

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО
КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ
АТТЕСТАЦИИ
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

по направлению подготовки (специальности)

37.05.01 КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПО СПЕЦИАЛИЗАЦИИ
«ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 37.05.01 Клиническая психология по специализации «Патопсихологическая диагностика и психотерапия»,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 2 от «28» октября 2016

Оренбург

1. Паспорт фонда оценочных средств

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОК-5 способность использовать основы правовых знаний в различных сферах жизнедеятельности

ПК-8 готовность квалифицированно проводить психологическое исследование в рамках различных видов экспертизы (судебно-психологической, военной, медико-социальной и медико-педагогической экспертизы), анализировать его результаты, формулировать экспертное заключение, адекватное задачам экспертизы и запросам пользователя.

2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.

Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.

Форма текущего контроля: тестирование.

Оценочные материалы: банк тестовых заданий.

Судебно-психологическая экспертиза производится в отношении

+Подозреваемого

+Обвиняемого

+Подсудимого

психически больного

+свидетеля

+потерпевшего

Задачами экспериментально-психологического исследования в экспертной практике являются

+ дифференциальная диагностика

+ определение степени выраженности психических расстройств

+ выявление установки подэкспертного

+ выявление нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности

рекомендации по психотерапевтической помощи

Медицинский критерий невменяемости включает

+ хроническую душевную болезнь

+ временное расстройство душевной деятельности

- + слабоумие
- потерю самоконтроля
- + иные острые болезненные состояния при соматических заболеваниях
- # Юридический критерий невменяемости включает
 - + волевой признак
 - личностный признак
 - + интеллектуальный признак
- # Особенности нарочитого поведения подэкспертного могут являться
 - + Симуляцией
 - + Диссимуляцией
 - отрицанием
 - + аггравацией
 - + сюрсимуляцией
- # Признаками физиологического аффекта являются
 - + двигательное возбуждение
 - + частичная амнезия
 - + постаффективное астеническое состояние
 - большая длительность состояния
 - + физиологические проявления
- # Физиологический аффект включает следующие фазы
 - + фаза накопления
 - + фаза взрыва
 - фаза нейропсихологических изменений
 - + фаза аффективного переживания
 - + фаза постаффективного состояния
- # Предметом судебно-психологической экспертизы может явиться
 - +аффект
 - +несовершеннолетний обвиняемый
 - +потерпевшее лицо
 - +свидетель
 - психически больной
- # Факторами отставания в психическом развитии могут являться
 - + социальная запущенность
 - патология характера
 - + педагогическая запущенность
 - + наличие сенсорного дефекта
 - + перенесенные соматические заболевания в детстве
- # При диагностике отставания в психическом развитии проверяется
 - знание иностранных языков
 - + общая осведомленность
 - + знание основных социальных норм и правил
 - + обучаемость
 - + навыки чтения, счета, письма
- # Этапами проведения психодиагностического экспертного исследования являются

- + психологический анализ материалов уголовного дела
- беседа со следователем
- проведение психологического исследования
- + сопоставительный анализ данных изучения уголовного дела, беседы, экспериментального исследования
- + составление заключения

Экспертом в области судебной психологии может быть педагог
школьный психолог
психолог
невропатолог

- + клинический психолог

Судебный психолог должен иметь познания в области

- + патопсихологии
- + возрастной психологии
- + нейропсихологии
- + психиатрии

педагогике

Этические принципы эксперта-психолога включают

- + профессиональную компетентность психолога
- + собственные личностные ресурсы

личностный подход к испытуемому

- + независимость эксперта
- + конфиденциальность

Индивидуально-психологические особенности обвиняемого включают

- + ценности
- + темперамент
- + эмоциональные особенности
- + способы адаптации и реагирования

тип семейного воспитания

При экспертном психологическом исследовании свидетеля изучается

- + уровень психического развития подэкспертного
- + особенности органов чувств (анализаторов)
- + психическое состояние подэкспертного

наличие аллергической реакции

- + индивидуально-психологические особенности

Основанием для проведения судебно-психологической экспертизы может являться

- + постановление следователя
- + определение суда

ходатайство адвоката
ходатайство истца

Психологическая экспертиза производится в отношении ребенка

- + подозреваемого
- + обвиняемого
- + свидетеля
- + потерпевшего

Конечная цель судебно-психологического исследования анализ психического расстройства подэкспертного

- + анализ умственного развития подэкспертного
- + анализ регуляции поведения подэкспертного
- + анализ личности подэкспертного
- + анализ аффекта

ОСНОВНОЙ МЕТОД ПАТОПСИХОЛОГИИ:

- + Моделирующий эксперимент

Интроспекция

Наблюдение

Клиническая беседа

Тестирование

СОЗДАНИЕ МОТИВА ЭКСПЕРТИЗЫ НЕОБХОДИМО:

Для установления доверительных отношений с испытуемым.

Для формирования у пациента серьезного отношения к исследованию.

- + Для изучения мотивации испытуемого

Для поддержания психотерапевтических отношений.

Для установления диагноза.

