливая, систематическая работа студента в течение всего периода изучения дисциплины (семестра). В этом случае подготовка к зачету будет являться концентрированной систематизацией всех полученных знаний по данной дисциплине.

В начале семестра рекомендуется внимательно изучить перечень вопросов к зачету по данной дисциплине, а также использовать в процессе обучения программу, другие методические материалы, разработанные кафедрой по данной дисциплине. Это

позволит в процессе изучения тем сформировать более правильное и обобщенное видение студентом существа того или иного вопроса за счет:

- а) уточняющих вопросов преподавателю;
- б) подготовки рефератов по отдельным темам, наиболее заинтересовавшие студента;
- в) самостоятельного уточнения вопросов на смежных дисциплинах;
- г) углубленного изучения вопросов темы по учебным пособиям.

Кроме того, наличие перечня вопросов в период обучения позволит выбрать из предложенных преподавателем учебников наиболее оптимальный для каждого студента, с точки зрения его индивидуального восприятия материала, уровня сложности и стилистики изложения.

После изучения соответствующей тематики рекомендуется проверить наличие и формулировки вопроса по этой теме в перечне вопросов к зачету, а также попытаться изложить ответ на этот вопрос. Если возникают сложности при раскрытии материала, следует вновь обратиться к лекционному материалу, материалам практических занятий, уточнить терминологический аппарат темы, а также проконсультироваться с преподавателем.

Изучение сайтов по темам дисциплины в сети Интернет

Ресурсы Интернет являются одним из альтернативных источников быстрого поиска требуемой информации. Их использование возможно для получения основных и дополнительных сведений по изучаемым материалам.

Для углубленного изучения материала студентам предоставляются учебно-методические (электронные) комплексы, как по всему объему изучаемой дисциплины, так и по отдельным ее темам (например, «Секционное исследование трупа»), учебная, учебно-методическая литература, в том числе, альбомы схем.

Планы семинарских и практических занятий содержат задания, представляющие собой ситуационные задачи. Решение задач требует выдвижения следственных и экспертных версий и проверки их с помощью криминалистически значимых и судебно-медицинских диагностических признаков. Решение задач требует анализа приказа 194н, в котором указаны медицинские критерии вреда, причиненного здоровью человека. При осуществлении аудиторных занятий предусматривается широкое использование эссе и рефератов.

1. Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации по дисциплине (модулю),

включающий:

5.1. Описание шкал оценивания результатов обучения по дисциплине

Уровень сформированности компетенций (индикатора достижения компетенций)	Шкала оценивания сформированности компетенций						
	плохо	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	очень хорошо	отлично	превосходно
	не зачтено		зачтено				
<u>Знания</u>	Отсутствие знаний теоретических	Уровень знаний ниже	Минимально допустимый	Уровень знаний в объеме,	Уровень знаний в объеме,	Уровень знаний в объеме,	Уровень знаний в объеме,

	ретического материала. Невозможность оценить полноту знаний вследствие отказа обучающегося от ответа	минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	уровень знаний. Допущено много негрубых ошибок.	соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	соответствующем программе подготовки. Допущено несколько несущественных ошибок	соответствующем программе подготовки, без ошибок.	превышающем программу подготовки.
<u>Умения</u>	Отсутствие минимальных умений . Невозможность оценить наличие умений вследствие отказа обучающегося от ответа	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи . Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами.	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественным недочетами, выполнены все задания в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения,. Решены все основные задачи. Выполнены все задания, в полном объеме без недочетов
<u>Навыки</u>	Отсутствие владения материалом. Невозможность оценить наличие навыков вследствие отказа обучающегося от ответа	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач без ошибок и недочетов.	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов.	Продемонстрирован творческий подход к решению нестандартных задач

Шкала оценки при промежуточной аттестации

Оценка		Уровень подготовки
	превосходно	Все компетенции (части компетенций), на формирование которых направлена дисциплина, сформированы на уровне не ниже «превосходно», продемонстрированы знания, умения, владения по соответствующим компетенциям на уровне, выше предусмотренного программой
зачтено	отлично	Все компетенции (части компетенций), на формирование которых направлена дисциплина, сформированы на уровне не ниже «отлично», при этом хотя бы одна компетенция сформирована на уровне «отлично»

	очень хорошо	Все компетенции (части компетенций), на формирование которых направлена дисциплина, сформированы на уровне не ниже «очень хорошо», при этом хотя бы одна компетенция сформирована на уровне «очень хорошо»
	хорошо	Все компетенции (части компетенций), на формирование которых направлена дисциплина, сформированы на уровне не ниже «хорошо», при этом хотя бы одна компетенция сформирована на уровне «хорошо»
	удовлетворительно	Все компетенции (части компетенций), на формирование которых направлена дисциплина, сформированы на уровне не ниже «удовлетворительно», при этом хотя бы одна компетенция сформирована на уровне «удовлетворительно»
не зачтено	неудовлетворительно	Хотя бы одна компетенция сформирована на уровне «неудовлетворительно», ни одна из компетенций не сформирована на уровне «плохо»
	плохо	Хотя бы одна компетенция сформирована на уровне «плохо»

5.2. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов обучения.

5.2.1 Контрольные вопросы к зачету.

1. Законодательная регламентация деятельности судебных психиатров при проведении судебно-психиатрической экспертизы, принудительных мер медицинского характера, лечения осужденных.	ПК-18.1
2. Психическое расстройство, терминология международной «Классификации психических и поведенческих расстройств» (МКБ-10), сопоставление с традиционными терминами отечественной психиатрии.	ПК-18.2
3. Причины и распространённость психических расстройств.	ПК-18.3
4. Психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления психоактивными веществами (алкоголизм, наркомания).	ПК-18.4
5. Признаки патологического опьянения, особенности обращения с лицами при их задержании.	ПК-18.1
6. Шизофренический дефект личности, основание попыток вовлечения лиц в преступную деятельность.	ПК-18.2
7. Отличие эпилептического припадка от установочного (симуляция).	ПК-18.3
8. Возможные экономические правонарушения лиц в дебюте маниакального состояния аффективных расстройств настроения (маниакально-депрессивный психоз).	ПК-18.4

9. Мотивация самоубийства и расширенного самоубийства лиц с депрессивным расстройством.	ПК-18.1
10. Признаки и способы распознавания основных психических расстройств в судебно- следственной практике.	ПК-18.2
11. Потенциально опасные варианты бредовых идей по содержанию.	ПК-18.3
12. Психиатрическая помощь и принципы её оказания, структура.	ПК-18.4
13. Предупреждение опасных действий граждан с психическим расстройством в сфере здравоохранения и правоохранительной деятельности.	ПК-18.1
14. Основания недобровольной психиатрической помощи.	ПК-18.2
15. Процедура судебного контроля при помещении лица с психическим расстройством в психиатрический стационар в недобровольном порядке.	ПК-18.3
16. Источники информации о психическом расстройстве подозреваемых, обвиняемых.	ПК-18.4
17. Основания назначения судебно-психиатрической экспертизы.	ПК-18.1
18. Обязательное назначение судебной экспертизы.	ПК-18.2
19. Задачи работников органов следствия и суда при назначении и проведении судебно-психиатрической экспертизы.	ПК-18.3
20. Обоснование статуса государственного судебно-психиатрического эксперта.	ПК-18.4
21. Права и обязанности психиатра - эксперта.	ПК-18.1
22. Виды судебно – психиатрических экспертиз.	ПК-18.2
23. Законодательная регламентация назначения стационарной судебно-психиатрической экспертизы.	ПК-18.3
24. Комплексные судебно-психиатрические экспертизы.	ПК-18.4
25. Заключение судебно – психиатрической экспертизы, оценка следствием и судом.	ПК-18.1
26. Особенности психиатрического стационара для проведения судебно-психиатрической экспертизы лиц, находящихся под стражей.	ПК-18.2
27. Задачи судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе.	ПК-18.3
28. Законодательные гарантии прав лиц с психическим расстройством самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве.	ПК-18.4

29. Критерии невменяемости, ограниченной вменяемости обвиняемых, подсудимых, вопросы перед экспертами – психиатрами.	ПК-18.1
30. Понятие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия, иного болезненного состояния психики. Основные разновидности.	ПК-18.2
31. Значение выявления временных психических расстройств лиц во время совершения уголовно-наказуемого деяния для решения вопроса об их вменяемости.	ПК-18.3
32. Слабоумие, как признак потенциально опасных действий лиц.	ПК-18.4
33. Расстройства личности (психопатии), проявления, варианты нарушения влечений.	ПК-18.1
34. Основания экспертного решения об обвиняемых с расстройством личности о правоприменении в соответствии с нормой об «ограниченной вменяемости».	ПК-18.2
35. Основания применения принудительных мер медицинского характера, цели.	ПК-18.3
36. Виды принудительных мер медицинского характера.	ПК-18.4
37. Особенности производства о применении принудительных мер медицинского характера.	ПК-18.1
38. Законодательная регламентация назначения принудительных мер медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра наряду с наказанием.	ПК-18.2
39. Правовые основы предупреждения повторных правонарушений лиц с психическим расстройством после отмены принудительного лечения.	ПК-18.3
40. Законодательные гарантии прав лиц с психическим расстройством, возникшем после совершения преступления.	ПК-18.4
41. Обоснование приостановления производства по делу в связи с психическим расстройством, возникшем после совершения преступления, вопросы перед судебно-психиатрической экспертизой.	ПК-18.1

5.2.2. Типовые задания для оценки сформированности компетенции.

ПК-18.1. Анализирует базовые понятия в сфере прикладных научных исследований

Знать: базовые понятия в сфере прикладных научных исследований в области судебной психиатрии.

Тест № 1

Критериями психического здоровья являются:

- а) осознание чувства постоянности своего «Я»;
- б) чувство разделения, расщепления своего «Я» на части (например, на «плохую» и хорошую» половины);
- в) идентичность переживаний в однотипных ситуациях;
- г) зависимость переживаний в однотипных ситуациях от эмоционального состояния в этот момент;
- д) верно Б и Г
- е) верно А и В

Тест № 2

Критериями психического здоровья являются:

- а) критичность;
- б) адекватность реакций воздействиям;
- в) способность самоуправления поведением;
- г) способность планировать жизнедеятельность и реализовывать планы;
- д) способность изменять способ поведения в зависимости от смены обстоятельств;
- е) все перечисленные;
- ж) ни один из перечисленных.

Тест № 3

В России официально принята классификация психических расстройств :

- а) Российская нозологическая классификация;
- б) Международная классификация 9 пересмотра (МКБ-9);

- в) Международная классификация 10 пересмотра (МКБ-10);
- г) Американская классификация психических расстройств (DSM-IV);
- д) психические расстройства не классифицированы.

Тест № 4

Назовите виды психических расстройств в зависимости от вызывающих их факторов:

- а) психогенные;
- б) экзогенные;
- в) эндогенные;
- г) соматогенные;
- д) все перечисленные;
- е) все перечисленные, кроме Б.

Тест № 5

Выделяют уровни психических расстройств:

- а) психотический;
- б) невротический;
- в) временные;
- г) хронические;
- д) сопровождающиеся развитием слабоумия;
- е) не сопровождающиеся развитием слабоумия;
- ж) все перечисленное верно;
- з) верно А и Б;
- и) верно В и Г;
- к) верно Д и Е.

Тест № 6

Следствием психического расстройства может быть отсутствие или исчезновение способности:

- а) адекватно воспринимать информацию;

- б) адекватно понимать и оценивать реальную ситуацию;
- в) накапливать опыт и распоряжаться им;
- г) адекватно планировать и осуществлять свои действия; адекватно прогнозировать их последствия;
- д) адекватно осознавать последствия своих поступков;
- е) все перечисленное;
- ж) ничего из перечисленного.

Уметь: применять базовые понятия в сфере прикладных научных исследований в области судебной психиатрии.

