

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО СПЭ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ОЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ВЫПОЛНЯЯ ЭТО ЗАДАНИЕ НЕОБХОДИМО ДАТЬ ПОДРОБНЫЙ И
РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ С ИСЧЕРПЫВАЮЩЕЙ АРГУМЕНТАЦИЕЙ**

**НИЖЕ РАСПОЛОЖЕН ПРИМЕР СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ С
ПРИМЕРОМ ЭТАЛОНА ОТВЕТА**

Ситуационная задача (ПРИМЕР)

Психологический анализ материалов гражданского дела (№ 2-127/09, № 2-3721/09, №2-2843/10) и медицинской документации позволяет заключить, что у Е.И. с 1987г. диагностировалась дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст. Данный диагноз подтверждался осмотрами 23.08.1989г., 02.11.1990г., 15.03.1991г. 30.04.1991г.. Е.И. был выставлен диагноз дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст. на фоне атеросклероза, аналогичный диагноз устанавливался при осмотрах с 17.04.1992г. до 06.12.2006г.. 10.05.2007г. подэкспертной был установлен диагноз дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст. на фоне атеросклероза с когнитивными нарушениями, а 08.08.2007г. - дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст. на фоне атеросклероза сосудистого генеза с проявлениями сосудистой деменции (данные медицинской карты амбулаторного больного).

Из свидетельских показаний установлено, что у Е.И. начиная с 2001г., стали отмечаться мнестические нарушения в виде нарушений узнавания, а в последующем - нарушений памяти на текущие события, которые протекали со снижением критических способностей.

Свидетель И.А. показала, что в период с 1998-1999г. подэкспертная «была вполне в нормальном состоянии, всегда была чистая, опрятная», самостоятельно себе готовила, «была спокойная» (л.д. 142-144, т. 2). Как следует из свидетельских показаний участкового врача О.Н., с момента начала посещения Е.И. «уже была в плохом состоянии ... она могла вызвать врача и забыть, что она вызывала, закрыть дверь и забыть, что закрыла и наоборот (л.д. 229-232 , т. 1). Могла не узнавать меня, спрашивала, кто я, зачем пришла» (л.д. 301, т. 1). Свидетель указывает, что Е.И. «временами вела себя более или менее адекватно, временами начинала не узнавать. Если она открывала дверь, то вела себя спокойно, поскольку она меня ждала. Если она не пускала меня, то достаточно грубо спрашивала, зачем я пришла (л.д. 303, т.1). Истица У.И. поясняет, что до момента стационарирования в больницу (200), подэкспертная не всегда ее «узнавала, могла пройти мимо и не поздороваться» (л.д. 124-125, т. 1). «С начала 2006г. она уже не узнавала нас. Она не следила за своим внешним видом ... могла одеться как нищая... могла одет на одну ногу калошу, а на другую ботинок» (л.д. 43-44, т. 1). «Когда мы с сестрами приходили к ней, она не могла вспомнить, кто мы,

думала воры пришли» (л.д. 256, т. 1). Истица указывает, что «за месяц до смерти» Е.И. ее уже «не узнавала» (л.д. 124-125, т. 1). Свидетель П.И., также указывает, что в «последнее время» подэкспертная не всегда узнавала знакомых (л.д. 79, т. 1). Свидетель М.П. указывает, что «примерно с 2003года» подэкспертная перестала узнавать ее. «Сначала она разговаривала, потом перестала узнавать меня, говорила, что не знает меня» (л.д. 291, т. 1). Аналогичные показания дает свидетель О.Н. (л.д. 119, т. 2). Как следует из свидетельских показаний В.Н., «примерно» с 2001г. «она была плохо одета, я интересовалась как у нее дела, на что она мне отвечала «Что тебе надо? Что ты ко мне пристала? Я тебя не знаю. Раз встретишь ее – она разговаривает, другой раз – нет» (л.д. 288-289, т. 1).

Мнестические нарушения и снижение критических способностей у Е.И. носили прерывистый характер с тенденцией к стабилизации и сопровождались изменениями индивидуально-психологических особенностей подэкспертной в виде выраженной подозрительности, повышенной чувствительности к действительным и мнимым обидам, с тенденцией к формированию труднокорректируемых концепций, склонности к внешнеобвиняющим реакциям.

Как следует из свидетельских показаний В.Н., Е.И. «была старшей из четырех сестер и была им как мать... сестры ей помогали. До составления завещания она никогда не жаловалась на сестер» (л.д. 288-289, т. 1). Истица У.И. указывает, что «лет за 5 до смерти» Е.И. стала обвинять ее «в кражах, говорила, что я ворую масло, кукурузу (л.д. 118-119, т. 2), она обыскивала меня, приходила ко мне домой и била (л.д. 124-125, т. 1), стала врагом ей» (л.д. 256, т. 1). Кроме того истица указывает, что после тридцати лет совместной жизни, Е.И. выгнала сожителя, «постоянно обвиняла его в том, что он ее обворовывает» (л.д. 117-118, т. 2). Свидетель О.Н. указывает, что поведение Е.И. «было довольно странным, она никого не узнавала, обвиняла всех, в том числе и меня в воровстве» (л.д. 119, т. 2). Аналогичные сведения приводит истица Е.И. (л.д. 117-118, т. 2), свидетели П.И. (л.д. 44, т. 1), И.А. (л.д. 142-144, т. 2). Вместе с тем, как указывает свидетель И.А., Е.И. обижалась «на своих сестер», говорила, что они не приходят, не навещают ее (л.д. 142-144, т. 2). Свидетель О.Н. (лечащий врач) подчеркивает, что Е.И. «всем говорила, что она одинокая, что у нее никого нет» (л.д. 303, т.1). Аналогичные показания приводит свидетель З.В.: «о своих родственниках говорила, что их нет» (л.д. 82, т. 1). Свидетелю В.В., Е.И. рассказывала, «что в квартире живет недавно, что у нее раньше был дом, что ей никто не помогал и ей пришлось продать дом» (л.д. 83, т. 1). Свидетелю И.О., Е.И. «рассказывала о своем детстве, о своих сестрах и при этом она говорила, что не нужна им» (л.д. 82, т. 1).

Вместе с тем, ряд свидетелей не отмечали у Е.И. каких-либо психических отклонений. Так, нотариус С.В. отмечает, что в юридически значимый период Е.И. отвечала на ее вопросы, изъявляла желание составить завещание. Она «была в адекватном состоянии ... ее одежда, внешний вид не вызывали у меня никаких сомнений. Разговаривала и общалась она

нормально (л.д. 122-123, т. 1), она меня хорошо слышала и понимала» (л.д. 126, т. 2). Свидетель М.Я. утверждает, что у Е.И. «не было нарушений психики» (л.д.80-81, т. 1), свидетель Г.И. указывает, что «в разговорах» с Е.И. «психических отклонений» не замечала (л.д.82-83, т. 1). Свидетель В.В. утверждает, что отклонений в психическом здоровье Е.И. «не замечала, она говорила последовательно и логически» (л.д. 83, т. 1).