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ ОБУСЛОВЛЕНО:

повреждением зрительного нерва

- + отсутствием осмысленности и обобщенности перцептивной деятельности

повреждением сетчатки

перегруженностью зрительного анализатора

нарушением мотивации

У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПСЕВДОАГОЗИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ:

повреждением зрительного нерва

- + нарушением произвольности и контроля

снижением уровня обобщения

нарушением динамики психической деятельности

изменением чувствительности

ГАЛЛЮЦИНАЦИИ – ЭТО:

- + восприятие не существующих в реальности объектов, явлений

нарушение узнавания предметов

изменение порогов чувствительности

искажение формы предметов

неправильное узнавание предметов

ДЛЯ КАКОГО ВИДА РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ ХАРАКТЕРНЫ: ЧУВСТВО «СДЕЛАННОСТИ» ВОСПРИНИМАЕМОГО?

истинные галлюцинации

- + псевдогаллюцинации

иллюзии

сенестопатии

агнозии

ВЫПАДЕНИЕ ИЗ ПАМЯТИ СОБЫТИЙ, ВПЕЧАТЛЕНИЙ,
ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ОСТРОМУ ПЕРИОДУ БОЛЕЗНИ - ЭТО:

+ ретроградная амнезия

антероградная амнезия

Фиксационная амнезия

Прогрессирующая амнезия

Конградная амнезия

#КОНФАБУЛЯЦИИ – ЭТО:

частичное выпадение из памяти отдельных фактов или событий

непроизвольное оживление в памяти малозначительных для настоящего
событий

забывание событий прошлого

+ ложные воспоминания с убежденностью в их реальности

забывание текущих событий

МЕТОДИКА ЗАПОМИНАНИЯ 10 СЛОВ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ:

+ динамику мнестической деятельности

+ объем кратковременной и долговременной памяти

+ нарушения непосредственного запоминания

способность к опосредованному запоминанию

способность к обобщению

НАРУШЕНИЕ ДИНАМИКИ МНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧАЩЕ
ВСЕГО МОЖНО НАБЛЮДАТЬ У БОЛЬНЫХ:

шизофренией

+ диффузными, сосудистыми поражениями головного мозга

эпилепсией

психопатиями

тревожными расстройствами

НАРУШЕНИЯ ОПОСРЕДОВАННОГО ЗАПОМИНАНИЯ – ЭТО:

нарушение динамики мнестической деятельности

+ нарушение операциональной стороны мнестической деятельности

нарушение мотивационного компонента мнестической деятельности

Нарушение целеполагания

Нарушение самооценки

#ПРИ НАЛИЧИИ НАВЯЗЧИВЫХ ИДЕЙ:

человек убежден в их истинности

+ человек страдает от их наличия и хочет от них избавиться

человек способен относиться к ним критически

+ человек относится к ним критически

человек воспринимает их как часть своего мировоззрения

#ПРИ НАЛИЧИИ СВЕРХЦЕННЫХ ИДЕЙ:

человек страдает от их наличия и хочет от них избавиться

+ человек способен относиться к ним критически

+ человек воспринимает их как часть своего мировоззрения

у человека нет сомнения в их истинности

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ОБОБЩЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЬНЫХ:

неврозами

шизофренией

+ эпилепсией

психопатией

+ олигофренией

РАЗНОПЛАНОВОСТЬ – ЭТО:

конкретно-ситуационное обобщение

функциональное обобщение

+ обобщение по различным основаниям

обобщение на основе личного опыта

выхолощенное рассуждательство

ОБОБЩЕНИЕ ПО КОНКРЕТНО-СИТУАЦИОННЫМ ПРИЗНАКАМ

СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

о высоком уровне обобщения

+ о снижении уровня обобщения

о нарушении динамики познавательной деятельности

об искажении уровня обобщения

РЕЗОНЕРСТВО ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

+ морализаторством, содержанием идей справедливости, эмоциональностью

выхолощенностью, отсутствием житейского содержания

рассуждениями, сопровождающими трудную деятельность

импульсивным перескакиванием с одной темы на другую

СОЧЕТАНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ ОБОБЩЕНИЯ И КОНКРЕТНО-СИТУАЦИОННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ:

снижения уровня обобщения

искажения уровня обобщения

+ нарушения динамики познавательной деятельности

нарушения мотивационного компонента познавательной деятельности

нарушения критичности мышления

ИНЕРТНОСТЬ МЫСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, ЗАСТРЕВАНИЕ, ТУГОПОДВИЖНОСТЬ ХАРАКТЕРНЫ ПРИ:

при маниакальных состояниях

+ при эпилепсии

при шизофрении

при неврозе

при психопатии

ЦИКЛОТИМИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО – ЭТО:

Расстройство восприятия.

Расстройство мышления.

+ Расстройство настроения

Расстройство волевой сферы.

Расстройство поведения.

АНГЕДОНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ:

Маниакального расстройства.

+ Депрессивного расстройства

Фобического расстройства.

Органического поражения ЦНС.

Эпилепсии.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ОТНОСИТСЯ К:

Расстройствам восприятия.

Расстройствам мышления.

+ Расстройствам эмоциональной сферы

Мотивационным расстройствам.