Уметь применить базовые понятия в сфере прикладных научных исследований в области судебной психиатрии при изложении следующих вопросов:

1. Основные разделы судебной психиатрии, задачи.
2. Признаки психического здоровья по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).
3. Прикладное значение судебно-психиатрических знаний в уголовном судопроизводстве.
4. Система правовых задач, разрешаемых с помощью использования судебно-психиатрических знаний.
5. Объект и предмет судебной психиатрии, система методов исследования в судебной психиатрии.
6. Теоретические основы современной психиатрии и система научных понятий судебной психиатрии.
7. Системный подход в судебной психиатрии: модели гомеостаза.
8. Содержание базовых судебно-психиатрических понятий. нозологический диагноз, медицинские критерии невменяемости, ограниченной вменяемости.
9. Виды судебно-психиатрических экспертиз.
10. Комплексные психолого-психиатрические экспертизы.
11. Составление поискового портрета лица, страдающего психическим расстройством.

Владеть: навыками применения понятия в сфере прикладных научных исследований в области судебной психиатрии.

Применить навыки владения понятиями в сфере прикладных научных исследований в области судебной психиатрии при решении ситуационной задачи.

Ситуационная задача. Студентам предлагается ознакомиться с материалами экспертизы (вариант приведен ниже), после чего ответить (устно или письменно) на вопросы по теме.

Пациентка Ч.Е.Н., 1974 г, находилась на обследовании и лечении в ЛРНЦ «Феникс» с диагнозом: Патологическое влечение к азартным играм (патологический гемблинг) F 63.0. Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации. F 43.22.

Из анамнеза. Наследственность отягощена злоупотреблением алкоголем, наркоманией среди родственников по линии матери, сосудистой патологией по линии отца. Родилась от 3-й беременности, 2-х родов, протекавших без патологии, в срок. Вес при рождении 3400 г., длина 50 см. Закричала сразу, до 8 месяцев находилась на

грудном вскармливании. В 7 лет перенесла паротит, в 8 лет – ветряную оспу. С 8 лет часто болела ангинами. По характеру формировалась вспыльчивой, эмоциональной, ранимой, обидчивой, в меру общительной, чаще предпочитала находиться в одиночестве. До 9 лет любила подвижные игры со сверстниками (салки, жмурки, казаки-разбойники). Игрушки ломала, кукол стригла, выкалывала глаза.

Детские дошкольные учреждения не посещала, находилась дома с бабушкой. Воспитанием по типу доминирующей гиперпротекции со стороны матери и эмоционального отвержения со стороны отца. В семье применялись физические меры наказания.

В школу пошла 7 лет, адаптировалась легко. В 3-м классе (9 лет) с семьей переехала в город, поменяла школу. С трудом влилась в новый коллектив, отмечались дисморфофобические переживания (стеснялась своей полноты, того, что у нее слишком кудрявые волосы). Училась посредственно. Любимые предметы – литература, биология, черчение.

Увлекалась легкой атлетикой, плаванием, коллекционированием открыток, однако увлечения были нестойкими. Любила ходить в походы, собирать грибы, ездить на рыбалку.

В 15 лет, после окончания 8-го класса поступила в швейное училище, где училась 3 г., во время первого года обучения жила в общежитии, затем ежедневно ездила домой.

Курит с 16 лет («не хотела быть белой вороной в училище»). Первая проба алкоголя в 17 лет. В последующем алкоголь употребляла по праздникам, в компании (шампанское, вино, пиво).

В 18 лет была подвергнута насилию. В течение месяца переживала по этому поводу, винила себя.

В 18 лет устроилась работать швеей на фабрике. В 20 лет вышла замуж, имеет 2-х детей. Отношения в семье дисгармоничные, муж злоупотребляет алкоголем, в состоянии опьянения агрессивен, бьет пациентку. Неоднократно пациентка с детьми уходила от мужа.

С 1996 г. в связи с закрытием начала работать на рынке реализатором. С 1997 г. стала готовить на заказ еду для продавцов на рынке. С 2000 г. начала периодически в свободное время играть в игровую приставку сына. Дважды (весной 2001 и 2002 г.г. работала в Москве. В июне 2002 г. в связи с беременностью вернулась в родной город. Через 2 месяца после рождения 2-го ребенка из-за финансовых трудностей была вынуждена работать (торговала на рынке). С лета 2003 г. начала вновь готовить еду для продавцов. Работа в сфере торговли не нравилась, «приходилось переступать через себя». В это время муж стал чаще выпивать, испытывала постоянное напряжение, неудовлетворенность.

В октябре 2003 г., увидев играющих в игровые автоматы людей, сама из любопытства однократно сыграла. После того, как на ее глазах знакомый выиграл 1000 рублей, любопытство возросло, стала играть периодически, когда проходила мимо автоматов. Выиграв 1.5 тыс.рублей, испытала чувство радости, эйфорию, «домой как на крыльях прилетела, хотелось прыгать, кричать, танцевать». Стала думать об игре, возникло желание сыграть вновь. Периодически играла в свободное время, сохраняя количественный контроль (при проигрыше в 100 рублей останавливалась). В ноябре по совету знакомой стала играть в другой автомат («Ковбой»), который оказался интереснее и стоил дешевле (2 рубля). Стала чаще выигрывать (максимально – 1000 рублей). Во время игры «отвлекалась от всего мира, ощущала расслабление, отвлекалась от повседневных забот». С декабря дома стала думать об играх, мечтая,

что завтра вновь сыграет, ходила к автоматам уже специально, но только тогда, когда позволял размер дневного заработка. В те дни, когда сидела дома с ребенком, думала об игре, но специально к автоматам не ездила.

С февраля 2004 г. стала работать ежедневно, т.к. возникли финансовые проблемы. В конце, случайно войдя в игровой зал (относила еду инкассаторам), заинтересовалась стоявшими там автоматами. Из 4-х выбрала наиболее интересный для себя («побег из Алькатраса»), в который в дальнейшем и играла ежедневно. Постепенно стала нарастать экспозиция (могла играть до 1,5 часов) и частота игр. С марта 2004 г. стало возникать ощущение усталости во время игры, резь в глазах, чувство онемения в руках, покалывание в сердце. Нарушился сон (затруднено засыпание), стала испытывать постоянную возбужденность, внутреннюю дрожь в теле. Начала занимать деньги у инкассаторов (по 100-200 рублей). В апреле выросла экспозиция (до 4-х часов), стала делать большие ставки и соответственно больше выигрывать. Максимальный выигрыш составил 11,5 тыс. рублей. Деньги приносила домой, но на следующий день брала их для игры. Могла проиграть зарплату мужа, занимала деньги у соседей, у инкассаторов. Старалась уже каждую свободную минуту провести в игровом зале, играла по несколько раз в день (в перерывах, после работы, несколько раз приезжала специально из дома). Максимальная экспозиция около 8 часов. В связи с появившимся увлечением ухудшились взаимоотношения с родителями, которые пытались предостеречь ее. После игр стали возникать головокружение, головные боли. Постепенно снизилось либидо. В мае стала избегать общения, шумные компании, предпочитала одиночество. Влечение к играм стало доминировать в сознании, вытесняя другие потребности, стала меньше времени уделять детям.

21 мая 2004 г. планировала после работы купить продукты на рынке для приготовления к дню рождения мужа, который собирались отмечать 22 мая. Утром собралась на рынок заказ и приготовила еду в квартире матери. Настроение было обычным. Около 10 ч. 30 мин стала разносить еду. Было желание скорее раздать все и идти играть. Часть вырученных денег потратила на продукты, со 150 рублями вошла в игровой зал. В процессе игры испытывала раздражение, т.к. за спиной стояло много «зевак», наблюдавших за игрой (что бывало и ранее). Проиграв 150 рублей, во время перерыва на инкассацию пошла на рынок за оставленными продуктами, которые отнесла в квартиру матери. Там встретила родственницу, с которой вынуждена была общаться. Во время разговора испытывала возбужденность, внутреннюю дрожь, думала только о том, чтобы скорее вернуться в игровой зал, т.к. обещала мужу вернуться домой пораньше с целью приготовления к предстоящему торжеству. Взяв у матери 2000 рублей (для продуктов на праздничный стол) и, купив продукты на половину суммы, около 12 ч. 30 мин вошла в игровой зал. 1000 рублей оставила специально для игры. Проиграв всю сумму, стала просить инкассатора «ставить» в долг по 500-1000 рублей. Инкассатор со своей стороны предлагала сыграть еще, т.к. предполагала предстоящий выигрыш. В конце игры сумма долга составила 2500 рублей. Несмотря на сложившийся стереотип (отдавать деньги утром), инкассатор стала требовать возврата долго в тот же вечер, аргументируя опасениями предстоящей ревизии. В 16 ч. пациентка поехала домой. За ужином выпила с мужем по 0,5 литра пива и начала готовить еду. Весь вечер думала о том, под каким предлогом ей выйти из дома, чтобы вернуть долг инкассатору. Около 22 ч., взяв из дома 1500 рублей, поехала с сыном к матери (отвезить продукты для рынка). Испытывала тревогу, переживала, как признаться в проигрыше мужу. В то же время «испытывала острое желание поиграть и отыграться». Оставив сына у матери, пошла в игровой зал. Отдав 1500 рублей, стала просить инкассатора отсрочить выплату оставшегося долга до завтра. По реакции ин-

кассатора поняла, что у той плохое настроение, предположила, что она с кем-то поссорилась, т.к. была необычно агрессивно настроена. Просила также сыграть еще в долг, на что получила отказ. Кроме того, со слов пациентки, инкассатор начала кричать, обзывать и шантажировать пациентку тем, что расскажет все родителям и мужу пациентки. В ответ пациентка стала шантажировать инкассатора тем, что заявит на нее в милицию по поводу торговли наркотиками. Завязалась драка. Инкассатор схватила нож и стала угрожать пациентке, пациентка отобрала у нее нож, поранив 2 пальца и, когда инкассатор нагнулась за стулом, нанесла ей удар ножом в спину, считая, что инкассатор хочет нанести ей удар стулом. Как наносила остальные удары, не помнит. Придя в себя, увидела, что инкассатор не шевелится и не дышит. Поняв, что убила человека, почувствовала тошноту, учащенное сердцебиение, приливы жара и озноба, ощущение «ватности» ног. Возникла мысль: «Что же я натворила?!» Некоторое время стояла в растерянности, глядя на труп. Затем, осмотрев свою одежду, взяла нож и, шатаясь, вышла на улицу, где возникла рвота. Доехав на маршрутном такси до дома, выбросила нож. По пути домой и дома мучила мысль, признаться ли ей в содеянном или нет, как жить дальше. Придя домой, осмотрела свою одежду, переделалась, приняла душ. Неотступно перед глазами возникала картина убитой ею женщины, что сопровождалось тошнотой и рвотой. Отмечалась борьба мотивов: с одной стороны, считала, что должна понести наказание, с другой – боялась этого. Возникли суицидальные мысли. Всю ночь не могла уснуть, отмечались онемение конечностей, сердцебиение, головокружение, слабость. Утром «все валилось из рук», «коленки подгибались», была подавлена. На расспросы родных, что случилось, ссылалась на головную боль. Днем как обычно отработала. Глядя на толпу людей, стоявших возле зала игровых автоматов, ощущала звон в ушах, казалось, что потеряет сознание. Вечером на расспросы гостей отвечала, что близко к сердцу восприняла известие об убийстве инкассатора. 24-го мая была вызвана к следователю. По пути приняла решение сделать признание. Ночь провела в СИЗО. При выезде на место происшествия вновь ощутила тошноту.

Первые недели после содеянного плакала, не могла смотреть в глаза близким. Снижился аппетит, похудела на 15 кг, исчезло либидо, появились головные боли в затылочной области, головокружение, боли в сердце колющего и ноющего характера, чувство нехватки воздуха, раздражительность, утомляемость; нарушился сон, перед сном возникали наплывы воспоминаний, хотелось кричать, часто просыпалась ночью. Испытывала тревогу, была подавлена, залеживалась, никого не хотела видеть, все делала автоматически, через силу. Возникли суицидальные мысли.