Вопросы: были ли у ЕИ мнестические нарушения? Какими индивидуально-типологическими чертами обладала ЕИ? Обладала ли ЕИ повышенной внушаемостью?

Эталон ответа (ПРИМЕР):

Таким образом, несмотря на то, что ряд свидетелей не отмечали у каких-либо отклонений в ее психическом состоянии, основываясь на приведенных выше данных можно заключить, что Е.И. обнаруживала выраженные мнестические нарушения. Указанные нарушения протекали со снижением критических способностей и изменением индивидуально-психологических особенностей Е.И. в виде выраженной подозрительности, повышенной чувствительности к действительным и мнимым обидам, с тенденцией к формированию труднокорректируемых концепций, склонности к внешнеобвиняющим реакциям. Данных о повышенной внушаемости и подчиняемости Е.И. в материалах гражданского дела и медицинской документации не содержится (ответ на вопрос № 3).

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ:

Ситуационная задача №1

А. Н.

Из материалов гражданского дела № 2-281/12 т. 1 и данных медицинской документации (медицинская карта № 001-17455, амбулаторная карта) известно, что А.Н. с 22.07.04г. по 06.08.04г. находился на стационарном лечении в неврологическом отделении с диагнозом: «Церебральный атеросклероз в сочетании с гипертонической болезнью 2 ст. Хроническая дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 стадии. Хроническая дисциркуляция в вертебро-базилярном бассейне». При обследовании на УЗДГ выявлены выраженные атеросклеротические изменения магистральных сосудов головы и шеи. 23.07.04г. А.Н. был консультирован психотерапевтом с диагнозом: «Хроническая энцефалопатия с умеренным интеллектуально-мнестическим снижением». При осмотре 07.09.04г. и 14.09.04г. жаловался на головные боли, шум в голове, слабость, головокружение... выявлялись симптомы орального автоматизма... Был установлен диагноз: «Цереброваскулярная болезнь. Сосудистая и дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 ст. Хроническая недостаточность в вертебробазилярном бассейне. Атеросклероз церебральных сосудов». 23.12.04г. был поставлен диагноз: «Сосудистое поражение головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст. Недостаточность кровообращения в вертебробазилярном бассейне...», а 15.11.2005г. диагноз: «ДЭ III ст., мнестические изменения...». 05.01.06г. А.Н. жаловался на снижение памяти, ему был поставлен диагноз:

«Цереброваскулярная болезнь. Сосудистая и дисциркуляторная энцефалопатия 2 ст...». 28.04.06г. - диагноз: «Церебральный атеросклероз. Хроническая дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 ст. с мнестическим снижением, хронической дисциркуляцией в вертебробазилярном бассейне...». Согласно выписном эпикризу, лечился в неврологическом отделении с 02.05 по 18.05.2006г. с диагнозом: «Церебральный атеросклероз. ХДЭ II-III ст. с мнестическим снижением, хронической дисциркуляцией в ВББ...». При осмотре психотерапевтом 03.05.06г. церебральный атеросклероз, хроническая энцефалопатия с интеллектуально-мнестическим снижением. 18.05.06г. А.Н. в беседе с психотерапевтом на вопросы отвечал по существу, ориентирован был полностью, обманов восприятия выявлено не было. Отмечалось, что настроение ровное, эмоционально лабилен, мышление с преобладанием ригидности, слабость, утомляемость, критика сохранена, снижение когнитивных функций. Дано заключение: «Церебральный атеросклероз. Хроническая энцефалопатия с интеллектуально-мнестическим снижением». В июле 2006г. отмечено снижение памяти. При осмотре на дому в январе 2007г. отмечал плохое самочувствие. Ночью не спал, спал днем, часто сонливость. Беспокоили головные боли, головокружения, шум. По квартире ходил, походка скованная. Диагноз: «АСГМ. ДЭ III ст. Синдром паркинсонизма». Проводилась беседа с женой по уходу. В марте 2007г. беспокоили слабость, общая сонливость, вялость, слабость в ногах, дрожь, чаще лежал, из дома не выходил. Диагноз прежний. При осмотре неврологом в мае 2007г. жалобы, диагноз прежние. В дальнейшем осматривался на дому. Жалобы прежние, отмечал учащенное мочеиспускание. Из дома не выходил, часто засыпал сидя, мало двигался, был вял. В марте, апреле 2008г. Диагноз: «Склероз головного мозга. ДЭ 111 ст. с мнестическими изменениями личности. ГБ 111 ст.». В декабре 2008г. Диагноз: «Склероз сосудов головного мозга. ДЭ III ст., мнестические изменения. ГБ 111 ст. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. СН-II». В январе 2009г. диагноз: «ГБ 111 ст. СН-2. ДЭ 111 ст., выраженные мнестические изменения личности». В феврале 2009г. жалобы на общую слабость и слабость в ногах, вялость, сонливость, шаткость, шум в голове, ухудшение памяти. В марте 2009г. в диагнозе отмечена ДЭ 111 ст. с мнестическими изменениями личности. В апреле 2009г. отмечено ухудшение памяти. Согласно выписному эпикризу, находился на лечении в 1 т.о. КГВВ с 12.08 по 25.08.2009г. с диагнозом: «Церебральный атеросклероз в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) 111 ст., рик IV. ХДЭ 11 ст. с преимущественной дисциркуляцией в ВББ. В марте 2010г. жалобы на слабость, шаткость походки, шум в голове, боли в ногах. Диагноз: «Церебральный атеросклероз. ДЭ 11 ст. с дисциркуляцией в ВББ. С мая 2010г. отмечено ухудшение. С трудом ходил по комнате. Беспокоили слабость в ногах, шаткость, тяжесть, шум в голове, ухудшение слуха. Согласно выписной справке, находился на лечении в 1 т.о. КГВВ с 06.07 по 16.07.2010г. с диагнозом: «Основной: Церебральный атеросклероз с АГ 111 ст., риск IV. Осложнение: ДЭ 11 степени с дисциркуляцией в ВББ. 29.07.10г.