Расстройствам памяти.

КОМПУЛЬСИЯ – ЭТО:

+ Повторяющиеся физические или психические действия, направленные на предотвращение дистресса, вызванного obsессией.

Стремление к получению удовольствий.

Избегание травмирующих ситуаций.

Страх оказаться на людях.

Отсутствие сексуального влечения.

ПСИХОПАТИИ ОТНОСЯТСЯ К:

Расстройствам восприятия.

Расстройствам мышления.

Расстройствам эмоциональной сферы.

Мотивационным расстройствам.

+ Личностным расстройствам

Тревожным расстройствам.

ЭГОЦЕНТРИЗМ, ЭГОИЗМ, ИНФАНТИЛИЗМ, ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ

ЛАБИЛЬНОСТЬ, ПОТРЕБНОСТЬ ВО ВНИМАНИИ СО СТОРОНЫ

ОКРУЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПСИХОПАТИИ:

гипотимической формы

гипертимической формы

истерической формы

+ возбудимой (эпилептоидной) формы

паранойяльной формы

шизоидной формы

НЕРЕШИТЕЛЬНОСТЬ, МНИТЕЛЬНОСТЬ, ЧРЕЗМЕРНАЯ СКЛОННОСТЬ

К РЕФЛЕКСИИ И ОБРАЗОВАНИЮ НАВЯЗЧИВОСТЕЙ ПРЕЖДЕ ВСЕГО

ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПСИХОПАТИЙ:

Для гипотимической формы.

Для гипертимической формы.

Для истерической формы.

Для возбудимой (эпилептоидной) формы.

+ Для паранойяльной формы.

Для шизоидной формы.

ВЫСОКАЯ САМООЦЕНКА, ПОДОЗРИТЕЛЬНОСТЬ, СКЛОННОСТЬ К

ОБРАЗОВАНИЮ СВЕРЦЕННЫХ ИДЕЙ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРНЫ
ДЛЯ ПСИХОПАТИЙ:

Для гипотимической формы.

Для гипертимической формы.

Для истерической формы.

+ Для возбудимой (эпилептоидной) формы

Для паранойяльной формы.

Для шизоидной формы.

ГЛАВНЫЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ПРИ
ШИЗОФРЕНИИ ЛЕЖИТ:

+ В потребностно-мотивационной сфере

В когнитивной сфере.

В сфере детско-родительских отношений.

В эмоциональной сфере

В неадекватном поведении.

ПЕРВИЧНЫЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПРИ ЭПИЛЕПСИИ – ЭТО:

Истощаемость, лабильность психических процессов.

Мотивационные нарушения.

+ Инертность психических процессов

Изменения личности.

Нарушение поведения.

Наиболее полным видом СПЭК является:

В кабинете следователя,

Амбулаторная,

+ Стационарная,

В ходе судебного разбирательства.

СПЭК в недобровольном порядке не может быть проведена в отношении:

Обвиняемого,

+ Лица, не достигшего 15-летнего возраста,

Лица не имеющего гражданства,

Пожилую человека.

При назначении СПЭК обвиняемый может потребовать:

+ Замены эксперта,

Отказаться от нее,

Пригласить понятых.

СПЭК может быть назначена:

По требованию потерпевшего,

По решению прокурора,

+ По постановлению следователя или суда.

Принудительная госпитализация в психиатрический стационар
осуществляется:

+ По решению суда,

По требованию потерпевшего,

в. По направлению следователя.

Г. По решению врача-психиатра.

#Понятие вменяемости законодательно определяется:

- а. УК РФ,
- б. УПК РФ,
- в. Законом «О психиатрической помощи»,
- г. Ничем из перечисленного.

Медицинским критерием невменяемости является:

- Неспособность контролировать свои действия,
- Неспособность предвидеть последствия,
- + Нарушенное психическое состояние.

Юридическим критерием невменяемости является:

- + Неспособность контролировать свои действия,
- Снижение интеллекта,
- Наличие хронического психического заболевания.

Основным критерием недееспособности является:

- Наличие хронического психического заболевания,
- + Отсутствие возможности произвести противоправное действие,
- Наличие инвалидности.

Невменяемость может быть определена как:

- Полная,
- Уменьшенная,
- Ограниченная,
- + Верно все.

Изображение отсутствующего заболевания называется:

- Аггравация,
- + Симуляция,
- Диссимуляция.

Намеренное преувеличение существующей симптоматики называется:

- + Аггравация,
- Симуляция,
- Диссимуляция.

Соккрытие существующего психического расстройства называется:

- Аггравация,
- Симуляция,
- + Диссимуляция.

Психиатрическая помощь детям в недобровольном порядке может быть осуществлена начиная:

- С 12 лет,
- С 14 лет,
- + С 15 лет,
- С 16 лет.