Психический статус на момент поступления: Сознание ясное, алло- и ауопсихически ориентирована правильно. Мимика и пантомимика, эмоциональные реакции живые, несколько неадекватны ситуации, при беседе улыбается. Речь в обычном темпе, на вопросы отвечает в плане заданного. Жалобы на тревогу, раздражительность, частую смену настроения по малейшему поводу, головокружение, головные боли в затылочной и височных областях (и распирающего, и сдавливающего характера), затрудненное засыпание, поверхностный сон, отсутствие чувства отдыха после сна, вялость, разбитость, неотступные мысли о совершенном деянии, переживания о своем будущем, рассеянность внимания, ухудшение памяти, снижение аппетита, либидо. Отмечает, что состояние возникло 21 мая, в настоящее время отмечается послабление симптоматики (появилось желание выполнять работу по дому, заниматься воспитанием детей), что связывает с поддержкой и пониманием со стороны мужа. Отмечает, что несмотря на возникшую проблему сохраняется влечение к игре, сдерживаемое усили-

ем воли, что и явилось причиной обращения в Центр «Феникс». Свое состояние считает болезненным.

Соматический статус: гиперстенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы обычной окраски. АД – 130/90 мм рт ст. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен бело-желтым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается отеки конечностей.

Неврологический статус: в позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет с легкой интенцией слева. Отмечается асимметрия носогубных складок (левый угол рта ниже правого), положительный симптом Хвостека с обеих сторон. Сухожильные рефлексы живые, слева выше.

Данные дополнительных методов исследования:

МРТ головного мозга с ангиографией 11.08.04 г.: Белое и серое вещество дифференцируются нечетко (из-за артефактов). МРТ-признаков патологических изменений структур головного мозга не выявлено.

ЭЭГ 10.08.04 г.: В записи прослеживается межрегионарная асимметрия. В передних отделах мозга (лобные области) изменения по органическому типу. Четко сформирован фокус пароксизмальной активности в глубоких отделах мозга (передние отделы ствола).

РЭГ 10.08.04 г.: наполнение крупных, средних и мелких артериальных стволов слева значительно повышено, тонус артерий мелкого калибра и артериол значительно повышен справа, периферическое сопротивление значительно повышено, венозный отток значительно затруднен в обоих бассейнах.

Общий анализ крови 10.08.04 г. без патологии.

Биохимический анализ крови – повышение уровня АСТ (1,26)

Гормональное исследование 10.08.04 г.: повышение уровня тестостерона – 1,38 нг/мл (норма 0,07-0,65), снижение уровня ФСГ – 1,94 (норма 3,4 –12,0).

Опросник депрессии Бека 11.08.04 г. – 16 баллов, шкала тревоги Шихана – 110 баллов.

Патопсихологическое исследование 12.08.04 г. (психолог Баранова И.В.): «При обследовании на первый план выступают признаки выраженной социальной дезадаптации при эмоционально-личностном паттерне психопатической личности экспансивно-шизоидного типа с высоким риском агрессивного поведения в сочетании с умеренными нарушениями произвольности познавательных процессов и полиморфными соматическими жалобами.

27.08.04 г. проведен консилиум в составе врачей: Кравцовой С.П., Солдаткина В.А., Мирзаевой Л.М., установлен диагноз: «Болезнь зависимого поведения (нехимическая зависимость – патологическое влечение к азартным играм), 2-я стадия» (нозологический), «Патологический гемблинг», «Смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (по МКБ-10), разработана тактика лечения.

ПК-18.2. Применяет основные положения и достижения прикладных научных исследований при решении профессиональных задач

ПК-18.2. Знать: основные положения и достижения прикладных научных исследований и решить с их помощью следующие тесты.

Тест № 1

Виды психиатрии:

- а) клиническая;
- б) биологическая ;
- в) социальная;
- г) этническая;
- д) пограничная;
- е) судебная;
- ж) криминальная;
- з) детская и подростковая;
- и) наркология;
- к) все, кроме Г;
- л) все, кроме Д;
- м) все, кроме И.

Тест № 2

Судебная психиатрия – это:

- а) самостоятельный раздел психиатрии, изучающий проблемы психиатрии в специальном отношении к нормам уголовного и гражданского права,
- б) самостоятельный раздел уголовного права, изучающий общественно опасные деяния, совершенные психически больными людьми;
- в) самостоятельный раздел гражданского права, определяющий правовое положение лиц с психическими расстройствами в гражданском процессе;
- г) верно все перечисленное

Тест № 3

Задачами судебной психиатрии являются:

- а) производство судебно-психиатрических экспертиз в уголовном и гражданском процессах;
- б) осуществление принудительного лечения невменяемых и ограниченно вменяемых;
- в) выявление, диагностика и лечение психических расстройств в учреждениях исправительно-наказательной системы;
- г) изучение механизмов криминогенности и виктимности психических расстройств;
- д) разработка методов предупреждения преступлений, совершаемых психически больными;
- е) верно все;
- ж) верно все, кроме д;

Тест № 4

Судебная психиатрия тесно связана с науками:

- а) Биологическими (генетика, анатомия, биохимия, физиология, рентгенология);
- б) Психологическими (психология, психофизиология, нейропсихология, экспериментальная психология);
- в) Общественными (социология, педагогика);
- г) Юридическими: государство и право, уголовное право, гражданское право, криминалистика;
- д) со всеми перечисленными;
- е) со всеми, кроме В

Тест № 5

Формула невменяемости содержит критерии:

- а) медицинский;
- б) криминалистический;
- в) юридический;
- г) биохимический;
- д) волевой;
- е) интеллектуальный;
- ж) верно А и В;
- з) верно Д и Е;
- и) верно Б и Г.

Тест № 6

Медицинский критерий невменяемости – это:

- а) наличие психического расстройства;
- б) неспособность понимать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими;
- в) верно А и Б;
- г) оба ответа не верны.

Тест № 7

Назовите хронические психические расстройства:

- а) шизофрения
- б) маниакально-депрессивный психоз
- в) эпилепсия
- г) старческие психозы
- д) невроз
- е) верно все, кроме В;
- ж) верно все, кроме Д;

Тест № 1

Гражданская дееспособность возникает в полном объеме

- а) с рождения
- б) с 14 лет
- в) с 18 лет
- г) с 21 года
- д) с 16 лет

Тест № 2

Укажите критерии недееспособности:

- а) медицинский
- б) социальный
- в) юридический
- г) биологический
- д) патопсихологический
- е) мотивационный

- ж) интеллектуальный
- з) верно все
- и) верно Е и Ж
- к) верно А и В
- л) верно все кроме Д

Тест № 3

Медицинский критерий недееспособности – это:

- а) страдание психическим расстройством
- б) страдание хроническим, временным, слабоумием или иным психическим расстройством
- в) страдание хроническим психическим расстройством
- г) страдание любым хроническим расстройством
- д) неспособность понимать значение своих действий или руководить ими
- е) ограниченная способность понимать значение своих действий или руководить ими
- ж) неспособность понимать значение своих действий и руководить ими

Тест № 4

Юридический критерий недееспособности – это:

- а) страдание психическим расстройством
- б) страдание хроническим, временным, слабоумием или иным психическим расстройством
- в) страдание хроническим психическим расстройством
- г) страдание любым хроническим расстройством
- д) неспособность понимать значение своих действий или руководить ими
- е) ограниченная способность понимать значение своих действий или руководить ими
- ж) неспособность понимать значение своих действий и руководить ими

Тест № 5

После признания гражданина недееспособным:

- а) над ним устанавливается опека
- б) над ним устанавливается попечительство
- в) ему назначаются принудительные меры медицинского характера
- г) возможны все перечисленные варианты

Тест № 6

Формула ограниченной дееспособности:

- а) содержит медицинский и юридический критерии
- б) содержит интеллектуальный и волевой критерии
- в) содержит наркологический и социальный критерии
- г) критериев не содержит

Тест № 7

После признания гражданина ограниченно дееспособным:

- а) над ним устанавливается опека
- б) над ним устанавливается попечительство
- в) ему назначаются принудительные меры медицинского характера

г) возможны все перечисленные варианты

Тест № 8

Укажите основания для прекращения ограничения дееспособности:

- а) выздоровление гражданина
- б) прекращение злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами
- в) развод
- г) верно все
- д) верно Б и В

Тест № 9

Назначение судебно-психиатрической экспертизы по делу о признании гражданина ограниченно дееспособным :

- а) желательно
- б) обязательно
- в) необязательно
- г) вопрос решается судом

Тест № 10

Перечислите виды судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе:

- а) Амбулаторная
- б) Стационарная
- в) В зале суда
- г) Заочная
- д) Посмертная
- е) все перечисленные
- ж) все, кроме Б
- з) все, кроме В

ПК-18.2. Уметь: применять основные положения и достижения прикладных научных исследований

Уметь применять основные положения и достижения прикладных научных исследований в области судебной психиатрии при изложении ответов на следующие вопросы:

1. Основания и порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы в соответствии с законодательством РФ.
2. Характер преступления и его мотивы, как одно из оснований для назначения судебно-психиатрической экспертизы.
3. Процессуальная форма постановления следователя о производстве судебно-психиатрической экспертизы.
4. Понятие судебно-психиатрический эксперт.
5. Экспертные комиссии в системе органов здравоохранения (при психиатрических больницах, психоневрологических диспансерах).
6. Комплексные экспертные комиссии.

7. Государственный центр социальной и судебной психиатрии им. В.И. Сербского, его функции.
8. Виды судебно-психиатрических экспертиз (стационарная, амбулаторная и др.).
9. Срок стационарной экспертизы.
10. Процессуальная характеристика заключения судебно- психиатрической экспертизы.
11. Задачи работников органов следствия
12. Особая значимость Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».
13. Принципы оказания психиатрической помощи.
14. Структура психиатрической помощи гражданам.
15. Виды амбулаторной психиатрической помощи.
16. Основания недобровольной психиатрической помощи гражданам.
17. Процедура судебного контроля за госпитализацией лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Задания

- Индивидуальный анализ архивных медицинских документов лиц, выявление конкретных симптомов психического расстройства, определение степени социальной опасности лица вне наблюдения и лечения в условиях психиатрического стационара.
- Изложение преподавателю результатов анализа медицинских и юридических документов.
- Индивидуальный анализ архивного постановления следователя о назначении судебно-психиатрической экспертизы.
- Письменно в тетради обозначить основания назначения судебно-психиатрической экспертизы в конкретном архивном документе.
- Обсуждение с преподавателем возможных ошибок следователя в формулировке вопросов психиатру-эксперту в архивном постановлении о назначении судебно-психиатрической экспертизы.

ПК-18.2. Владеть: навыками применения основные положения и достижения прикладных научных исследований

Применить навыки владения основными положениями и достижениями прикладных научных исследований в области судебной психиатрии при решении ситуационной задачи.

Ситуационная задача. Студентам предлагается ознакомиться с материалами экспертизы (вариант приведен ниже), после чего ответить (устно или письменно) на вопросы по теме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

комиссионной посмертной судебно-психиатрической экспертизы по делу об установлении факта родственных отношений и признании завещания Т.Т.В. недействительным.

Комиссионная посмертная судебно-психиатрическая экспертиза произведена согласно определения судьи ... от 19 сентября 2001 года) комиссией в составе: ...

Перед экспертами поставлен следующий вопрос:

Могла ли Т.Т.В. в силу своего состояния здоровья отдавать отчет в своих действиях и руководить ими на момент составления завещания 11 июня 1998 года?

В распоряжение экспертов были предоставлены материалы гражданского дела №..., медицинская карта №... стационарного больного, амбулаторная карта на 65 листах, история болезни №... стационарного больного, амбулаторная карта из Ростовского городского онкологического диспансера №...

Права и обязанности эксперта, предусмотренные ст. 76 РФ, разъяснены. Об уголовной ответственности по ст.ст. 307, 308 УК РФ за дачу заведомо ложного заключения предупреждены (подписи экспертов).