при беседе с женой отмечены сильная слабость, вялость, ухудшение аппетита, шаткость, начал падать при ходьбе. При осмотре 06.08.10г. жалобы на боли за грудиной, одышку, плохой сон, плохую память, отмечено, что стал агрессивен, кричал, мочился под себя. Ухудшение в течение недели. При осмотре неврологом 12.08.10г. жалобы на резкую головную боль в затылочной области, головокружения, снижение памяти. Эмоционально лабилен... Диагноз: «ЦВБ. АСГМ. Сосудистая и дисциркуляторная энцефалопатия 11 ст. с интеллектуально-мнестическим снижением...». В августе 2010г. отмечалось, что нуждается в выписке памперсов, усилении группы инвалидности, в посторонней помощи. 26.08.10г. жалобы на плохой сон, тревожность, агрессивность. Диагноз: «Склероз сосудов головного мозга. ДЭ 11-111 ст. с мнестическими изменениями личности, нарушениями сна. ГБ III ст. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. СП II ст.». Был направлен на усиление группы инвалидности в августе 2010г. с диагнозом: «ЦВБ. ГБ 111-1V ст. ДЭ с интеллектуально-мнестическим снижением, нарушением функции тазовых органов, недержанием мочи». 16.09.10г. отмечена общая слабость, бывало возбуждение, кричал, бывал агрессивен, плохо спал. Отмечено недержание мочи и кала (не понимал, куда и что происходит), не мог передвигаться. Диагноз прежний. 05.10.10г. жалобы на головные боли, тяжесть в груди, плохой сон, заложенность носа. Диагноз: «ГБ III ст. ... (нрз)». При осмотре на дому 05.11.10г. отмечено, что он часто агрессивен, ругается, плюется. Лекарства принимал не регулярно, отказывался. Диагноз: «Сосудистое поражение головного мозга. ДЭ III ст., выраженные мнестические изменения личности. ГБ 3 ст., риск 4. ИБС...». В последующем самочувствие плохое. Беспokoила слабость, бывал агрессивен, неадекватен, плохо спал, ходил с трудом, частое мочеиспускание, недержание мочи. При осмотре 26.01.11г. ухудшение неделю - слег, не вставал, не переворачивался, физиологические отправления в памперсы, чаще спал, общая слабость. Рекомендованы уход, профилактика пролежней. Диагноз: Сосудистое поражение головного мозга. ДЭП 3. Старость». Согласно заключению посмертной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы от 15.12.2011г. было установлено, что А.Н. в момент подписания завещания 13.10.2010г. страдал психическим расстройством в форме сосудистой деменции, в силу интеллектуально-мнестического снижения, не критичности не мог понимать значение своих действий и руководить ими (заключение комиссии экспертов № 3462.1264.2, л. д. 56-63).

Согласно заключению повторной посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы от 20.04.2012г., было установлено, что А.Н. в момент подписания завещания страдал хроническим психическим расстройством в форме сосудистой деменции (слабоумия), что лишало его способности понимать значение своих действий и руководить ими. Согласно выводу психолога в исследуемый период времени у А.Н. отмечались выраженные нарушения интеллектуально-мнестической деятельности со снижением критических функций, что подтверждается его социальной

беспомощностью, неадекватностью поведения, отмеченными в амбулаторной карте. С учетом имеющихся психологических особенностей, А.Н. не мог понимать значение своих действий и руководить ими и не мог правильно воспринимать события, предшествующие написанию завещания (заключение комиссии экспертов № 289, л. д. 117-123).

Данные медицинской документации позволяют установить, что у А.Н. с 2004г. отмечались признаки мнестико-интеллектуального снижения, которые носили прогрессивный и необратимый характер и к 2010г. сформировались в стойкие, системные нарушения структуры и динамики познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы. На фоне общего снижения активности у А.Н. отмечались повышенной истощаемости, монотонии, вялости, с явлениями ригидности. В условиях снижения объема памяти, отмечалось снижение, с его последующим нарушением, процесса запоминания на текущие события с присоединением феноменов конфабуляции и явлений анамнестической дезориентировки. Кроме того, у А.Н. отмечалось снижение побудительной и смыслообразующей функции мотивов познавательной деятельности, с нарастающим снижением поля субъективно-значимых стимулов, дефицитом целенаправленности и произвольной регуляции деятельности, утрате речевой инициативы. Указанные нарушения сочетались с уплощением эмоционально-волевой сферы, с присоединением импульсивности, негативизма и агрессии.

Указанные нарушения подтверждаются показаниями истца и ряда свидетелей. Так, в исковом заявлении истец В.А. указал, что А.Н. в силу преклонного возраста в последние годы своей жизни часто и тяжело болел, особенно плохим состояние его здоровья было в последние два года и уже в 2010 году его состояние было катастрофически плохим. Считал, что на момент составления завещания 13.10.2010г. психическое состояние А.Н. было таким, что он не мог понимать значение своих действий и руководить ими (л. д. 10-12). Кроме того истец сообщил, что А.Н. при подписании и составлении завещания не осознавал своих действий. Указал, что он периодически приезжал к отцу в Новгород. А.Н. был в преклонном возрасте, часто болел, иногда просил привозить лекарства. В целом он ни на что не жаловался, что болит, не говорил, говорил – дряхлость настала. Как отмечает истец, в последнее время, года два до смерти, А.Н. стал путаться в событиях, забывать имена близких родственников, мог несколько раз подряд спрашивать один и тот же вопрос, относился ко всему безучастно, спрашивал о состоянии умерших родственников. Со слов истца, на последнем дне рождения в сентябре 2010 года, отец плохо себя чувствовал, не ходил, ничем не интересовался, состояние было заторможенное. Раньше он всегда спрашивал про его детей, внуков. Спросил, чей это день рождения, сказал ему «твой». Потом он спросил, как дела у его жены, сказал ему, что она 4 года назад умерла и, что он об этом знает. Пояснил, что А.Н. и ответчица жили вместе с 1994 года, отношения с ней как-то сразу не сложились. За два года до смерти отец позвал его поговорить о завещании, сказал, что будет на троих: на истца, его брата и ответчицу. При жизни А.Н. был прагматичный,

здоровый, последние два года стало все меняться, может возраст, он стал жаловаться на ноги, стал плохо ходить (л. д. 48). Кроме того истец сообщил, что в июле 2010г. отец ему позвонил, сказал, что ему плохо, чтобы он (истец) приезжал. Указал, что застал А.Н. в беспомощном состоянии, он даже говорил с трудом, толком они не пообщались. Переговорил с его женой, его здоровье ухудшалось. В августе 2010 года разговора с отцом у них опять не получилось. Последний раз видел отца 12.09.10г. на его день рождения, он сидел на кровати, беседы в очередной раз у них не получилось. А.Н. ничего не спрашивал, в основном беседовали они с братом. Тему завещания А.Н. поднимал дважды, первый раз, когда умерла мать, второй раз в 2007 году, когда у истца умерла жена. А.Н. рассказал, что хочет завещать квартиру на троих: сыновей и М.И., более они данную тему не поднимали. Взаимоотношения у них с отцом были ровные, без конфликтов (л. д. 87).