Принудительная психиатрическая помощь пожилым лицам регламентирована:

- Законом «О психиатрической помощи»,
- УПК РФ,
- Правовыми актами «Социальной защиты»,

Всеми перечисленными,
+ Ничем из перечисленного.
Диагноз психического заболевания выставляется на основании:
+ Стандартизованных международных классификаций,
Закона «О психиатрической помощи»,
Распоряжений Минздрава РФ.
Отсутствие воспоминаний о событии называется:
Склероз,
+ Амнезия,
Псевдология.
Самооговоры чаще всего встречаются:
+ При истерическом расстройстве личности,
У больных шизофренией,
При умственной отсталости.
Ложные воспоминания носят название:
Амнезия,
+ Парамнезия,
Гипермнезия.
Иллюзии это:
+ Искаженное восприятие существующих предметов,
Восприятие несуществующих предметов,
Отсутствие восприятия.
Галлюцинации это:
Искаженное восприятие существующих предметов,
+ Восприятие несуществующих предметов,
Отсутствие восприятия.
Немотивированное агрессивное поведение называется:
Эйфория,
+ Дисфория,
Ажитация.
Паранойя относится к расстройствам:
+ Мышления,
Эмоций,
Восприятия.
Ревность может быть:
Нормальной,
Паранойяльной,
Бредовой,
+ Верно все.
Девиантное поведение это:
Правонарушающее,
На грани правонарушения,
+ Отклоняющееся.
Делинквентное поведение это:
Правонарушающее,

+На грани правонарушения,
Отклоняющееся.
Пиромания это патологическое влечение к:
+ Поджогам,
Бродяжничеству,
Воровству.
Клептомания это патологическое влечение к:
Поджогам,
Бродяжничеству,
+ Воровству.
Дромомания это патологическое влечение к:
Поджогам,
+ Бродяжничеству,
Воровству.
К невротическим расстройствам нельзя отнести:
+ Истерию,
Социофобию,
Неврастению.
#Акцентуации личности это:
+ Вариант нормы,
Хроническое заболевание,
Психопатия.
Психопатия - это специфическое расстройство:
Детского возраста,
Подросткового возраста,
+ Зрелой личности.
Ненасильственный орально-генитальный секс расценивается как:
+ Норма,
Патология,
Извращение.
Педофилия это патологическое влечение к:
Трупам,
+ Ребенку,
Лицу преклонного возраста.
Геронтофилия это патологическое влечение к:
Трупам,
Ребенку,
+ Лицу преклонного возраста.
Некрофилия это патологическое влечение к:
+ Трупам,
Ребенку,
Лицу преклонного возраста.
#Психотическим расстройством при алкоголизме может быть:
Слабоумие,
Бред,

Делирий,

+ Верно все.

К качественным расстройствам сознания не относится:

+ Оглушение,

«Сумерки»,

Делирий,

Онейроид.

К количественным расстройствам сознания не относится:

Оглушение,

Кома,

+ Делирий.

Невроз чаще всего обозначается как заболевание:

Эндогенное,

+ Психогенное,

Экзогенное.

Пренебрежение социальными нормами расценивается как:

Просоциальность,

+ Асоциальность.

Антисоциальность.

Диссоциальность определяется в законодательном порядке как явление характерное для:

+ Зрелой личности,

Подросткового периода,

Ребенка.

В процессе диагностики психического расстройства используются классификационные критерии:

DSM IV,

УПК РФ,

+ МКБ-10.

Задержка психического развития может быть определена как:

Олигофрения,

Деменция,

+ Временная умственная отсталость.

Дебильность может быть:

+ Легкой,

Имбецильной,

Идиотической.

При диагностике врожденной умственной отсталости могут быть диагностированы:

+ Олигофрения,

ЗПР,

Деменция.

При болезни Дауна применяются юридические критерии:

Полной невменяемости,

Недееспособности,

Ограниченной вменяемости,
+ Верно все,
Склероз сосудов головного мозга может вызвать:
+ Нарушения памяти и интеллекта,
Диссоциальные расстройства,
Невротические расстройства.
При острой травме головного мозга обнаруживается:
Ретроградная амнезия,
Антеградная амнезия,
Генерализованная амнезия,
+ Верно все.
Если у пострадавшего на теле обнаруживаются многократные однотипные механические повреждения, то это свидетельствует о наличии:
+ Дисфории,
Неврозе,
Шизофрении.
Больной эпилепсией, как правило:
Хаотичен,
+Пунктуален,
Эйфоричен.
Если обвиняемому выставлен диагноз шизофрении, то судом он может быть признан:
Недееспособным,
Невменяемым,
Больным.
+ Верно все.
Парализованный человек чаще всего определяется как:
Недееспособный,
Невменяемый,
+ Больной.
Заочная форма СПЭ может быть применена к:
+Умершему,
Заявителю,
Свидетелю.
Диагноз маниакально-депрессивного психоза заранее предполагает:
Вменяемость,
Невменяемость,
Ограниченную ответственность,
+Ничего из перечисленного.
Нарушенные формы сознания не встречаются среди больных:
Шизофренией,
+ Акцентуациями личности,
Неврозами.
Слабоумие не может быть вызвано:
Олигофренией,

Склерозом,
+ Неврозом.

#К аддиктивным формам поведения нельзя отнести:

+ Неврозы,
Работоголизм,
Пристрастия.