Из материалов гражданского дела и медицинских документов известно, что Т.Т.В., 1936 г. рождения, проживала в 1/2 домовладения, доставшегося ей в результате сделки дарения от матери (договор дарения № 1-386 от 18.02.75) (исковое заявление, л.д. 3-6 и 12). После смерти матери Т.Т.В. осталась жить одна и родственники продолжали помогать ей в поддержании жилого дома, подсобных строений и земельного участка, поддерживали с сестрой родственные отношения (исковое заявление, л.д. 3-6). В 1994 г. Т.Т.В. познакомилась с Н.Т.М. С 1996 г. периодически Т.Т.В. обращалась к Н.Т.М. с просьбами бытового характера, бывала у нее в гостях. Н.Т.М. показала (л.д. 36-38), что в 1996 г. не замечала у Т.Т.В. психических отклонений. Известно, что родители Т.Т.В. умерли от атеросклероза и гипертонической болезни: отец умер 03.07.72 в возрасте 68 лет от общего атеросклероза с гипертонической болезнью III стадии, осложнившейся гемипарезом (неполный паралич вследствие инсульта – кровоизлияния в головной мозг – эксперты) (л.д. 13 - свидетельство о его смерти), мать умерла 21.04.81 в возрасте 74 лет от кардиосклероза атеросклеротического (люди. 14), ее родной брат страдает сахарным диабетом (показания истца, л.д. 33-36). Родилась второй из четырех детей. Сведений о раннем развитии, образовании и трудовой деятельности нет. Из амбулаторной карты установлено, что в марте 1994 г. у Т.Т.В. был обнаружен «сахарный диабет, 2 ст.». 2-го августа того же года в амбулаторной карте описываются головокружения, слабость и дополнительно к сахарному диабету устанавливается диагноз «церебросклероз» (склеротическое поражение сосудов головного мозга – эксперты) В последующем многократными записями в амбулаторной карте диабет 2-ой степени, средне-тяжелая форма и сосудистое поражение мозга подтверждаются (записи от 08.08.94, 27.10.94, 15.11.94, 18.06.95). Во всех медицинских записях фиксируются как признаки диабета, так и сосудистого поражения головного мозга (головокружения, слабость, а 15.11.94 и агрессивность). В связи с этим с этого времени и уже до конца жизни ей назначались препараты как от диабета, так и от поражения сосудов мозга. Несмотря на постоянный прием антидиабетических препаратов с октября 1994 г. по июнь 1995 г. анализы крови оставались неблагоприятными: глюкоза в крови доходила до 17,2 – 19,3 ммоль/л (верхняя граница нормы 5,5 ммоль/л), а в моче - до 15-35 г/л. (в норме должна отсутствовать), что клинически и лабораторно позволяло врачу квалифицировать форму диабета как декомпенсированную, а течение – как тяжелое (амбулаторная карта). С начала 1995 г. Т.Т.В. неоднократно предлагалась госпитализация в стационар, однако она от госпитализации отказывалась. В записи от 06.04.95 для ее лечения предлагается перейти на инъекции инсулина. В июне 1995 г. (запись от 18.06.95) был выставлен диагноз: са-

харный диабет, инсулинзависимая форма, декомпенсация. В октябре 1995 г. при осмотре глазного дна врач-окулист обнаруживает сужение артерий глазного дна, а через семь месяцев при повторном осмотре (май 1996 г.) фиксируется отрицательная динамика (ухудшение) - обнаруживается резкое сужение артерий глазного дна и устанавливается диагноз «ангиопатия сосудов сетчатки глаза. До ноября 1995 г. Т.Т.В. получала 20 единиц инсулина, затем доза была повышена до 24 единиц. Несмотря на регулярное лечение, состояние не улучшалось: глюкоза в крови продолжала колебаться до 13 ммоль/л, сохранялись жалобы на головокружение, слабость, сухость во рту, жажду, отмечалось повышение АД (кровенного давления) до 150/80 мм рт.ст. С лета 1996 г. доза инсулина была повышена до 28 единиц. В августе 1996 г. Т.Т.В. в результате осмотра ЛОР-врача был установлен диагноз: возрастная тугоухость. В августе 1997 г. на фоне повышения АД до 160/90 мм рт. ст. у Т.Т.В. появились отеки нижних конечностей. 27.11.97 г. у Т.Т.В. внезапно появилась слабость в левых конечностях, речь стала затрудненной, она упала. Была осмотрена специалистами, которые диагностировали «гипертоническую болезнь 3 стадии (наиболее тяжелую форму - эксперты), острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне правой средней мозговой артерии, левосторонний гемипарез (частичный паралич руки и ноги с левой стороны - эксперты). Признаки неполного паралича сохранялись еще в декабре 1997 г., что было зафиксировано невропатологом в амбулаторной карте. В последующем, несмотря на прием сосудорасширяющих и сердечных препаратов, сохранялось стойкое повышение кровяного давления (180-170/110-100 мм рт.ст.). В январе 1998 г. у Т.Т.В. в полости малого таза была обнаружена опухоль, в связи с чем она была госпитализирована в хирургическое отделение городского онкологического диспансера, где находилась с 12.01.98 г. по 06.02.98 (история болезни 9027/97). 14.01.98 ей была проведена операция пангистерэктомии (удаление матки с придатками - эксперты) по поводу «злокачественной опухоли Бреннера в левом яичнике с метастазами в правую маточную трубу и в большой сальник» (гистологический анализ 2761-86 от 15.01.98.). 24.01.98 г. ей была начата химиотерапия (история болезни и акт СПЭ). 02.02.98 лечащий врач отметил (история болезни 9027/97): «Состояние средней тяжести, заторможена, в обстановке ориентируется плохо. Возбуждена. В анализе крови обнаружена мочевины 11,7 ммоль/л, назначена дезинтоксикационная терапия». В дневнике от 5.02.98 той же истории болезни врач записал, что состояние больной остается средней тяжести, то возбуждена, то заторможена, отказывается от лечения, считает, что ее хотят отравить, в контакт вступает плохо. Она лежала в постели, никого не узнавала (из показаний Х.М.В., л.д. 33-36). Была назначена консультация психиатра. На следующий день, 6.02.98, Т.Т.В. была осмотрена психиатром, который выявил, что «речевой контакт затруднен. В собственной личности ориентирована частично, в месте и времени не ориентирована. Наблюдается психомоторное возбуждение в пределах постели». Отказывается от еды, от приема медицинских препаратов, так как считает, что ее хотят отравить. Считает, что ее «неправильно лечат, кормят». Болезненное состояние диагностировано как «Соматогенный психоз, синдром параноидный (бредовой – эксперты)». Психиатр рекомендовал после выписки из онкодиспансера обратиться к районному психиатру в связи с необходимостью стационарного лечения в психиатрической больнице. «Выписана по настоянию родственников» (запись в истории болезни), однако Н.Т.М. этот факт отрицает и заявляет, что «разговора о том, чтобы положить Т.Т.В. в психиатрическую больницу не было» (л.д. 36). Выписана была Т.Т.В. из онкодиспансера с диагнозом: основным -: «злокачественная опухоль яичников, стадия 3, клиническая группа 2», сопутствующими - хроническая ишемическая болезнь сердца; гипертоническая бо-

лезнь 2-6 степени; сахарный диабет. Осложнение - соматогенный психоз». Врач-психиатр Ростовского облпсихдиспансера Б.К.И, допрошенный в суде в качестве свидетеля показал (л.д. 46-47), что именно он консультировал Т.Т.В. в онкологическом диспансере. Она не отвечала на вопросы адекватно. Он диагностировал психоз, что означает то, что человек не отдает отчета своим действиям. Соматогенный – вызванный чем-то. Параноидный синдром, который он ей установил, означает наличие у нее на тот период бреда – (болезненных – эксперты) суждений, не поддающихся коррекции. Он рекомендовал ей специальное лечение. Однако она к психиатру не обращалась. В заключении экспертов ОПД значится, что после выписки из онкологического диспансера Т.Т.В. к райпсихиатру не обращалась, в психиатрическую больницу не стационарировалась, участковыми терапевтом и онкологом не наблюдалась. Однако, в амбулаторной карте за 03.09.98 сделана запись участкового терапевта: «Н/д (что означает – осмотр врачом «на дому», зафиксирован диагноз «гипертоническая болезнь II стадии, ей выписан номерной бесплатный рецепт). После этого в амбулаторной карте перерыв записей до 17 июня 1998 года, когда делается очередная запись уже после ее выписки из БСМП-2, где она находилась в период с 11 по 16 июня 1998 г. Учитывая, что все предыдущие 17 июня 1998 и все последующие записи врача выполнялись аккуратно не реже 1-го раза в месяц, производились врачом на дому при осмотре Т.Т.В., что ее состояние после выписки требовало систематического наблюдения, которое продолжалось после записи от 17 июня 1998 (уже после подписания завешания), учитывая, что врач Г.Л.Н. в суде показала (л.д. 41-42), что после операции, она посещала ее на дому. Состояние л.д. 63 позволяет предположить о его повторной подклейке, а сведения о том, наблюдалась ли Т.Т.В. после выписки или не наблюдалась, являются значимыми для экспертов. В этой ситуации считаю необходимым исключить возможность работы экспертов с подложным документом, из которого изъят ряд листов. Для этого прошу суд назначить соответствующую экспертизу. Тем паче, что врач Г.Л.Н. в суде показала (л.д. 41-42), что она посещала Т.Т.В. на дому и та не всегда узнавала врача, «отвечала невпопад» (л.д. 42). Врач пояснила, что Т.Т.В. выписали досрочно в связи с тем, что она себя «плохо вела», после инсульта Т.Т.В. «стала хуже» (л.д. 42). Ей делались уколы. Из показаний Хлюстовой М.В. (л.д. 33-36) следует, что в феврале 1998 г. ТТВ была нервной, возбужденной, крикливой. Из показаний Т.А.В. (л.д.31-33): будучи допрошенным в суде рассказал, что Т.Т.В. после выписки была очень «раздражительна, боялась совершенно всего, иногда двери не открывала, когда (к ней) приходили Бывало не узнавала родственников. ... могла что-то попросить, а потом забывала о просьбе». Также Т.Т.В. проявляла «вредность характера», которая после операции значительно усугубилась. Свидетель С.Н.В. (л.д. 51-52) показала, что была у Т.Т.В. в июне 1998 г. и та «плохо себя чувствовала». Из медицинской карты N 2021/811 БСМП-2 следует, что заболевание у Т.Т.В. внезапно обострилось 10-го июня 1998 г. Со слов доставившей ее «дочери», в медицинскую карту при поступлении врачом записано, что 10.06.98 она потеряла сознание, появилась слабость в левой руке и ноге, речь стала невнятной. В стационар она была доставлена Н.Т.М. на личном транспорте лишь вечером следующего дня (исковое заявление, л.д. 3-6). В стационар она поступила 11.06.98 в 21.04 по экстренным показаниям с признаками нарушения мозгового кровообращения (медицинская карта N 2021/811 и показания врача, принимавшего Т.Т.В. в момент госпитализации в БСМП, - л.д. 44-45). При поступлении состояние Т.Т.В. было квалифицировано как тяжелое, была пассивной, с бледными кожными покровами и слизистыми, АД=150/90, нервно-психическое состояние описывалось как затрудненный контакт, некоторая заторможенность, невнятность речи (запись принимавшего ее дежурного