Ю.А. (второй сын) исковые требования поддержал, добавил, что с лета 2010 года А.Н. действительно перестал понимать происходящее, мог несколько раз подряд задать один и тот же вопрос. Предполагает, что он находился в таком состоянии в связи с принимаемыми препаратами, а также в связи со старческим возрастом. Периодически он путал его с братом. Со слов Ю.А., в начале лета 2010г. он был еще ничего, а в конце лета уже хуже, стал спрашивать одно и то же. На вопросы пояснил, что с ответчицей отношения изначально были холодными. Отец никак не реагировал на их взаимоотношения с ответчицей, конфликтов с ответчицей не было, всегда общался с ней вежливо. А.Н. говорил, что завещание от 1996 года будет написано на него. Последний раз он отца видел после 12.09.2010г., общения по сути уже не было, он задал ему стандартные вопросы безучастным голосом (л. д. 48). **Кроме того, Ю.А.** указал, что отец постепенно угасал, с лета 2010 года он уже практически не передвигался, с осени общения уже не было. Примерно в октябре-ноябре 2010 года А.Н. позвонил и сказал, что нужно обсудить вопрос завещания, завещание было написано в октябре. Об адекватности отца даже речи идти не могло, он постоянно спрашивал, который час, какой день, не понимал значение своих действий (л. д. 95).

Свидетель **И.Ф.** (участковый терапевт) суду сообщила, что она вела А.Н. на протяжении 16 лет. Последние два года он с трудом передвигался по квартире, на все вопросы, адресованные ему, отвечала его жена, т. к. он плохо соображал. Свидетель указала, что у А.Н. был дементный синдром, он отвечал только на наводящие вопросы. В августе он был в нормальном состоянии, он выразил согласие и поставил подпись под медицинской доверенностью на получение медицинских средств. Совсем плохо А.Н. стало в последний год его жизни, в медицине это называют глубокой старостью. Полагает, что решение о завещании он принять не мог. Жене А.Н. вызвать психиатра не рекомендовала. Кроме однозначных ответов на вопросы А.Н. ничего не говорил, все обсуждалось с его женой, даже лечение. Указала, что состояние больного в амбулаторной карте указано со слов жены. Свидетель прокомментировала запись в амбулаторной карте от 5 ноября 2012г.: «больной агрессивен, ругается, плюется» - это неадекватное поведение, он

еще и лекарства принимать не хотел (л. д. 163-166). Эксперт В.С., подтвердил в суде заключение судебно-психиатрической экспертизы. Пояснил, что у А.Н. начало деменции отмечено с 2004 года, заболевание носило прогрессирующий характер. Указал, что при деменции идет снижение интеллектуальных и мыслительных способностей по «закону Рибо»: человек прекрасно помнит события прошлого, но не может фиксировать события недавнего прошлого. Как указал эксперт, 16.09.10г. невропатолог отмечает, что пациент возбужден, агрессивен, кричит, т. е. описывается психотическое состояние, можно с полной уверенностью сказать, что была конечная стадия деменции, когда человек не осознает свои действия, А.Н. не мог осознанно принимать решения (л. д. 191-192).

Вместе с тем, ответчица и ряд свидетелей не отмечали у А.Н. выраженных нарушений мнестико-интеллектуальной деятельности в юридически значимый период времени. Так, **ответчица М.И.** исковые требования не признала, отметила, что А.Н. все очень трезво осознавал и в больницы с жалобами на психическое состояние никогда не обращался. Сообщила, что они находились в браке с 1994 года, проживали в спорной квартире, его дети с ними не проживали и не общались. Они сразу ее не признали, сами не звонили и не приходили. До смерти он был в трезвом уме и ясной памяти. Ответчица пояснила, что А.Н. решил, что если он напишет завещание, то дети к нему будут лучше относиться, в итоге в 2010 году он завещание оформил на нее. Как указала ответчица, осенью 2010 года А.Н. сказал, что хочет пригласить нотариуса, 13.10.10г. приехал нотариус, они долго разговаривали в отдельной комнате, нотариус ему все подробно объясняла. На улицу он выходил редко, ему было трудно спускаться самостоятельно. Лечащий врач ей сказала, что он до конца жизни был адекватным человеком (л. д. 34-35). Свидетель **Л.М. (подруга ответчицы)** сообщила, что А.Н. знала с 1994г., всегда общалась с А.Н., у них было много общих тем. Он ходил, чувствовал себя нормально, проблем с психикой, сознанием она никогда у него не замечала. Последний раз видела его 28.01.11г., он лежал в кровати, но понимал происходящее вокруг него, осознавал свои действия. А.Н. был очень образованным человеком, писал книги, издавался. С ним было очень интересно разговаривать на педагогические темы. В последние два года в гости стала приходиться к ним чаще, при этом А.Н. всегда вел себя адекватно, одни и те же вопросы не повторял (л. д. 50).

Свидетель **Е.В.** сообщила, что она тесно общалась с А.Н. на протяжении последних 5 лет. При общении А.Н. вел себя нормально, адекватно реагировал на происходящее, с ним было интересно поговорить. Зимой 2010-2011г. он пригласил ее с мужем в гости. Они сидели на кухне, он с поддержкой сам пришел на кухню, попил чаю, просил горячего. Про завещание при беседах не упоминал, при этом однажды упомянул, что после его смерти М.И. ни в чем нуждаться не будет. При свидетеле на состояние своего здоровья он не жаловался. Странностей в его поведении никогда не замечала (л. д. 50).

Представитель ответчицы **И.О. (дочь ответчицы)** пояснила, что ответчица прожила с А.Н. 17 лет, уход за ним был на высоком уровне, сыновья появлялись редко. А.Н. был требователен к еде, все всегда должно быть чистым и свежим. 09.05.2010г. А.Н. пробыл три часа на приеме у мэра на Ярославовом дворище, затем домой, он своими ногами поднялся на пятый этаж. Летом 2010г. А.Н. выезжал на дачу, он не был неадекватен, он даже помнил наизусть ее (вероятно, представителя) номер телефона. А.Н. всегда был адекватным человеком, и признавал во всем только свое мнение. А.Н. часто звонил ей по телефону, и они общались. Пояснила, что физические болезни у А.Н. были, но они не были связаны с его умственной деятельностью. Ухудшение речи, памяти, возможно, было, однако ее, жену, внука он помнил, как зовут (л. д. 87).