К числу «химических» аддикций не относится:

+ Эргомания,
Токсикомания,
Наркомания.

Экспертиза истинного пола с точки зрения психиатрии предполагает:

+ Тщательное изучение внутренней психологии заявителя,
Детальное исследование картины происшедшего,
Наличие вещественных доказательств.

Медико-психолого-педагогическая экспертиза проводится:

По требованию ребенка,
+ Только с разрешения родителей,
По настоянию администрации детского дошкольного учреждения,
По правовым актам Министерства Образования РФ.

При проведении медико-социальной экспертизы, прежде всего, решается вопрос о:

+ Социальном статусе пострадавшего,
Постановке диагноза,
Степени невменяемости.

При проведении военно-врачебной экспертизы наиболее частыми случаями являются:

+ Симуляция,
Аггравация,
Диссимуляция.

Статьи УК РФ о сексуальных домогательствах не могут быть применены к:

Женщинам,
Мужчинам,
Физически бесполом людям,
Верно «а»,
+ Неверно ничто.

Статья УК РФ об изнасиловании может быть применена к:

Мужчине,
Женщине,
«Старику»,
+ Верно все.

Наиболее точным критерием алкогольной интоксикации является:

Мнение психиатра-эксперта,
Количество этанола в выдыхаемом воздухе,
+ Процентное содержание этилового спирта в крови,

Процентное содержание этилового спирта в моче.

Количество эндогенного алкоголя в крови составляет:

0,003%,

+ 0,03%,

0,3%,

Нисколько.

Достоверным признаком гашишной интоксикации является:

Сужение зрачков,

+ Расширение зрачков,

Беспокойство,

Заторможенность.

Достоверным признаком опийной интоксикации является:

+Сужение зрачков,

Расширение зрачков,

Беспокойство,

Заторможенность.

«Простое» алкогольное опьянение может быть:

Дисфорическим,

Эйфорическим,

Депрессивным,

+ Верно все,

Неверно ничто.

Состояние тяжелого алкогольного опьянения с юридической точки зрения может быть расценено как:

Вменяемое,

Бездействия,

Недееспособности,

+ Верно все.

Объективным способом «детекции лжи» впервые было измерение:

Частоты сердечных сокращений,

Напряжения мышц,

+ Кожно-гальванической реакции.

#Этатическое понимание права означает:

+ приравнивание права и государственной власти

превосходство права над государственной властью

превосходство государственной власти над правом

Психологическая школа права в России сформировалась:

в середине 19 века

+ в конце 19 - начале 20вв.

психологической школы права в России не было

#Индивидуальное правосознание во многом определяется:

правосознанием больших социальных групп, в которые включена личность

+ правосознанием малых социальных групп, в которые включена личность

индивидуальными установками личности

Правоприменительное поведение это:

правоисполнительное и правопослушное поведение

+ правоисполнительное, правопослушное и законопослушное поведение

правопослушное и законопослушное поведение

Какое из представленных утверждений верно:

+ преступное поведение осуществляется на основе снятия индивидом своей социальной ответственности посредством механизма защитной мотивации, обесценивания общепринятых ценностей

криминальное поведение отличается от социально - положительного по психорегуляционным особенностям

чем более социализирована личность, тем больше возможность

автономизации биологических факторов

Самооправдание преднамеренного преступления совершается следующими способами:

утрирование виновности жертвы, обесценивание общественных и правовых норм путем противопоставления их нормам референтных групп

перенесение ответственности на других лиц, оправдание сложившимися обстоятельствами

+ утрирование виновности жертвы, обесценивание общественных и правовых норм путем противопоставления их нормам референтных групп,

перенесение ответственности на других лиц, оправдание сложившимися обстоятельствами

нет полного ответа

Антисоциальный тип личности преступника:

+ преступник, неоднократно совершавший преступления +

преступник, впервые совершивший преступление

преступник, впервые совершивший преступление по случайному стечению обстоятельств

Характерными чертами насильственного типа преступников являются:

дефективность социальной идентификации

+ дефективность социальной идентификации, эмоциональная тупость, импульсивная агрессивность

эмоциональная тупость, повышенный уровень тревожности, эгоцентризм

Устойчивый тип насильственного преступника отличается:

стереотипизированностью агрессивного поведения, устойчивой

направленностью данного индивида на совершение насильственных деяний

+ постоянной агрессивной направленностью, сформированностью стереотипа применения грубой силы и для этого всегда находится повод во внешней среде

стереотипизированностью агрессивного поведения, постоянной агрессивной направленностью

При работе со свидетелями следователь должен учитывать, что

психические следы преступления не стабильны, изменчивы,

функционирование психических образов зависит от индивидуальных особенностей человека

+ свидетели воспринимают события под влиянием личной и ситуативной

апперцепции, личностных особенностей реконструкции материала в процессе его сохранения и воспроизведения
большинство следственных ситуаций отличаются крайней информационной недостаточностью

Оценочные материалы по каждой теме дисциплины.

Модуль 1. Использование психологических знаний в практике судебной экспертизы. Вопросы судебно-психологической экспертизы.