врача). Диагноз на момент поступления был установлен: «Гипертоническая болезнь III стадии, ишемическая болезнь сердца, нарушение ритма по типу экстрасистолии, сахарный диабет II типа, острое нарушение мозгового кровообращения». Т.Т.В. была помещена в отделение (показания третьего лица Б.А.В. (л.д. 39-40)). В ту же ночь в палате на койке Т.Т.В. подписала оспариваемое завещание (показания третьего лица Б.А.В. (л.д. 39-40)). Согласно показаниям последнего, он знал о том, что на момент подписания завещания у нее был гипертонический криз и нарушение мозгового кровообращения, но посчитал, что кровяное давление в 150/90 является небольшим скачком давления в ее возрасте. Сообщил, что она рассказала ему о том, что чувствовала себя плохо и теряла сознание, четко и ясно отвечала на все вопросы, расписалась, вела себя совершенно адекватно. Однако, Б.А.В. показал (л.д. 40), что его «не беспокоит, что она психически больна», так как «вела себя совершенно адекватно». Он же дал суду пояснения о том, что для установления «диагноза психически ненормального человека необходим консилиум трех врачей» (что грубо противоречит Закону РФ о психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании), и о том, что консультация психиатра не говорит о нарушении» (л.д. 40). В акте СПЭ, проведенной комиссией Ростовского облпсихдиспансера записано, что «12.06.98 Т.Т.В. была проконсультирована невропатологом, который установил диагноз "Ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии". Невропатологом отмечено, что "контакт с больной затруднен из-за тугоухости пациентки, сознание ясное". Было назначено соответствующее лечение. До 15.06.98 по записям в истории болезни №20218\811 дежурных врачей состояние больной было "стабильное, сознание и соматический статус без существенной динамики"». Однако, ознакомление с подлинником истории болезни №20218\811 обнаруживает, что 12.06.98 в 7.00 после капельного внутривенного введения раствора ницерголина в дозе 0,004 терапевт фиксирует у нее АД=140/85, а через несколько часов АД=200/110 и отек левой кисти, голени и стопы, а невропатолог фиксирует у Т.Т.В. «левостороннюю гемиплегию (полный левосторонний паралич), гемигипестезию (нарушение чувствительности левой половины тела) и гематому затылочной области диаметром 3.0 см (кровоизлияние под кожу головы, полученное вследствие удара), диагностирует «ишемический инсульт в правой средней мозговой артерии» и назначает консультацию нейрохирурга. Несмотря на проводимую интенсивную терапию кровяное давление у Т.Т.В. держалось на высоких цифрах (200-180-170-160/110-100-95-80). 15.06.98 ее состояние обозначается как тяжелое, подтверждается левосторонний полный паралич («в левой ноге и руке движения отсутствуют»). Фиксируется снижение памяти. В тот же вечер (запись дежурного врача в 20.00) на АД 170/100 Т.Т.В. становится неадекватной, исчезает ориентировка в месте и пространстве, возникает двигательное возбуждение, она ложится в коридоре, там же мочится. На следующее утро 16.06.98 в 11.00 Т.Т.В. была осмотрена психиатром: «продуктивный контакт затруднен из-за тугоухости и нарушений речи. Больная заторможена (после седативных препаратов). Со слов медперсонала - двигательное (нецеленаправленное) возбуждение в вечерне-ночное время. Больная неопытна мочой и калом». Психиатр установила диагноз: "Дисциркуляторная энцефалопатия (повреждение головного мозга вследствие сосудистого поражения – эксперт ЛРНИЦ. Заключение экспертов ОПД о том, что это состояние после острого нарушения мозгового кровообращения не соответствует действительности, так как первые признаки энцефалопатии появились у Т.Т.В. уже в 1995 году задолго до острых нарушений мозгового кровообращения), состояние после острого нарушения мозгового кровообращения. Постинсультная асемическая деменция (слабоумие как результат инсульта) с психомоторным возбуждением». Был рекомендован индивидуальный пост (наблю-

дения) (из акта СПЭ). На следующий день, 16.06.98, Т.Т.В. была осмотрена эндокринологом, который внес запись «больная в контакт не вступает, сбор анамнеза невозможен». В судебном заседании психиатр И.Н.В. показала (л.д. 43), что вызывалась в отделение 2 раза, так как у Т.Т.В. развивалось психомоторное возбуждение. Оценивая ее поведение в больнице, заключила, что своим поведением Т.Т.В. руководить не могла. В тот же день 16.06.98 осматривается заведующим кардиологическим отделением, который пишет, что «сохраняются явления энцефалопатии, обусловленные атеросклерозом и ишемическим инсультом». В связи с неадекватностью поведения и невозможностью коррекции (психического состояния) транквилизаторами и антидепрессантами больная была выписана домой «под наблюдение участкового психиатра и невропатолога» в 22.00. Свидетельствуя в суде, врач М.С.Л. показал (л.д. 44), что на момент поступления у Т.Т.В. были признаки нарушения мозгового кровообращения, что определялось и визуально, и по жалобам, диагноз высказывался несколькими врачами. Он сам лично с ней беседовал. Выписал ее, потому что слышал, что она собирается выброситься из окна 12 этажа. Сказал, что «обычно таких больных отправляют к психиатру, но сначала ее надо (было) вылечить. Психиатр назначила индивидуальный (наблюдательный) пост. Она была выписана в связи с отсутствием в отделении транквилизаторов (препаратов для лечения психических расстройств), которые были ей прописаны (л.д.44-45). Ответчица тут же пояснила (л.д. 44), что «не верила в то, что Т.Т.В. может выброситься», она лишь хотела «походить по двору, подышать свежим воздухом.». Поэтому Н.Т.М. и забрала ее. После выписки из стационара к Т.Т.В., в соответствии с рекомендациями специалистов, ни психиатр, ни невропатолог не приглашались, хотя ряд свидетелей показали, что она продолжала вести себя неправильно. Так, свидетель В.Т.Г., (л.д. 47), показала, что заходила как соседка к Т.Т.В. в неделю раза два. В июне - июле 1998 г. Т.Т.В. «то плакала, то смеялась, у нее было состояние депрессии, то (говорила), что кто-то идет, то, что все хотят убить (ее). И раньше замечала, что она чего-то боялась, говорила, что кто-то ходит, дверью хлопает, но слышать не могла. В июне 1998 г., когда Т.Т.В. отвезли в БСМП, у нее было странное поведение, рассеянное внимание. За собой ухаживать совсем не могла. Рассказывать не могла, может быть понимала, что говорят, а может быть и нет (л.д. 48). После больницы она не могла за собой ухаживать». В записях врача в амбулаторной карте от 17.06.98, 23.06.98 указываются жалобы на головную боль, головокружение, слабость, шум в голове, плохой сон, запоры. 07.07.98 на дому врач фиксирует ухудшение состояния больной, а через неделю, 14-го июля 1998 года пишет «Посетить больную не было возможности. т.к. калитка заперта, на звонки никто не вышел», а следующая запись от 29.07.98 записано, что Т.Т.В. умерла в 9.00 утра без признаков насильственной смерти.

Таким образом, отвечая на поставленный судом вопрос, эксперт обращает внимание на следующее: по обеим линиям (мать, отец, родной брат) наследственная отягощенность атеросклерозом, гипертонической болезнью, которые протекали в тяжелых формах с такими осложнениями, как инсульт и паралич. Именно эти сосудистые болезни привели и мать, и отца к смерти. Наследственная предрасположенность к сосудистым заболеваниям подтверждается признаками антеципации (у последующих поколений болезнь начинается раньше и протекает более тяжело). В частности, младший брат Т.Т.В. умер в более раннем возрасте, чем родители, а она сама заболела в 58 лет сахарным диабетом, сразу в тяжелой декомпенсированной форме (2 стадия). В пользу особой тяжести болезни свидетельствует тот факт, что с марта по ноябрь 1994 г. на фоне приема сахаропонижающих препаратов сахар крови стабильно удерживался на высоком уровне (12,2-21,4), сохранялись клинические проявления болез-

ни, возникли осложнения сахарного диабета (фурункулы, гнойники). Фактически одновременно с сахарным диабетом возникли признаки сосудистого поражения головного мозга (головокружение, слабость), что было зафиксировано уже в 1994 году – Т.Т.В. установили диагноз: сахарный диабет, церебросклероз (сосудистое поражение головного мозга). В дальнейшем этот диагноз ни разу не подвергался сомнению и пересмотру. Оба заболевания приняли быстро прогрессирующий характер: прием сахаропонижающих препаратов не давал эффекта, уровень сахара в крови рос, глюкоза появилась и в моче (до 35, в норме - в моче глюкозы не должно быть). Неоднократно отмечалась декомпенсация сахарного диабета. Форма диабета вскоре стала инсулин-зависимой, что свидетельствует о значительном утяжелении болезни. Прогрессирование сосудистого заболевания – гипертонической болезни - проявлялось в том, что, несмотря на прием сосудорасширяющих и сердечных препаратов, артериальное давление последовательно повышалось (160/90 - 180/110 - 220/110 мм рт.ст.), а также в том, что гипертоническая болезнь уже через 2 года приобрела кризовое течение (что является неблагоприятным вариантом ее развития). Уже на третий год заболевания, осенью 1997 г., на фоне очередного сосудистого криза как наиболее частый вариант осложнения сочетания сахарного диабета и гипертонической болезни развилась сосудистая внутричерепная катастрофа – инсульт, проявившийся неполным параличом (гемипарезом) левых конечностей. В это же время у Т.Т.В., диагностирована уже не 2, а 3 (самая тяжелая) стадия гипертонической болезни. В 64 г. у Т.Т.В. обнаружена злокачественная опухоль яичника с метастазами, по поводу чего ей была проведена тяжелая хирургическая операция и вскоре начата химиотерапия. В этот период к сахарному диабету и гипертонической болезни присоединилась интоксикация, связанная с опухолью, операцией и лечением, и у больной остро возник психоз, проявляющийся бредом отравления и сопровождающим его бредовым поведением (отказ от еды, лечения в связи с убеждением в травле). Психиатр справедливо диагностировал параноидный (бредовой) синдром и отметил у Т.Т.В. нарушение ориентировки. В состоянии психоза с диагнозом "соматогенный психоз" Т.Т.В. и была выписана. Так как соматическая болезнь у Т.Т.В. не исчезла, а даже прогрессировала, у нее сохранялись и признаки параноидного состояния соматогенного происхождения: нервозность, возбужденность, крикливость, «не открывала двери», «всего боялась». Через несколько месяцев (10 июня 1998 г.) на фоне очередного криза гипертонической болезни у нее остро развился повторный тяжелый инсульт (кровоизлияние в мозг): она потеряла сознание (что говорит об особой тяжести мозгового осложнения) и упала, ударившись головой (в истории болезни зафиксирована крупная подкожная гематома волосистой части головы). О том, что инсульт возник еще 10-го свидетельствует запись в медицинской карте N2021/811, сделанной в момент приема – «10.06.98 она потеряла сознание, появилась слабость в левой руке и ноге, речь стала невнятной» и показания М.С.Л., принимавшего Т.Т.В. в момент госпитализации в БСМП-2 (л.д. 44-45). Почти сутки она находилась дома и только к исходу следующего дня была доставлена Н.Т.М. в БСМП-2. Согласно истории болезни госпитализирована по экстренным (следовательно, угрожающим жизни) показаниям в ночное время, что подчеркивает особую тяжесть болезни. При поступлении состояние Т.Т.В. квалифицируется принимающими врачами БСМП-2 как «тяжелое». Тяжелым состояние оставалось на протяжении всех дней ее пребывания в стационаре, о чем свидетельствует ее режим – она наблюдалась дежурными врачами 2-3 раза в день, исследования, включая аппаратные (ЭКГ) ей выполнялись на месте. Артериальное давление АД=150/90, намного более низкое, чем ее постоянное, не является свидетельством «хорошего состояния», а, наоборот, свидетельствует об особой тяжести болезни и острой фазе инсульта, для