На судебном заседании 20.03.12г. **О.В. (и.о. нотариуса)** пояснила, что к ней обратилась дочь супруги А.Н. с просьбой выехать на дом, чтобы удостоверить завещание, т. к. у А.Н. были проблемы с ногами, и ему было тяжело самому прийти к нотариусу. В дом к А.Н. она приезжала два раза. Первый раз она выехала, чтобы поговорить с А.Н., тогда они обсуждали проект завещания. Она предложила ему несколько форм завещания, но он четко стоял на своей позиции, что все имущество не оставит своей жене – только квартиру. У А.Н. имелись свои вклады, которые он хотел оставить наследникам по закону, а квартиру он хочет завещать только своей супруге, т. к. она ухаживала за ним, и он боялся, что дети оставят его без квартиры. Указала, что их разговор состоялся наедине в кухне у окна за столом, больше никто с ними не присутствовал. А.Н. произвел на нее положительное впечатление, это был высокоинтеллектуальный человек, грамотный. Несмотря на свой пожилой возраст, он выглядел очень хорошо, был аккуратно одет – в рубашке, спортивных брюках. Также отметила, что в его квартире была чистота и порядок. А.Н. очень хорошо излагал свои мысли, и никаких сомнений в том, что он не понимает значения своих действий, у него не было, он сознательно составил свое завещание. На вопросы пояснила, что она настроена категорически, потому что очень хорошо помнит момент составления завещания – 13 октября 2010 года. Они с А.Н. беседовали на разные темы, помнит, что он говорил о том, что пишет книгу. Про детей он говорил, что у него с ними не очень хорошие отношения, они мало о нем заботятся. А.Н. хотел оставить своей жене квартиру в благодарность за то, что она заботилась о нем. Завещание она зачитывала вслух (л. д. 113).

Вопросы: Болел ли АН психическим заболеванием? Если да, то каким?

Ситуационная задача №2

Согласно представленным, в материалах гражданского дела и медицинской документации данным, следует, что **С.Н.** с 13.01.2010 до 28.01.2010. находился МБУЗ «Норильская городская больница №1» по поводу дисфагии пищевода. Однако, в ходе стационарного лечения, нарушений психики описано не было (медицинская карта № 00629). Вместе с тем, **Н.С.** в своем исковом заявлении отмечает, что **С.Н.** в момент заключения

брака не мог отдавать отчет своим действиям в связи с тяжелой формой заболевания, а также в силу приема им лекарственных препаратов (л.д. 6). Наряду с этим, согласно заявлению от А.А. следует, что в начале апреля 2010 С.Н. плохо себя чувствовал и просил помочь сыну (Н.С.), чтобы все его имущество осталось именно ему (л.д. 7). При этом иных данных, свидетельствующих об актуальном состоянии С.Н. в юридически значимый период в материалах, представленных на экспертизу, не содержится.

Вопросы: Имел ли СН нарушения познавательной деятельности (восприятия, памяти, мышления, интеллекта)? Обладал ли СН индивидуально-психологическими особенностями, которые бы могли оказать существенное влияние на его поведение в юридически значимый период?

Ситуационная задача №3

Психологический анализ материалов гражданского дела и медицинской документации позволяет заключить, что Г.И. с июня 2006 года неоднократно проходил лечение в ГКБ №4 (хоспис №1) в связи с онкологическим заболеванием, при этом отмечались колебания динамики психического состояния от активности до астенических проявлений, в виде повышенной слабости. При осмотре от 27.06.06., после перенесенной травмы головы от 19.06.06., было отмечено, что у Г.И. «плохая память» - требовал от врача все выписки, онкокарту и др., однако, при разбирательстве было выявлено, что все медицинские документы на руках у больного. В дальнейшем (25.09.06.), на фоне психотравмирующего воздействия – смерть матери А.Д. от 22.09.06., было отмечено, что Г.И. «на фоне нервного расстройства» вел себя неадекватно. После похорон (26.09.06.), по возвращению в отделение, был несколько возбужден, от контакта отказывался (медицинская карта №569/781/859/955 МУЗ «ГКБ №4, Хоспис №1»). 27.09.06. Г.И. был осмотрен психиатром в хосписе №1 «для нотариуса о имущественной сделке» было отмечено, что контакту доступен, ориентирован в месте, времени, знает свой диагноз – «что ему осталось немного жить», цель имущественной сделки понимает, хочет написать завещание на квартиру своей гражданской жене. Грубых расстройств памяти и психотических расстройств выявлено не было. Вместе с тем, со слов А.Г. (гражданская жена Г.И.) было отмечено, что «муж пьянствовал» (медицинская карта амбулаторного больного ГУЗ «КОКПБ»). В дальнейшем, согласно представленной медицинской карте стационарного больного, при осмотре врачом от 28.09.06. было указано, что Г.И. стал менее раздражен, возбуждение уменьшилось. Однако, согласно последующей записи от 30.09.06., на фоне выраженного болевого синдрома было отмечено, что Г.И. беспокоен, агрессивен, контакту доступен с трудом. 01.10.06. Г.И. скончался.

Наряду с этим, согласно свидетельским показаниям Л.В. и Л.Т. проблемы со здоровьем у Г.И. были всегда, а в последние дни (с лета 2006г.) его психическое состояние ухудшилось, «от онкологического заболевания»

Г.И. выглядел недееспособным, имел совершенно отсутствующий вид, как будто вообще не осознавал, что происходит с матерью и с ним самим, не узнавал родственников, переспрашивал вопросы и не хотел общаться, состояние его было апатичное и безразличное ко всему (л.д. 4, 127, 149). Также Л.В., Л.Т., Н.А., Е.В., Л.А. и В.В. отметили, что Г.И. злоупотреблял спиртными напитками, пил почти каждый день, из-за этого был агрессивным, вспыльчивым, при этом вспышки агрессии сменялись апатией и безразличием ко всему. На похоронах матери был в гнетущем, тяжелом состоянии, не узнавал соседей, вид был отрешенный, был «абсолютно понурый, убитый болью», при этом не осознавал, что произошло (л.д. 127, 135, 140, 143, 148).

В то же время, по мнению А.Г., Г.И. сам принял решение о составлении завещания в ее пользу, при этом состояние здоровья Г.И. было нормальным, пил часто, но с головой у него все было нормально, он все понимал (л.д. 131). Свидетель Н.Ф. отметила, что на похоронах своей матери Г.И. вел себя адекватно, со всеми общался (л.д.155). Нотариус Л.Н. также указала, что в момент подписания завещания Г.И. находился «при памяти», в адекватном состоянии, сам прочитал завещание в двух экземплярах, расписался, она разъяснила ему все правовые последствия, он все понял, сомнений в его дееспособности не возникло (л.д.178). Свидетель А.В. (врач-терапевт ГКБ №4) суду пояснила, что нейролептики 26.09.06. Г.И. были назначены, чтобы успокоить, т.к. он пришел из дома, где употреблял спиртное и был возбужден, неадекватен, 29.09.06г. нейролептиков он не получал, его раздражительность и неадекватность перед смертью были вызваны тем, что он много выпил после смерти матери (л.д.182).

Также в материалах гражданского дела представлена письменная продукция Г.И. (письмо, датированное 15.06.03.), при этом текст письма не содержит стилистических и логических искажений (л.д.122).