Тема 1. Правовые и организационные проблемы использования психологических познаний в судебной экспертизе в уголовном процессе. Заключение эксперта.

Формы текущего контроля успеваемости: решение проблемно-ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 1.

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?

Тема 2. Методологические проблемы судебно-психологической экспертизы. Экспериментально-психологическое исследование. Этические проблемы судебно-психологической экспертизы. Формы текущего контроля успеваемости: решение проблемно-ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 3.

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-базиллярном 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 вертебробазиллярном бассейне. Атеросклероз церебральных сосудов». 23.12.04г. был поставлен диагноз: «Сосудистое поражение головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст. Недостаточность кровообращения в вертебробазиллярном 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 выписному 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. Беспокоила 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 состоянием 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. искивые 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: Страдал ли АН психическим заболеванием в юридически значимый период? Если да, то каким?

Модуль 2. Предметные виды судебно-психологической экспертизы в уголовном и гражданском процессе.

Тема 3. Предметные виды судебно-психологической экспертизы в уголовном процессе, касающиеся индивидуально-психологических особенностей обвиняемого (подсудимого), аффекта, несовершеннолетнего обвиняемого (подсудимого), общих проблем судебно-психологической экспертизы обвиняемого (подсудимого).

Формы текущего контроля успеваемости: решение проблемно-ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 7.

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?

Тема 4. Предметные виды судебно-психологической экспертизы в уголовном процессе, касающиеся свидетеля или потерпевшего правильно воспринимать обстоятельства, потерпевшей по делу об изнасиловании, лица, окончившего жизнь самоубийством.

Формы текущего контроля успеваемости: решение проблемно-ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 4.

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 нейрорептилки 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. нейрорептилок 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?

Тема 5. Предметные виды судебно-психологической экспертизы в гражданском процессе.

Формы текущего контроля успеваемости: решение проблемно-ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача № 5.

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, стремится 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 понятиям 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 ММРІ 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.

Тема 6. Теоретические, процессуально-правовые, организационно-правовые проблемы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСПЭ). Экспертные оценки при производстве КСПЭ экспертизы обвиняемых.

Формы текущего контроля успеваемости: решение проблемно-ситуационных задач.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости.

Ситуационные задачи, практические задания:

Ситуационная задача № 6.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

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 – «ММРІ».

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, стремиться 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 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 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?

Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе, при контроле самостоятельной работы обучающихся.

Форма контроля	Критерии оценивания
Тестирование	Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется при условии 91-100% правильных ответов
	Оценка «4 БАЛЛА» выставляется при условии 81-90% правильных ответов

	Оценка «3 БАЛЛА» выставляется при условии 71-80% правильных ответов
	Оценка «2 БАЛЛА» выставляется при условии 61-70% правильных ответов.
	Оценка «1 БАЛЛ» выставляется при условии 51-60% правильных ответов.
	Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется при условии 50% и меньше правильных ответов.
Решение ситуационных задач	Оценка «5 БАЛЛОВ» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
	Оценка «4 БАЛЛА» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.
	Оценка «3 БАЛЛА» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
	Оценка «2 БАЛЛА» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения

	<p>схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.</p>
	<p>Оценка «1 БАЛЛ» выставляется если обучающимся дан не правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения отсутствует. Демонстрация практических умений с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.</p>
	<p>Оценка «0 БАЛЛОВ» выставляется по следующим критериям: пропуск семинарского (практического) занятия; отказ студента отвечать на вопросы, предусмотренные для решения ситуационной задачи.</p>
<p>Предоставление презентации (индивидуальный проект)</p>	<p>ОЦЕНКОЙ 5 БАЛЛОВ оценивается презентация, в которой: цвет фона гармонирует с цветом текста, всё отлично читается; использовано 3 цвета шрифта; все страницы выдержаны в едином стиле; гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра; анимация присутствует только в тех местах, где она уместна и усиливает эффект восприятия текстовой части информации; звуковой фон соответствует единой концепции и усиливает эффект восприятия текстовой части информации; размер шрифта оптимальный; все ссылки работают; содержание является строго научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме; информация соответствует теме презентации, является актуальной и современной; ключевые слова в тексте выделены.</p> <p>ОЦЕНКОЙ 4 БАЛЛА оценивается презентация, в которой: цвет фона хорошо соответствует цвету текста, всё можно прочесть; использовано 3 цвета шрифта; 1-2 страницы имеют свой стиль оформления, отличный от общего; гиперссылки выделены и имеют разное оформление до и после посещения кадра; анимация присутствует только в тех местах, где она уместна; звуковой фон</p>