которой как раз характерно падение давления. Именно поэтому на следующий день после госпитализации на фоне сосудоуспокаивающей интенсивной терапии оно вновь «подскочило» у нее до 200/110. С трактовкой тяжести состояния и характером болезни (повторное кровоизлияние в мозг) совпадает и описание ее внешнего вида («бледные кожные покровы и слизистые» – характерный вид гипертоника с острой фазой кровоизлияния в мозг и упавшим давлением) и нервно-психического состояния – «затрудненный контакт, некоторая заторможенность, невнятная речь» (запись принимавшего ее дежурного врача), что является характерными признаками для оглушенности – непароксизмального выключения сознания, типичного, полностью соответствующего характеру болезни (острая фаза инсульта) и ее локализации в моторную (управляющую движениями конечностей – рук и ног) зону головного мозга. Этому (локализации и особой тяжести) полностью соответствует зафиксированная специалистом-невропатологом на следующий день гемиплегия – полный паралич руки и ноги на левой стороне тела. Таким образом, Т.Т.В. была доставлена в БСМП-2 ночью 11-го июня 1998 года в острой фазе повторного инсульта (кровоизлияния в мозг) в бассейне кровоснабжения мозга правой средней мозговой артерией, что проявлялось состоянием нарушенного сознания и левосторонним параличом руки и ноги слева и соответствовало «тяжелому», опасному для жизни больному состоянию, зафиксированному принимавшими ее врачами. Именно в этом тяжелом, угрожающем жизни состоянии, в состоянии оглушения – нарушенного сознания, в ночное время (для ее болезни характерна суточная динамика болезни в виде ухудшения состояния в вечерне-ночное время) она и совершила оспариваемую сделку. Последующее развитие болезни (катамнез) соответствовало установленному диагнозу, характеру заболевания, его тяжести и осложнениям: подтверждалась левосторонняя гемиплегия (полный паралич левой половины тела), а по мере прояснения сознания выявилось постинсультное слабоумие (асемическая деменция), как следствие грубо-органического сосудистого поражения мозга, зафиксированное в больнице, как "дисциркуляторная (в результате нарушения мозгового кровообращения) энцефалопатия (невоспалительное поражение головного мозга)". Нелепое поведение Т.Т.В., неопрятность калом и мочой, сделали невозможным ее пребывание в соматическом стационаре и она была выписана домой в неоправданно короткий для ее болезни срок, на фоне тяжелых острых проявлений тяжелой болезни не по медицинским показаниям (не в связи с улучшением ее болезни), а по социальным – из-за невозможности обеспечить ей специальное наблюдение (пост), рекомендованное психиатром как раз из-за грубо дезорганизованного и нелепого поведения. О тяжести болезни говорит и тот факт, что через некоторое время эта болезнь и привела ее к смерти (27.07.98, без признаков насильственной смерти). Все это позволяет считать, что на момент оспариваемой сделки – подписания завещания в БСМП-2 через несколько часов после госпитализации по жизненным показаниям, находясь в тяжелом общем состоянии ночью 11-го июня 1998 года Т.Т.В. была в состоянии оглушения (нарушенного сознания), возникшего в острой фазе повторного инсульта. Повторные инсульты в бассейне правой средней мозговой артерии, проявившиеся левосторонней гемиплегией и гемигипостезией, являются осложнением основного заболевания, которым страдала подэкспертная, – гипертонической болезни, 3 стадии с кризовым течением, с формированием выраженной дисциркуляторной энцефалопатии и последовательной сменой параноидного синдрома асемической деменцией (после повторного инсульта). Этот диагноз соответствует комбинированному шифру: шифр «I64 – инсульт» (согласно раздела “Кодирование заболеваний, при которых могут возникнуть психические расстройства” МКБ - 10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра, действующая

на территории России с 1998 г.) и шифр «F06.811 – другие психотические расстройства, обусловленные повреждением головного мозга в связи с сосудистым заболеванием головного мозга» (нарушения сознания относятся к наиболее тяжелым психическим расстройствам и по степени своей тяжести соответствуют психотической симптоматике). Сопутствующее заболевание: сахарный диабет, инсулинзависимая форма, в стадии декомпенсации. В момент заключения сделки находилась в оглушении - состоянии нарушенного сознания. В силу оглушения в момент заключения сделки в ночное время 11 июня 1998г. не могла понимать значения своих действий, прогнозировать их последствия, не могла ими руководить. Болезненное состояние Т.Т.В. подтверждается объективным исследованием - почерковедческим, выполненным в Центральной Северо-Кавказской лаборатории судебной экспертизы. Согласно заключению эксперта В.Л.В., подпись Т.Т.В. под завещанием от 11 июня 1998 г., расположенная в строке «подпись», выполнена самой Т.Т.В. в необычном болезненном состоянии, что соответствует диагнозу «острое нарушение мозгового кровообращения».

ВЫВОД

На момент заключения оспариваемой сделки - подписания завещания в БСМП-2 вскоре после госпитализации по жизненным показаниям, находясь в тяжелом общем состоянии, ночью 11-го июня 1998 года Т.Т.В. находилась в болезненном психопатологическом состоянии - в состоянии оглушения (нарушенного сознания), возникшего в острой фазе повторного инсульта.

В момент подписания завещания (в ночное время 11 июня 1998 г.) Т.Т.В. находилась в состоянии нарушенного сознания – оглушении, в силу чего не могла понимать значения своих действий, их правовой характер, прогнозировать их последствия, не могла ими руководить.

ПК-18.3. Анализирует и эффективно обрабатывает полученную информацию для корректной обработки результатов

ПК-18.3. Знать: методы анализа информации для корректной обработки результатов исследований

Тест № 8

Юридический (психологический) критерий невменяемости определяет:

- а) степень тяжести болезни;
- б) уровень дезинтеграции и поражения психики;
- в) юридические последствия для человека;
- г) все верно;
- д) верно А и Б.

Тест № 9

Для констатации наличия юридического критерия необходимо:

- а) установление интеллектуального компонента;
- б) установление волевого компонента;
- в) обязательное установление обоих компонентов;
- г) верно А и Б.
- д) все ответы не верны.

Тест № 10

Перечислите варианты заключений, при которых обвиняемый может быть признан невменяемым:

- а) Болен хроническим психическим расстройством + Не осознает фактический характер своих действий + не руководит ими;
- б) Болен хроническим психическим расстройством + осознает фактический характер своих действий + не руководит ими;
- в) Болен хроническим психическим расстройством + Не осознает фактический характер своих действий + руководит ими;
- г) Болен временным психическим расстройством + Не осознает фактический характер своих действий + не руководит ими;
- д) Не страдает психическим расстройством + Не осознает фактический характер своих действий + не руководит ими;
- е) Не страдает психическим расстройством + осознает фактический характер своих действий + руководит ими;
- ж) верно А, Б, Г;
- з) верно все, кроме Г и Д;
- и) верно все, кроме Е.

Тест № 11

Больной шизофренией в уголовном процессе может быть признан:

- а) невменяемым;
- б) ограниченно вменяемым;
- в) вменяемым;
- г) ограниченно дееспособным;
- д) недееспособным;
- е) дееспособным
- ж) все перечисленное верно;
- з) верно А, Б, В.

Тест № 12

Невменяемость устанавливается:

- а) судебно-психиатрической экспертной комиссией;
- б) судом;
- в) следователем;
- г) прокурором.

Тест № 13

Ограниченно вменяемым признается лицо, которое:

- а) в момент совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;
- б) в момент совершения преступления не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;
- в) в момент совершения преступления в силу психического расстройства не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;

г) в момент совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия).

Тест № 14

При установлении ограниченной вменяемости:

- а) лицо невиновно;
- б) лицо виновно, должно нести наказание;
- в) лицо виновно, должно нести наказание, которое обязательно должно быть смягчено;
- г) лицо виновно, должно нести наказание, которое обязательно должно быть усилено.

Тест № 1

Отличия принудительных мер медицинского характера от наказания:

- а) назначаются только больным, представляющим социальную опасность вследствие психической болезни и совершения общественно опасного деяния
- б) лишены карательных признаков и не влекут судимости
- в) продолжительность при принудительных мерах медицинского характера назначается судом из расчета: 2 дня в психиатрическом стационаре за 1 день в местах лишения свободы
- г) лица, которым назначены принудительные меры медицинского характера, не могут быть помилованы
- д) все верно
- е) верно А и Г
- ж) верно А, Б, Г

Тест № 2

Перечислите виды принудительных мер медицинского характера в соответствии со ст. 99 УК

- а) Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
- б) Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- в) Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- г) Принудительное лечение в неврологическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.
- д) Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с максимально интенсивным наблюдением.
- е) Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.
- ж) верно все
- з) верно все, кроме В
- и) верно все, кроме Г
- к) верно все, кроме Г и Д

Тест № 3

При осуществлении стационарных принудительных мер медицинского характера:

а) 1 раз в 4 мес. производится освидетельствование, 1 раз в 12 мес. – продление судом.

б) 1 раз в 6 мес. производится освидетельствование, 1 раз в 12 мес. – продление судом.

в) 1 раз в 8 мес. производится освидетельствование, 1 раз в 2 года – продление судом.

г) 1 раз в 12 мес. производится освидетельствование

Тест № 4

Показания к прекращению принудительных мер:

а) Выздоровление

б) Стойкое улучшение психического состояния

в) Продолжительность нахождения в стационаре превышает срок наказания, предусмотренный УК по данной статье

г) Такое изменение психического состояния, которое свидетельствует об устранении опасности для себя и общества

д) Амнистия

е) верно все

ж) верно А и Б

з) верно А, Б, Г

Тест № 5

В соответствии со ст. 81 УК, если обвиняемый после совершения правонарушения, но до вынесения приговора заболел психическим расстройством, и оно имеет тяжелую форму, ему:

а) назначается принудительное лечение. При этом, если расстройство временное – лечение до выздоровления, затем обязательно должен предстать перед судом; если расстройство хроническое - освобождение от наказания, принудительное лечение.

б) назначается принудительное лечение. При этом, если расстройство временное – лечение до выздоровления, затем может предстать перед судом (если не истек срок давности); если расстройство хроническое - освобождение от наказания, принудительное лечение.

в) назначается принудительное лечение. При этом, если расстройство временное – лечение до выздоровления без приостановки следственных мероприятий, затем должен предстать перед судом (если не истек срок давности); если расстройство хроническое - принудительное лечение в больницах пенитенциарной системы.

г) назначается принудительное лечение. При этом, если расстройство временное – лечение до выздоровления, затем может предстать перед судом (если не истек срок давности); если расстройство хроническое - освобождение от наказания, перевод в больницы социального обеспечения.

Тест № 6

Если у осужденного во время отбывания наказания возникло психическое расстройство, лишаящее его возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими:

а) администрацией учреждения исполнения наказания могут назначаться принуд. меры мед. характера. При этом, если расстройство временное - продолжит отбывать наказание. Если хроническое – назначают принудительные меры (если опасен) или пребывание в психо-неврологическом учреждении социального обеспечения.

б) освобождается от дальнейшего отбывания. Таким лицам могут судом назначаться принуд. меры мед. характера. При этом, если расстройство временное - продолжит отбывать наказание. Если хроническое – назначают принудительные меры (если опасен) или пребывание в психо-неврологическом учреждении социального обеспечения.

в) освобождается от дальнейшего отбывания. Таким лицам могут судом назначаться принуд. меры мед. характера. При этом, если расстройство временное - продолжит отбывать наказание. Если хроническое – освобождают.

г) Таким лицам врачом пенитенциарной системы могут назначаться принуд. меры мед. характера. При этом, если расстройство временное - продолжит отбывать наказание. Если хроническое – назначают пребывание в психо-неврологическом учреждении социального обеспечения.

ПК-18.3. Уметь : применять методы анализа информации для корректной обработки результатов исследований

Применить методы анализа информации для корректной обработки результатов исследований при выявлении юридического и медицинского критериев недееспособности граждан в архивных заключениях судебно-психиатрической экспертизы.

Применить методы анализа информации для корректной обработки результатов исследований при анализе архивного медицинского документа, выявление симптомов (признаков) психического расстройства лица, не могущего понимать значение своих действий.

ПК-18.3. владеть: навыками применения методов анализа информации для корректной обработки результатов исследований

Ситуационная задача. На модели приведенного клинического случая обсуждается симптоматика шизофрении, судебно-психиатрическое значение этого расстройства.

Ч.Е.В., 27 лет, находился на лечении в ЛРНЦ «Феникс» с 10.8.05 по 17.11.05 с диагнозом: Шизофрения, манифестный онейроидно-бредовой приступ.