Вопросы: обладал ли Г.И. индивидуально-психологическими особенностями, которые могли повлиять на его поведения в юридически значимый период? Индивидуально-психологические особенности Г.И. влияли ли на его способность к осознано-волевой регуляции своего поведения в юридически значимый период?

Ситуационная задача №4

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
2008 М.В.

Используемые методики: исследование памяти – «10 слов», «Пиктограмма»; исследование внимания – «Отсчитывание от 200 по 13»; исследование мышления – «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Последовательность событий», «Понимание переносного смысла пословиц и поговорок»; исследование личности – «ММРІ».

Подэкспертный охотно вступает в беседу, на вопросы психолога отвечает в плане заданного и по существу. Вместе с тем, не всегда откровенен, так уклоняется от разговоров о перенесенных психотических переживаниях – «это было давно...»,

преуменьшает степень наркотизации. Цель и задачи обследования понимает правильно. Себя характеризует человеком доверчивым, спокойным и неразговорчивым, но не замкнутым, с адекватной эмоциональной сферой («не буду смеяться над печальным или горевать над радостным...»). При этом добавляет, что имеет широкий, но не стойкий круг интересов («интересует многое, а достичь чего-то не удалось»). Также отмечает, что после суицидальной попытки изменил отношение к жизни, стал более рассудительным и внимательным к своему здоровью («отказался от наркотиков»), появилась жизненная перспектива («завтра, продолжение сегодня, а раньше не заботился ни о чем...»), стал «больше видеть причинно-следственную связь». Вместе с тем, в суждениях подэкспертного, в ряде случаев, отмечается склонность к символизму («не пью с 2000 года... такая дата... цифра красивая...») и смысловые соскальзывания («...с вниманием у меня все нормально... умею управлять своим вниманием... но иногда срываюсь... наверно влюбчивый очень, нравиться все, что красиво... по музеям люблю ходить, кино, там внимание тоже нужно... иногда смотришь кино второй раз и находишь новые штуки – это радует»). Также у подэкспертного отмечается склонность к рассуждательству. Жалоб в ходе обследования не высказывает, держится с должной дистанцией, старается обдумывать ответы. Фон настроения ситуативно незначительно снижен (подэкспертный обеспокоен своей дальнейшей судьбой), эмоциональные реакции не выразительны и тусклы.

Подэкспертный без труда усваивает инструкции к методическому материалу и руководствуется ими при выполнении экспериментальных заданий. В ходе обследования у подэкспертного преобладает мотивация достижения (к выполнению заданий относится старательно, стремиться продемонстрировать наилучший результат), при этом подэкспертный ориентирован на мнение психолога и легко поддается коррекции. Темп психической активности высокий. Наряду с этим у подэкспертного отмечаются нарушения концентрации внимания.

Нарушений памяти, при настоящем обследовании, выявлено не было. Так, при выполнении методики «10 слов», подэкспертный смог запомнить весь стимульный ряд уже после второго предъявления, а также правильно его воспроизвести через 65 минут. Также у подэкспертного отмечается высокая продуктивность мнестической деятельности и при опосредованном запоминании. При выполнении методики «пиктограмма» подэкспертный смог запомнить все понятия и правильно воспроизвести их, после интерферирующей паузы, При этом используемые в качестве опосредующего звена образы адекватны стимульным понятиями и, в основном, носят конкретный и атрибутивный характер. Вместе с тем, в ряде случаев, отмечается привнесение внутренних переживаний в стимульный материал. Так, на понятие «печаль» подэкспертный рисует дерево с опадающими листьями, при этом поясняет: «Лето прошло... осень... а я здесь сижу... время проходит... увядает все... пора увяданья».

При исследовании мышления у подэкспертного на фоне незначительного снижения уровня обобщения (при переходе от наглядно-образного материала к вербально-логическому появляются конкретно-ситуативные решения) на первый план выходит искажение процесса обобщения, в виде своеобразия мышления опоры на латентные признаки предметов и разноплановости. Так, при выполнении методики «исключение предметов» подэкспертный исключает птицу, объединяя молоток, стол и очки в группу «неодухотворенное». При выполнении методики «классификация» создает группы «корешки, в виде съедобных корнеплодов»,

«люди и их производные», а также группу «емкости», куда включает посуду и чернильницу. Также у подэкспертного отмечаются нарушения процесса избирательности прошлого опыта, что в ходе обследования проявляется в виде большой вариабельности ответов (повышенной ассоциативной деятельности). Так, при выполнении методики «сравнение понятий» подэкспертный находит отличие между озером и рекой в том, что «река имеет русло, устье и исток, а озеро нет... озеро круглое или продолговатое, а в реке вода течет... в озере стоячая...». Подэкспертный способен к установлению причинно-следственных взаимосвязей (методика «последовательность событий»), при этом адекватно выделяет ключевые детали сюжета. Переносный смысл пословиц и поговорок, в целом, подэкспертному доступен, однако, интерпретации, в ряде случаев, носят усложненный характер. Так, пословицу «не красна изба углами, а красна пирогами», подэкспертный проинтерпретировал следующим образом: «Не видимость определяет ценность предмета, а его полезность... доброе дерево определишь по плоду». Также у подэкспертного отмечается высокий интеллектуальный уровень (зрелые когнитивные стратегии, большой словарный запас, широкий кругозор).

По результатам опросника ММПИ у подэкспертного на первый план выходит эмоциональная и личностная незрелость, дефицит критических и прогностических функций, а также недостаточный контроль над эмоциями и поведением, что в субъективно сложных ситуациях может приводить к импульсивным поступкам. При этом подэкспертный зависим от мнения значимого окружения и внутригрупповых норм и нуждается в поддержке и одобрении со стороны референтной группы. Кроме того, у подэкспертного отмечается повышенная чувствительность к внешним негативным воздействиям, даже незначительным по своей выраженности, что приводит к формированию чувства внутреннего напряжения и беспокойства, которые вытесняются по механизму конверсии. Вместе с тем, подэкспертный склонен к широким, но формальным межличностным контактам, при этом эгоцентричен, доминантен и стремится быть в центре внимания. В поведении беспечен и склонен к внешнеобвиняющим реакциям.

Вопросы: опишите выявленные у МВ особенности личности с эмоционально-волевой сферой.

Ситуационная задача №5

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
2008

А.Г.

Используемые методики: исследование памяти – «10 слов», «Пиктограмма»; исследование внимания – «Отсчитывание от 100 по 7»; исследование мышления – «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Классификация», «Понимание переносного смысла пословиц и поговорок»; исследование личности – «ММПИ».