	<p>соответствует единой концепции и привлекает внимание зрителей в нужных местах именно к информации; размер шрифта оптимальный; все ссылки работают; содержание в целом является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту; орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют; наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация в целом соответствует теме презентации, является актуальной и современной; ключевые слова в тексте выделены.</p>
	<p>ОЦЕНКОЙ 3 БАЛЛА оценивается презентация, в которой: цвет фона плохо соответствует цвету текста; использовано более 4 цветов шрифта; некоторые страницы имеют свой стиль оформления; гиперссылки выделены, анимация дозирована; звуковой фон не соответствует единой концепции, но не носит отвлекающий характер; размер шрифта средний (соответственно, объем информации слишком большой — кадр несколько перегружен) информацией; ссылки работают; содержание включает в себя элементы научности; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту; есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки; наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация не всегда соответствует теме презентации, является актуальной, но представлена устаревшей литературой; ключевые слова в тексте чаще всего выделены.</p>
	<p>ОЦЕНКОЙ 2 БАЛЛА оценивается презентация, в которой: цвет фона не соответствует цвету текста; использовано более 5 цветов шрифта; каждая страница имеет свой стиль оформления; гиперссылки не выделены, анимация отсутствует (или же презентация перегружена анимацией); звуковой фон не соответствует единой концепции, носит отвлекающий характер; слишком мелкий шрифт (соответственно, объем информации слишком велик — кадр перегружен); не работают</p>

	<p>отдельные ссылки; содержание не является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту; много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок; наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация отдаленно соответствует теме презентации, слабо подчеркнута актуальность, научные источники устаревшие; ключевые слова в тексте не выделены.</p>
	<p>ОЦЕНКОЙ 1 БАЛЛ оценивается презентация, в которой: цвет фона не соответствует цвету текста; использовано более 5 цветов шрифта; каждая страница имеет свой стиль оформления; гиперссылки и анимация отсутствуют; звуковой фон отсутствует; слишком мелкий шрифт (соответственно, объем информации слишком велик — кадр перегружен); содержание не является научным; иллюстрации (графические, музыкальные, видео) отсутствуют; много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок; наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами; информация не соответствует теме презентации, отсутствует актуальность, научные источники устаревшие; ключевые слова в тексте не выделены.</p>
	<p>ОЦЕНКОЙ 0 БАЛЛОВ оценивается отсутствие выполненного задания (презентации) в установленный срок.</p>

3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в форме тестирования.

Вопросы для проверки теоретических знаний

1. Понятие эксперт и экспертиза. Права и обязанности эксперта.
2. Судебно-психологическая экспертиза индивидуальных психологических особенностей личности обвиняемого и их влияние на поведение в момент совершения инкриминируемых ему действий.
3. Критерии выбора специалиста в качестве эксперта.
4. Экспертиза способности несовершеннолетних осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

5. Виды экспертиз по месту и условиям их проведения.
6. Экспертиза состояния лиц, покончивших жизнь самоубийством.
7. Виды экспертиз по процессуальному положению подэкспертного.
8. Экспертиза способности свидетеля или потерпевшего правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них объективные показания.
9. Судебная психиатрия. Определение. Три ее направления.
10. Экспертиза способности потерпевшего по делу об изнасиловании понимать характер и значение совершаемых с ним действий или оказать сопротивление обвиняемому.
11. Формула невменяемости.
12. Судебная сексология. Понятие сексуального здоровья и сексуального статуса. Виды сексуального статуса и его критерии.
13. Медицинские критерии невменяемости или недееспособности.
14. Виды отклонений в сексуальном поведении.
15. Юридические критерии невменяемости или недееспособности.
16. Виды сексуальных расстройств (дисфункции по МКБ – 10).
17. Сущность судебно-психиатрической экспертизы. Ее задачи в уголовном и гражданском процессах.
18. Понятия правоспособности, дееспособности - недееспособности, вменяемости – невменяемости, ограниченной вменяемости.
19. Экспертиза свидетелей.
20. Судебно – психологическая экспертиза ее история.
21. Требования к составлению акта экспертизы и заключения.
22. Роль клинического психолога в проведении судебно-психиатрических экспертиз.
23. Экспертиза психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного.
24. Судебно-психологическая экспертиза аффекта.
25. Экспертиза в гражданских процессах, регулируемых Семейным кодексом.
26. История развития судебно-психологической экспертизы.
27. Экспертиза по делам о сделках с «пороком воли».
28. Организационно-правовые основы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Теоретические и методологические проблемы.
29. Экспертиза по делам о компенсации морального вреда.
30. Принципы и задачи психодиагностической деятельности эксперта-психолога. Экспериментально-психологическое исследование в практике судебной психиатрии.
31. Экспертиза по делам о спорах, связанных с правом на воспитание ребенка при раздельном проживании родителей.
32. Деятельность психолога в гражданском процессе. Процессуальные основания производства СПЭ в гражданском процессе.
33. Права и обязанности судебного эксперта.

34. Психодиагностическая и психокоррекционная работа в практике принудительного лечения психически больных.
35. Классификация КСППЭ в уголовном процессе.
36. Основания назначения СПЭ и КСППЭ. Ошибки при назначении КСППЭ.
37. Классификация КСППЭ в уголовном процессе.
38. Формы использования психологических знаний в следственной и судебной деятельности. Виды использования психолога как специалиста.
39. Определение, объект и предмет КСППЭ.