Из анамнеза: наследственность отягощена по линии матери сахарным диабетом, онкопатологией, псориазом; по линии отца онкопатологией, сосудистыми катастрофами, артериальной гипертензией, псориазом.

Пациент родился 20.8.77 от 4-5 беременности, 2-ых родов (сестра пациента старше на 3 года). Беременность протекала без патологии, роды в срок. Роды быстрые, за 4 ч. Закричал сразу, к груди приложен на следующий день. Из роддома выписаны в срок.

На естественном питании находился 4 мес., затем переведен на искусственное. Отмечались проявления аллергического диатеза – кожные, затем и респираторные. В росте и развитии не отставал.

С 1,5 лет посещал ясли, затем детский сад. Легко адаптировался в детских коллективах, проявлял лидерские черты, к нему «тянулись» другие дети. Предпочитал подвижные игры.

Рос болезненным (частые простуды с присоединением аллергического компонента). Почти постоянно отмечалось облегченное «укачивание» в транспорте – легко возникала рвота.

В школу пошел в 7 лет (1984 г.). Учился хорошо. В классе адаптировался легко. Проявлял такие черты, как ласковость, ответственность, впечатлительность («после просмотра фильма ужасов мог не спать всю ночь»). Предпочитал гуманитарные предметы.

В 7 лет, во время занятия в спортивной секции (самбо) получил травму позвоночника (подвывих шейного позвонка). Находился на лечении (вытяжение).

В 13-14 лет начались изменения, затрагивающие как успеваемость, так и соматическое здоровье пациента. Успеваемость существенно снизилась. Возросла обидчивость, ранимость, тревожность. Участились проявления аллергии, в 1991 г. (14 лет) впервые установлен диагноз «бронхиальная астма», ее проявления сохранялись примерно до 2000 г (23 г) без особого эффекта от лечения, затем самопроизвольно исчезли. В возрасте 14 лет заметных увлечений не было; по инициативе матери занимался плаванием. Товарищей было много, общение не затруднялось, заметного учащения конфликтов с ровесниками и старшими не отмечалось. В 14 лет – первая влюбленность.

После 9-го класса перешел в училище по специальности плотник-столяр, где обучался с 1992 по 1995 гг. На первом курсе получил травму (ампутация фаланг двух пальцев кисти). Переживал по этому поводу, старался скрыть увечье; впрочем, продолжил учебу по той же специальности и успешно окончил училище.

По окончании училища устроился разнорабочим в шахту, где проработал до 1998 г, уволился после невыгодного изменения условий работы.

В 1997 г. (20 лет) женился, в 1999 г. родился сын. Братья жены были связаны с криминалом; сам же пациент в группировку не входил.

После 1998 г. официально не работал, подрабатывал на различных местах. Стал несколько чаще выпивать. Пьянел быстрее остальных, в опьянении становился «дурным» – «несообразительным, часто вспыльчивым».

В январе 2003 г. неожиданно, без скандалов, расстался с женой и вернулся жить к родителям. Вскоре познакомил родителей с другой девушкой.

Зимой 2004 г. вместе с несколькими товарищами занимался нелегальной деятельностью («выкапывали, разрезали трубу для сдачи в пункт приема металла»). В феврале 2004 г. руководителя этой деятельности арестовали. Пациент испытал сильный испуг, переживал о возможности ареста и осуждения. Несмотря на то, что задержанного через 2 мес. отпустили, а дело прекратили, тревога на эту тему не исчезала.

В августе 2004 г. поехал на заработки в Москву (монтажник-высотник). Подруга поехала с ним, но вернулась в октябре после ссоры. В ноябре стало известно, что пациент «напился, очнулся ночью с травмой головы и без паспорта». За ним в Москву поехал знакомый, который обнаружил паспорт в комнате пациента, под кроватью. По возвращении домой обратил на себя внимание отдельными странными высказываниями – «паспорт подбросили», «подруга с ним что-то издалека делает». Высказывания были эпизодичными и не определяли в целом поведения пациента, который выглядел лишь несколько взволнованным.

В феврале 2005 г. арестовали одного из братьев первой жены. Спустя несколько дней пациент неожиданно принял решение вернуться в Москву. В марте участились его странные высказывания по телефону. Так, требовал, чтобы мать переночевала в его доме, не объясняя причин. По телефону упрекал подругу – «зачем ты это делаешь, мне ведь на высоту подниматься». Со слов пациента, вторая поездка в Москву

«была очень странной. Чувствовал, что находится под гипнозом. Часто возникала боль в голове – словно иголку втыкали. Полагал, что это делает подруга с помощью телепатии. Не мог сообразить, где находится, найти дорогу. Все окружающее казалось странным, нереальным, притворным. Вскоре понял, что «все это делает ФСБ с целью осудить его за выкапывание трубы. В конце марта ему дали 5 календариков – понял, что это предупреждение о том, что арестуют его в сентябре. Испытывал постоянный страх, тревогу».

1 апреля 2005 г. вернулся домой. Был возбужден, испуганно озирался. Матери заявил, что «дома всюду подслушивающие устройства, за ним следит ФСБ». Отказывался говорить, писал записки. Утверждал, что его скоро арестуют – «увидел картину предстоящего ареста внутри головы, словно на экране». Со слов пациента, чувствовал, как некто «вмешивается в его мысли, управляя их течением. Ему давали команды. Сообщалось, что его вскоре арестуют, что подругу каждый день насилюют». С собой постоянно носил нож, уговаривал подругу совершить совместное самоубийство.

2 апреля 2005 г. был госпитализирован в психиатрическую больницу, где находился на лечении 2-3 недели. Выполнялись инъекции нейролептиков. Реже высказывал бредовые идеи, стал «грустным, задумчивым, замкнутым». Все время просил о выписке, диссимулировал переживания. Был выписан неожиданно для родителей.

После выписки состояние характеризовалось подавленностью и замкнутостью. 27 апреля с подругой уехал на море, где совершил суицидальную попытку «по телепатическому приказу». Во время поездки иногда (со слов пациента – несколько раз) «чужие мысли, звучащие в голове, достигали степени голоса».

Домой вернулся 1 мая 2005, а 4 мая вновь был госпитализирован. Выписан в начале июня с рекомендацией выполнять инъекции клопиксола-депо 1 раз в 2 нед. оставался замкнутым, нарастали проявления нейролепсии. Эпизодически высказывался на тему его предстоящего осуждения. Это состояние привело к обращению в наш Центр за помощью.

Психический статус.

Сознание ясное, правильно ориентирован во всех видах. На беседу приходит неохотно. Сидит в напряженной позе. Мимика и пантомимика скудные. Речь в обычном темпе, ответы стремятся к односложным. Голос неэмоциональный. Погружен во внутренние переживания.

Жалоб активно не предъявляет. При расспросе сообщает о постоянном ощущении опасности – ему «отомстят за то, что раньше он много болтал лишнего», его «подставят, осудят, посадят в тюрьму, там будут издеваться». В окружающем мире «видит» подтверждения своей правоты и «надвигающейся расправы». Понимает это по «намекам» окружающих, их действиям. Галлюцинации отрицает.

В центре общения ни с кем не ищет, держится обособленно, режим выполняет.

Критики к проявлениям болезни нет.

Заключение психолога (к.п.н. Труфанова О.К.) 23.8.05. В исследовании выявляются признаки шизофренического симптомокомплекса.

Результаты дополнительных исследований.

Магнитно-резонансная томография головного мозга 16.8.05. признаки умеренных диффузных атрофических изменений больших полушарий, наружной гидроцефалии, хронического пансинуита.

РЭГ 17.8.05. В обоих бассейнах пульсовое кровенаполнение немного снижено, венозный отток немного затруднен.

ЭЭГ 17.8.05. На фоне общего снижения функциональной активности мозга являются ЭЭГ признаки энцефалопатии.

ОАК, ОАМ, БАК 11.8.05. – в норме.

Литий крови 11.8.05. Менее 0,2 мэкв\л

Гормоны 11.8.05. Гормоны щитовидной железы – в норме, кортизол 276, пролактин 8,2.

18.8.05 проведен консилиум в составе: профессор, д.м.н. Бухановский А.О., врач к.м.н. Солдаткин В.А. Установлен диагноз: шубообразная среднепрогредиентная шизофрения, манифестный онейроидно-бредовой приступ. Методом обрыва приступа избрана инсулинотерапия.

ПК-18.4. Руководствуется правилами правильного и полного отражения результатов прикладного научного исследования, анализа и обработке результатов при подготовке необходимой юридической документации

ПК-18.4. Знать: правила правильного и полного отражения результатов исследования

Тест № 8

Юридический (психологический) критерий невменяемости определяет:

- а) степень тяжести болезни;
- б) уровень дезинтеграции и поражения психики;
- в) юридические последствия для человека;
- г) все верно;
- д) верно А и Б.

Тест № 9

Для констатации наличия юридического критерия необходимо:

- а) установление интеллектуального компонента;
- б) установление волевого компонента;
- в) обязательное установление обоих компонентов;
- г) верно А и Б.
- д) все ответы не верны.

Тест № 10

Перечислите варианты заключений, при которых обвиняемый может быть признан невменяемым:

- а) Болен хроническим психическим расстройством + Не осознает фактический характер своих действий + не руководит ими;
- б) Болен хроническим психическим расстройством + осознает фактический характер своих действий + не руководит ими;
- в) Болен хроническим психическим расстройством + Не осознает фактический характер своих действий + руководит ими;
- г) Болен временным психическим расстройством + Не осознает фактический характер своих действий + не руководит ими;
- д) Не страдает психическим расстройством + Не осознает фактический характер своих действий + не руководит ими;

- е) Не страдает психическим расстройством + осознает фактический характер своих действий + руководит ими;
- ж) верно А, Б, Г;
- з) верно все, кроме Г и Д;
- и) верно все, кроме Е.

Тест № 11

Больной шизофренией в уголовном процессе может быть признан:

- а) невменяемым;
- б) ограниченно вменяемым;
- в) вменяемым;
- г) ограниченно дееспособным;
- д) недееспособным;
- е) дееспособным
- ж) все перечисленное верно;
- з) верно А, Б, В.

Тест № 12

Невменяемость устанавливается:

- а) судебно-психиатрической экспертной комиссией;
- б) судом;
- в) следователем;
- г) прокурором.

Тест № 13

Ограниченно вменяемым признается лицо, которое:

- а) в момент совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;
- б) в момент совершения преступления не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;
- в) в момент совершения преступления в силу психического расстройства не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими;
- г) в момент совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия).

Тест № 14

При установлении ограниченной вменяемости:

- а) лицо невиновно;
- б) лицо виновно, должно нести наказание;
- в) лицо виновно, должно нести наказание, которое обязательно должно быть смягчено;
- г) лицо виновно, должно нести наказание, которое обязательно должно быть усилено.

ПК-18.4. Уметь: применять правила правильного и полного отражения результатов исследования.

Уметь применить правила правильного и полного отражения результатов исследования в области судебной психиатрии при изложении следующих вопросов

1. Правовые основы предупреждения повторных правонарушений лиц с психическим расстройством после отмены принудительного лечения.
2. Законодательные гарантии прав лиц с психическим расстройством, возникшем после совершения преступления.
3. Обоснование приостановления производства по делу в связи с психическим расстройством, возникшем после совершения преступления, вопросы перед судебно-психиатрической экспертизой.

ПК-18.4. владеть: навыками применения правил правильного и полного отражения результатов исследования

Использовать навыки применения правил правильного и полного отражения результатов исследования при решении следующей ситуационной задачи.

Ситуационная задача. На модели приведенного клинического случая обсуждается симптоматика болезни зависимого поведения (патологической страсти к азартной игре), судебно-психиатрическое значение этого расстройства.

Пациент М.О.А., 1975 года рождения, история болезни 62\п, поступил на обследование и лечение в центр «Феникс» 22.06.2004.

Преморбидно: неустойчивая акцентуация, высокая степень азартности.