Подэкспертный контакту доступен, однако, при ответах на вопросы, в силу бедного словарного запаса и низкого образовательного уровня, не всегда способен четко сформулировать и выразить собственные мысли. При этом суждения подэкспертного зачастую легковесны и примитивны. Во время обследования подэкспертный держится напряженно, заметно волнуется. Наряду с этим, стремится избегать обсуждения тем, связанных с его прошлыми госпитализациями и старается не раскрывать внутренних

переживаний. Цель и задачи обследования, в целом, понимает правильно, так, отмечает, что находится на экспертизе, с целью определить, был ли он вменяем в момент совершения преступления или нет. При этом уточняет, что себя считает психически здоровым человеком. Фон настроения преимущественно ровный, вместе с тем, эмоциональные реакции скудны и маловыразительны (отмечается малая подвижность лицевой мускулатуры). Кроме того, подэкспертный обнаруживает дефицит критических функций, при относительно сохранном прогнозе результатов своей деятельности. Себя подэкспертный характеризует общительным, вспыльчивым, но в то же время контролирующим («в плохом настроении стараюсь ни с кем не ругаться...»).

Подэкспертный, в ряде случаев, испытывает трудности при усвоении инструкций к методическому материалу и не всегда руководствуется ими при выполнении экспериментальных заданий. При этом мотивации достижения, в ходе обследования, у подэкспертного не формируется. Кроме того, подэкспертный обнаруживает слабость побудительной силы мотивов, что в обследовании проявляется в виде безынициативности и отсутствии заинтересованности при выполнении психологических методик, а также ситуативных отказах при столкновении даже с незначительными трудностями. Наряду с этим, подэкспертный практически не поддается коррекции из-за выраженной ригидности установок, однако, зависим от оценок экспериментатора (легко фрустрируется при негативной оценке результатов его деятельности). Кроме того, подэкспертный обнаруживает нарушения работоспособности, в виде неравномерности темпа психической активности, а также, выраженные колебания и нарушения концентрации внимания.

Нарушений памяти, в ходе настоящего обследования, у подэкспертного выявлено не было, как при опосредованном, так и при непосредственном запоминании. Так, при выполнении методики «10 слов», на фоне низкой мотивации достижения, кривая запоминания составила: 6, 7, 6, 9, 6 слов, и 8 слов при отдаленном (75 минут) воспроизведении. При опосредованном запоминании (методика «пиктограмма») подэкспертный смог запомнить и правильно воспроизвести 10 понятий из 12 и 2 понятия близко по смыслу. Используемые в качестве опосредующего звена образы адекватны по своему содержанию стимульным понятиям и носят, преимущественно конкретный характер. При этом, подэкспертный испытывает трудности при нахождении опосредующих образов на сложные понятия, такие как: обман, сомнение, вражда. Вместе с тем, в ряде случаев, встречаются символические и атрибутивные образы.

При исследовании мышления у подэкспертного на первый план выходит снижение уровня обобщения, что в ходе обследования проявляется в увеличении конкретно-ситуативных решений при переходе от наглядно-образного материала к вербально-логическому. Так, при выполнении методики «сравнение понятий» подэкспертный находит сходство между картиной и портретом в том, что и то и другое «нарисовано», а отличие между тыквой и виноградом, в том, что «тыква большая, а виноград

маленький». Переносный смысл пословиц и поговорок подэкспертному, в целом, доступен, однако, при интерпретации сложных или малоизвестных пословиц интерпретации носят примитивный наглядно-образный характер. Подэкспертный обнаруживает низкий уровень интеллектуального развития (бедный словарный запас, примитивные когнитивные стратегии, недостаточный запас общеобразовательных знаний, узкий кругозор), но адекватный полученному образованию и образу жизни.

По результатам опросника «ММРІ» у подэкспертного на фоне личностной и эмоциональной незрелости, на первый план выходят тревожно-мнительные черты личности. Подэкспертный обнаруживает повышенную чувствительность как к реальным, так и мнимым обидам и незначительным негативным воздействиям, а также, постоянно высокий уровень тревоги, обусловленный ожиданием негативных последствий относительно результатов своей деятельности, что приводит к легкости возникновения фрустраций, накоплению отрицательных переживаний и росту внутренней напряженности. Наряду с этим, подэкспертный зависим от внешних оценок и внутригрупповых норм, а также, нуждается в поддержке и одобрении со стороны значимого окружения, что в ситуации выбора приводит к сомнениям и колебаниям при принятии решений. Однако, при принятии индивидуально-значимых решений преобладают эгоцентрические установки. Кроме того, подэкспертный обнаруживает достаточно высокий уровень внутреннего контроля над эмоциями и поведением, что в ситуации экспертизы проявляется в виде сдержанности и отстраненности. Вместе с тем, подэкспертный стремится к межличностным контактам, при этом, в общении обидчив, прямолинеен и требователен к окружающим, что также приводит к усилению внутреннего напряжения. В поведении активен, упорен при достижении поставленных целей и аккуратен при выполнении поручений. В конфликтных и затруднительных ситуациях склонен к реакциям раздражения и стремится переложить ответственность за случившееся на внешнее окружение.

Таким образом, у подэкспертного, на фоне низкого образовательного уровня на первый план выходит снижение уровня обобщения и трудности вербализации речевого замысла. Кроме того, подэкспертный обнаруживает нарушения работоспособности, в виде неравномерности темпа психической активности, а также, выраженные колебания и нарушения концентрации внимания. Нарушений памяти, в ходе настоящего обследования, у подэкспертного выявлено не было. Наряду с этим, подэкспертный обнаруживает эмоционально-волевые особенности, в виде уплощения эмоциональных реакций и ослабления побудительной силы мотивов с преобладанием мотивации избегания.

Личность подэкспертного характеризуется следующими индивидуально-психологическими особенностями: на фоне личностной и эмоциональной незрелости, на первый план выходят тревожно-мнительные черты личности. Подэкспертный обнаруживает повышенную чувствительность как к реальным, так и мнимым обидам и незначительным

негативным воздействиям, а также, постоянно высокий уровень тревоги, обусловленный ожиданием негативных последствий относительно результатов своей деятельности, что приводит к легкости возникновения фрустраций, накоплению отрицательных переживаний и росту внутренней напряженности. Наряду с этим, подэкспертный зависим от внешних оценок и внутригрупповых норм, а также, нуждается в поддержке и одобрении со стороны значимого окружения, что в ситуации выбора приводит к сомнениям и колебаниям при принятии решений. Однако, при принятии индивидуально-значимых решений превалируют эгоцентрические установки. Кроме того, подэкспертный обнаруживает достаточно высокий уровень внутреннего контроля над эмоциями и поведением, что в ситуации экспертизы проявляется в виде сдержанности и отстраненности. Вместе с тем, подэкспертный стремится к межличностным контактам, при этом, в общении обидчив, прямолинеен и требователен к окружающим, что также приводит к усилению внутреннего напряжения. В поведении активен, упорен при достижении поставленных целей и аккуратен при выполнении поручений. В конфликтных и затруднительных ситуациях подэкспертный склонен к реакциям раздражения и стремится переложить ответственность за случившееся на внешнее окружение.