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации:

Расчет дисциплинарного рейтинга обучающегося рассчитывается как сумма текущего стандартизированного рейтинга ($R_{тс}$), бонусного стандартизированного рейтинга ($R_{бс}$) и зачетного рейтинга ($R_{з}$) по формуле:

$$R_{д} = R_{тс} + R_{бс} + R_{з}, \text{ где}$$

$R_{тс}$ – текущий стандартизированный рейтинг;

$R_{бс}$ – бонусный стандартизированный рейтинг;

$R_{з}$ – зачетный рейтинг;

Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине оценочным материалам, используемым на промежуточной аттестации.

№	Проверяемая компетенция	Дескриптор	Контроль о-оценочное средство
1	ОК-№ 5 способность использовать основы правовых знаний в различных сферах жизнедеятельности	Знать: теоретические основы правовых знаний в области СПЭ (судебно-психологическая экспертиза)	Вопросы №: 1,2,3, 15,16,17,18, 19, 21,22, 28,29, 30,31,32,33, 34
		Уметь: использовать теоретические основы правовых знаний в СПЭ	Практические задания №: 4,5,6
		Владеть: навыками использования правовых знаний в сфере СПЭ	Практические задания №: 4,5,6,7
2	ПК-№ 8 готовность квалифицированно	Знать: теоретические основы проведения психологического	Вопросы №:

<p>проводить психологическое исследование в рамках различных видов экспертизы (судебно-психологической, военной, медико-социальной и медико-педагогической экспертизы), анализировать его результаты, формулировать экспертное заключение, адекватное задачам экспертизы и запросам пользователя</p>	<p>исследования при судебно-психологической экспертизе, методы и методики, применяемые в СПЭ; порядок и способы получения данных психодиагностического обследования в СПЭ.</p>	<p>6,7,8,9,10, 11,12,13,14, 15, 23,24,25, 26,27, 35,36,37,38, 39</p>
	<p>Уметь: проводить психологическое исследование в рамках СПЭ</p>	<p>Практические задания №: 1,2,3,4,5,6,7</p>
	<p>Владеть: навыками проведения психологического исследования в СПЭ, навыками анализа его результатов, навыками формулирования экспертного заключения, адекватного задачам экспертизы и запросам пользователя.</p>	<p>Практические задания №: 1,2,3,4,5,6,7</p>

4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся в рамках изучения дисциплины: СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

- текущего фактического рейтинга обучающегося;
- бонусного фактического рейтинга обучающегося.

4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (максимально 5 баллов) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине (Тк);
- контроля внеаудиторной самостоятельной работы студентов по дисциплине (КСР).

По каждому практическому занятию предусмотрено от 1-й до 2-х контрольных точек. За данные контрольные точки обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно.

Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине. Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек) к количеству этих оценок.

При пропуске практического занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающему предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

4.2. Правила формирования бонусного фактического обучающегося.

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине (максимальное количество баллов устанавливается по факту набранных бонусных баллов студентами данного учебного года по данному направлению специальности и не имеет конкретного максимального значения).

Бонусные баллы начисляются только при успешном выполнении учебного процесса (средний балл успеваемости выше 3,0). При среднем балле ниже данного значения бонусные баллы не начисляются.

Таблица 1 – виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг

№	Вид бонусной работы*	Баллы	Примечание
	Успешное обучение	2-3	2 – за текущий фактический рейтинг от 4,0 до 4,5; 3 – за текущий фактический рейтинг от 4,5 до 5,0.
	Разработка дидактических материалов по дисциплине (кроссворды, ребусы, наглядные схемы и таблицы, кейс-задания)	5-6	5 – за кроссворды, ребусы наглядные схемы и таблицы; 6 – за разработку кейс-задания.
	Опубликование тезисов на итоговой конференции СНО ОрГМУ	5	Ксерокопия тезисов с титульным листом и выходными данными сборника.
	Участие в конкурсах СНО ОрГМУ (рефераты, учебные фильмы, наглядные модели, лучшая студенческая работа)	7-10	7 – за подготовку и представление работы на конкурс; 8 – за призовое третье место на конкурсе; 9 – за призовое второе место на конкурсе; 10 – за призовое первое место на конкурсе.

		Основанием для начисления баллов является предоставление копии диплома (сертификата) участника конкурса.
Участие в иногородних конференциях различного уровня (всероссийских, региональных, международных)	5,8	5 – публикация тезисов в конференциях; 8 – очное участие в конференциях. Основанием для начисления баллов является предоставление ксерокопии тезисов с титульным листом и выходными данными сборника (для тезисов) или программы конференции и копии командировочных документов (в случае очного участия).
Участие в иногородних конкурсах различного уровня (конкурс ВКР, научно-исследовательских работ, учебных работ и т.п.)	7-10	7 – за подготовку и представление работы на конкурс; 8 – за призовое третье место на конкурсе; 9 – за призовое второе место на конкурсе; 10 – за призовое первое место на конкурсе. Основанием для начисления баллов является предоставление копии диплома (сертификата) участника конкурса.
Публикация результатов научно-исследовательских работ в научных журналах	10,15	10 – публикация в научных журналах, в т.ч. РИНЦ; 15 – публикация в журналах из перечня ВАК. Основанием для начисления баллов является предоставление ксерокопии публикации с титульным листом и выходными данными.