Первый опыт азартной игры приобрел в 1995 г. (20 лет). Первый раз посетил Бинго-клуб в компании товарищей. Выиграли «суперприз» в размере 800 тыс. рублей. Ощутил радость победы, гордость. После этого примерно с частотой 1 раз в неделю ездил с товарищами в этот клуб, иногда выигрывал небольшие суммы. В 2000 начал регулярно играть в игровых автоматах, посещал казино (казино нравилось больше, но требовало и больших расходов). Игра привлекала «риском, азартом, ощущением острого удовольствия, полета, бегущего по крови адреналина, гордости после удачного хода». Баланс выигрышей и проигрышей стал отрицательным. Впервые начал брать в долг (до этого, с 1995 г., играл только на свои деньги). Занимал у сослуживцев, руководства. В 2000 г. неоднократно брал деньги у родителей, мотивируя то ДТП, то ожогом сына, которому, якобы, требовалась пластическая операция. В одном из отпусков 2000-2001, приехав в Ростов, украл у родителей деньги.

Родители узнали о проблеме в сентябре 2001 г, когда от пациента перестали приходить письма. Выяснилось, что пациент должен деньги почти всему офицерскому составу, «прячется, не является на службу». Со слов командира, пациент легко вошел в коллектив, вызвал симпатию, но нарастающие проблемы требуют решения. Отец выплатил около 100 тыс. рублей долга, и пациент был демобилизован в ноябре 2001 г. с крайне плохой характеристикой. В феврале 2003 г. устроился на работу в строительную фирму. Работал сначала завхозом, затем комендантом. Быстро построил хорошие отношения в коллективе, с начальником. Некоторое время игровые заведения не посещал (вследствие отсутствия денег и жесткого контроля семьи). В марте 2003 произошел срыв: по дороге на вокзал «заехал в автоматы, не мог оторваться от игры, играл 8 часов подряд, пока не закончились деньги». Летом 2003 г. снова регулярно начал посещать игровые автоматы. В июне частота игры – 1-2 раза в неделю, в июле – через день. В августе – практически каждый день. Максимальное время непрерывной игры – 14 ч. Со слов пациента, во время игры сохранялся аппетит, «мог

прекратить игру, чтобы поесть, попить пива, сходить в туалет». За время игры мог дважды съездить занять в долг. Быстро проигрывал свои деньги, играл на занятия. Сумма долгов стремительно возрастала. К сентябрю 2003 г. был должен более 50 тыс. руб., совершил растрату. Прятался, не показывался на работу. Родители пациента оплатили долги. После увольнения продолжал играть каждый день, много часов, занимая деньги. Постоянными стали звонки с угрозами. Пациент был вынужден прятаться. Документы (паспорт, военный билет) также находились в залоге. После увольнения из фирмы посещал по инициативе матери занятия с психологом. Посетил 5 занятий, затем отказался.

В октябре 2003 г. устроился на работу в кафе охранником. Как и в первой фирме, 3 месяца не играл, за это время успел приобрести друзей, начала расти зарплата. Много работал, уставал, «не было времени и сил думать об игре».

В ноябре 2003 г. расстался с женой. В декабре 2003 г. изменился график работы, появилось больше свободного времени. Это совпало с тем, что пациент был должен небольшую сумму денег. Желание легко заработать стремительно стало нарастать, и в декабре 2003 пациент вновь начал посещать игровые автоматы. Снова накапливались долги. Воровал деньги дома; украл все золото сестры, жены, тещи, родственников жены. Постоянно под разными предлогами просил денег дома. Уволился в апреле 2004 г. после того, как отец оплатил часть долгов (общая сумма выплат родителей на период обследования – 400 тыс. (пациент настаивает на сумме 200 тыс.), и далеко не все долги оплачены). После увольнения продолжал играть каждый день (на занятые деньги), до 7 июня 2004.

Со слов матери, изменения в пациенте состоят в том, что он «почерствел, пропал интерес к жизни, стали безразличны праздники, дни рождения. Не скучает ни по жене, ни по ребенку». Постоянно шантажирует самоубийством или своим отъездом. Нет раскаяния, сожаления, даже формального; со слов сестры, эпизодически заявляет, что будет играть все равно, пока не выиграет. Не благодарит за выплаченные долги, воспринимает как должное то, что все родные отдают последние деньги для оплаты его долгов. Когда пытался вернуть жену, во время одной из поездок в Лихую демонстративно порезал вены. Резко ухудшились отношения с отцом – ни одной встречи не проходит без конфликта. Несмотря на сложившуюся ситуацию, появилась претенциозность, высокие требования к потенциальной работе, окружающим.

Заключение психолога 29.6.04. Результаты психологического исследования указывают на выраженное заострение истеро-неустойчивых черт личности, недостаточность прогностических и регуляторных возможностей, снижение критики и самоконтроля.

Результаты дополнительных исследований.

МРТ ГМ с ангиографией 15.6.04. Признаков патологических изменений структур головного мозга не выявлено.

РЭГ 15.6.04. Пульсовое кровенаполнение в правой позвоночной артерии в норме, в остальных бассейнах снижено. Повышен тонус сосудов мелкого и среднего калибров. Незначительно затруднен венозный отток.

ЭЭГ 15.6.04. (Коваленко В.С.). Значительно выраженная дисфункция стволовых структур (без признаков пароксизмальности).

Гормоны щитовидной железы, тестостерон, кортизол 15.6.04 – в пределах нормы.

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

а) нормативно-правовые акты (<http://www.consultant.ru>);

Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 (с учетом поправок, внесённых Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 №6-ФКЗ, от 30.12.2008 №7-ФКЗ)// СЗ РФ, 2009, №4.

Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ (ред. От 07.03.2011)//СЗ РФ, 1996, №25.

Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 №174-ФЗ (ред.от 20.03.2011) (с изм. и доп., вступившим в силу с 01.05.2011)// СЗ РФ, 2001, №52 (ч.1).

Закон РФ от 02.07.1992 №3185-1 (ред. От 06.04.2011) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» //Ведомости СНД и ВС РФ, 1992, №33.

Постановление Конституционного Суда РФ от 20 ноября 2007г. №13-П «По делу о проверке конституционности ряда положений статей 402, 433, 437, 438, 439, 441, 444 и 445 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в связи с жалобами граждан С.Г. Абламского, О.Б. Лобашовой и В.К. Матвеева» // «Вестник Конституционного Суда Российской Федерации», 2007г., №6.

Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 07.04.2011 №6 «О практике применения судами принудительных мер медицинского характера» //»Российская газета», №84, 20.04.2011.

Федеральный закон от 31.05.2001 г. №73-ФЗ (принят ГД 05.04.2001) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» (в ред. от 28.06.2009г., №124-ФЗ)//Российская газета 01.07.2009г.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (принят ГД ФС РФ 01.11.2011).

Федеральный закон от 20.03.2001 №26-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РФ в связи с ратификацией Конвенции о защите прав человека и основных свобод» (с изм. и доп. От 18.12.2001 г.).

Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон» «О лотереях» от 27.07.2010 №214-ФЗ. Российская газета №168 от 30.07.2010.

Об утверждении Инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений, Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 30.05.2005 №370 //Российская газета -2005. №155.

Инструкция Минздрава и МВД РФ №133/269 от 30.04.97г. «О мерах по предупреждению общественно-опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами».

б) основная литература

1. Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия. М. Юрайт. 2013. 660 с. // ЭБС «Юрайт»: [Электронный ресурс]. – Адрес доступа: <https://biblio-online.ru/viewer/83BA87C2-375C-455C-A8FD-FDDBF4185ED7#/>

2. Датий А. В. Судебная медицина и психиатрия : учебник / А.В. Датий. - 3-е изд. - М.: РИОР : ИНФРА-М, 2017. - 294 с. - (Высшее образование: Бакалавриат). // ЭБС Znanium.com: [Электронный ресурс]. – Адрес доступа: <http://znanium.com/bookread2.php?book=772454>

в) дополнительная литература:

1. Пауков В. С. Судебная психиатрия: Лекции / В.С. Пауков. - М.: Норма: ИНФРА-М, 2010. - 208 с. // ЭБС Znanium.com: [Электронный ресурс]. – Адрес доступа: <http://znanium.com/bookread2.php?book=194106>
2. Барденштейн Л. М. Клиническая психиатрия. Избранные лекции: Учебное пособие / Л.М. Барденштейн и др.; Под ред. Л.М. Барденштейна и др. - М.: НИЦ ИНФРА-М, 2014. // ЭБС Znanium.com: [Электронный ресурс]. – Адрес доступа: <http://znanium.com/bookread2.php?book=396337>
3. Павлухин А. Н. Павлухин, А. Н. Принудительные меры медицинского характера (уголовно-правовой аспект) [Электронный ресурс] : монография / А. Н. Павлухин, Н. В. Жарко, З. Д. Хухуа ; под ред. А. Н. Павлухина. - М. : ЮНИТИ-ДАНА : Закон и право, 2012. - 144 с. // ЭБС Znanium.com: [Электронный ресурс]. – Адрес доступа: <http://znanium.com/bookread2.php?book=377355>
4. Трошкин Е. З. Досудебное производство по уголовным делам об общественно опасных деяниях невменяемых лиц [Электронный ресурс] : монография / Е. З. Трошкин, А. С. Захаров. - М. : ЮНИТИ-ДАНА : Закон и право, 2012. - 239 с. // ЭБС Znanium.com: [Электронный ресурс]. – Адрес доступа: <http://znanium.com/bookread2.php?book=391036&spec=1>
5. Сафуанов Ф. С. Аффект. Практика судебной психолого-психиатрической экспертизы. Хрестоматия: Учебное пособие / Сафуанов Ф.С., Макушкин Е.В., А. А.Т, - 2-е изд. - М.:Генезис, 2016. - 314 с. // ЭБС Znanium.com: [Электронный ресурс]. – Адрес: <http://znanium.com/bookread2.php?book=938096&spec=1>
6. Нагаев В. В. Основы судебно-психологической экспертизы [Электронный ресурс] : Учеб. пособие для вузов / В. В. Нагаев. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ЮНИТИ-ДАНА : Закон и право, 2012. - 431 с. // ЭБС Znanium.com: [Электронный ресурс]. – Адрес: <http://znanium.com/bookread2.php?book=377252&spec=1>

в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Лицензионное программное обеспечение:

1. ПО «Windows 7 ProSP1»
2. ПО «WindowsXPProSP3»
3. ПО «MSOfficePro 2007»
4. ПО «Office Standard 2016 МАК HYRRK-6NMM3-MG2H8-GJ7V9-8QKY2 МАК 0/50»
5. ПО «Kasperskyendpointsecurity»

Интернет-ресурсы:

1. Справочно-правовая система «КонсультантПлюс» [Электронный ресурс] / Компания «КонсультантПлюс».
2. Информационно-правовой портал «Гарант» [Электронный ресурс] / Компания «Гарант»
3. Электронно-библиотечная система «Знаниум» [Электронный ресурс] (znanium.com)
4. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU [Электронный ресурс] (elibrary.ru)

5. Электронная библиотека ЮРАЙТ [Электронный ресурс] (biblio-online.ru)
6. Электронно-библиотечная система Лань [Электронный ресурс] (e.lanbook.com)

7. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Материально-техническое обеспечение дисциплины «Судебная психиатрия» включает:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, для проведения групповых и индивидуальных консультаций, для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации, оборудованные компьютерным р/м преподавателя, проектором, экраном, доской и доступом к сети Интернет;
- помещения для самостоятельной работы;
- библиотечный фонд, обеспечивающий доступ к необходимым базам данных;

учебно-методическая документация и материалы.

Программа составлена в соответствии с требованиями ОС ВО ННГУ с учетом рекомендаций по направлению подготовки 40.05.04. «Судебная и прокурорская деятельность»

Автор: доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Толстолуцкий

Рецензент: профессор кафедры судебной экспертизы

профессор, д.ю.н. В. А. Тимченко.

Заведующий кафедрой: к.ю.н., доцент Л. П. Ижнина

Программа одобрена на заседании методической комиссии юридического факультета ННГУ им. Н.И. Лобачевского протокол № 75 от 11 июня 2021 г.