Вопросы: имел ли АГ нарушения восприятия, памяти и склонности к повышенному фантазированию? Находился ли АГ в состоянии аффекта в момент совершения инкриминируемых ему деяний?

Ситуационная задача №6

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

2008

Л.А.

Используемые методики: исследование памяти – «10 слов», «Пиктограмма»; исследование внимания – «Отсчитывание от 100 по 7»; исследование мышления – «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Понимание переносного смысла пословиц и поговорок»; исследование личности – «ММРІ».

Подэкспертная контакту доступна, на вопросы психолога отвечает в плане заданного и по существу. Вместе с тем, испытывает выраженные трудности при вербализации речевого замысла (с трудом подбирает слова, не всегда способна выразить мысль). Себя характеризует как человека без определенной цели («путь все идет, как идет... ни к чему не стремлюсь...»), доброго («стараюсь всем угодить, сделать лучше...»), спокойного («меня трудно вывести из себя...»), неконфликтного («стараюсь избегать конфликтов...»), но в тоже время настойчивого («на уступки первая не пойду, и целей добьюсь...»). Жалоб активно не предъявляет, однако, отмечает, что после перенесенной травмы головы в 2005 году, появились проблемы с памятью. Также отмечает у себя снижение остроты зрения из-за катаракты. Фон настроения неустойчив, эмоциональные реакции колеблются от слезливости (при затрагивании темы связанной с судебной-следственной

ситуацией) до благодушия (при позитивном оценивании результатов ее деятельности). Также подэкспертная склонна к реакциям раздражения.

Подэкспертная способна усвоить инструкции к методическому материалу, однако, не всегда руководствуется ими при выполнении экспериментальных заданий. В ходе обследования у подэкспертной преобладает мотивация достижения (к выполнению заданий относится добросовестно и стремится продемонстрировать наилучший результат), при этом, ориентирована на мнение психолога и легко поддается коррекции. Темп психической деятельности высокий, вместе с тем, отмечаются незначительные колебания внимания.

При исследовании памяти у подэкспертной на первый план выходит снижение продуктивности мнестической деятельности при опосредованном запоминании, в силу низкой способности к абстрагированию. Так, при выполнении методики «пиктограмма» подэкспертная смогла запомнить и правильно воспроизвести, после интерферирующей паузы, всего 5 понятий из 10. При этом используемые в качестве опосредующего звена образы адекватны стимульным понятиям и носят, преимущественно, конкретный характер, с тенденцией к типичной стереотипии. Наряду с этим, при исследовании непосредственного запоминания выраженных нарушений памяти выявлено не было. Так, при выполнении методики «10 слов» кривая запоминания составила: 6, 6, 8, 9, 9 слов и 9 слов при отдаленном (65 минут) воспроизведении.

При исследовании мышления у подэкспертной на первый план выходит снижение уровня обобщения. Подэкспертная без труда выделяет существенные функционально-значимые признаки предметов, однако испытывает выраженные трудности при категоризации ответа, в результате чего дает, преимущественно, описательные решения. Так, при выполнении методики «исключение предметов» исключает очки, объединяя градусник, весы и часы в группу «измерение времени, веса и температуры». При этом при переходе от наглядно-образного материала к вербально-логическому, уровень обобщения резко снижается. Так, при выполнении методики «сравнение понятий» подэкспертная находит сходство между рекой и озером в том, что это «место для купания», между тыквой и виноградом в том, что это «еда». В целом, переносный смысл пословиц и поговорок подэкспертной доступен, однако, интерпретации носят наглядно-образный примитивный характер. Так на пословицу «цыплят по осени считают» подэкспертная пояснила: «Не хвались детьми маленькими, а хвались когда вырастут».

По результатам опросника ММРІ у подэкспертной на первый план выходит повышенная чувствительность, как к реальным, так и мнимым обидам с последующей фиксацией на индивидуально-значимых переживаниях и построением трудно корригируемых концепций связанных с представлением об угрожающих или опасных действиях со стороны окружающих, которые подкрепляются избирательностью восприятия подэкспертной. Кроме того, у подэкспертной отмечается своеобразие восприятия и личностных установок, что затрудняет адекватную оценку

поступков окружающих и препятствует усвоению социальных норм. При этом сочетание черт аффективной ригидности с низким контролем над эмоциями и поведением способствует непосредственной реализации внутреннего напряжения в субъективно-сложных и конфликтных ситуациях. Вместе с тем, склонность к импульсивным поступкам приводит к нарушению социальной адаптации с формированием чувства отчужденности и нарастанием тревоги, подавленности, неуверенности в себе, а также приводит к снижению самооценки, утрате интересов и подавленности влечений. При этом подэкспертная склонна к самоупрекам и самообвинению с формированием чувства вины, а также жалости по отношению к себе. В межличностных контактах подэкспертная эгоистична, подозрительна, обидчива и требовательна к окружающим. В поведении настойчива и упорна при достижении поставленных целей.

Таким образом, при настоящем обследовании у подэкспертной отмечаются нарушения мышления в виде снижения уровня обобщения, незначительные колебания внимания, нарушения памяти при опосредованном запоминании, в силу низкой способности к абстрагированию, а также эмоциональные нарушения, в виде эмоциональной неустойчивости.

Личность подэкспертной характеризуется повышенной чувствительностью, как к реальным, так и мнимым обидам с последующей фиксацией на индивидуально-значимых переживаниях и построением трудно корригируемых концепций связанных с представлением об угрожающих или опасных действиях со стороны окружающих, которые подкрепляются избирательностью восприятия подэкспертной. Кроме того, у подэкспертной отмечается своеобразие восприятия и личностных установок, что затрудняет адекватную оценку поступков окружающих и препятствует усвоению социальных норм. При этом сочетание черт аффективной ригидности с низким контролем над эмоциями и поведением способствует непосредственной реализации внутреннего напряжения в субъективно-сложных и конфликтных ситуациях. Вместе с тем, склонность к импульсивным поступкам приводит к нарушению социальной адаптации с формированием чувства отчужденности и нарастанием тревоги, подавленности, неуверенности в себе, а также приводит к снижению самооценки, утрате интересов и подавленности влечений. При этом, подэкспертная склонна к самоупрекам и самообвинению с формированием чувства вины, а также жалости по отношению к себе. В межличностных контактах подэкспертная эгоистична, подозрительна, обидчива и требовательна к окружающим. В поведении настойчива и упорна при достижении поставленных целей.

Вопросы: какими индивидуально-психологическими особенностями обладал Л.А. в юридически значимый период? Какое влияние они оказывали на способность ЛА к осознано-волевой регуляции своего поведения в момент совершения инкриминируемого

деяния? Находился ли ЛА в состоянии аффекта в момент совершения инкриминируемого деяния?