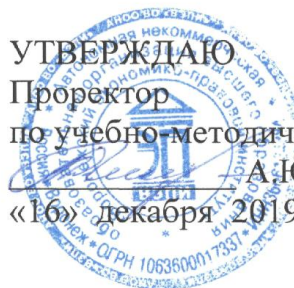




Автономная некоммерческая образовательная организация
высшего образования
«Воронежский экономико-правовой институт»
(АНОО ВО «ВЭПИ»)

УТВЕРЖДАЮ
Проректор
по учебно-методической работе
А.Ю. Жильников
«16» декабря 2019 г.



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

Б1.В.ДВ.02.01 Судебная медицина и психиатрия
(наименование дисциплины (модуля))

40.03.01 Юриспруденция
(код и наименование направления подготовки)

Направленность (профиль) Гражданско-правовая
(наименование направленности (профиля))

Квалификация выпускника Бакалавр
(наименование квалификации)

Форма обучения Очная, очно-заочная, заочная
(очная, очно-заочная, заочная)


Рекомендован к использованию Филиалами АНОО ВО «ВЭПИ»

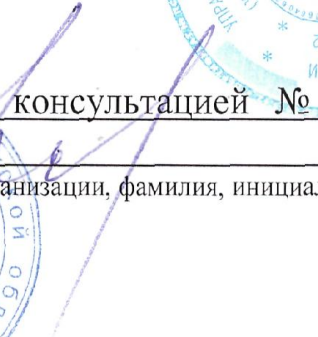
Воронеж
2019

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) рассмотрен и одобрен на заседании кафедры Уголовного процесса и криминалистики.

Протокол от «11» _____ декабря _____ 2019 г. № 3

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) согласован со следующими представителями работодателей или их объединений, направление деятельности которых соответствует области профессиональной деятельности, к которой готовятся обучающиеся:

1. И.о. руководителя УФССП России по Воронежской области – Главного судебного пристава Воронежской области  Р.Н. Паринов
(должность, наименование организации, фамилия, инициалы, подпись, дата, печать)

2. Заведующий адвокатской консультацией № 2 Ленинского района г. Воронежа  Ю.Ф. Закурдаев
(должность, наименование организации, фамилия, инициалы, подпись, дата, печать)

Заведующий кафедрой



И.В. Борисова

Разработчики:

Доцент



Н.А. Хузина

Ст. преподаватель



Л.П. Блашенцева

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения ОП ВО

Целью проведения дисциплины Б1.В.ДВ.02.01 Судебная медицина и психиатрия является достижение следующих результатов обучения:

Код компетенции	Наименование компетенции
ПК-16	способностью принимать решения и совершать юридические действия в точном соответствии с законодательством Российской Федерации

В формировании данных компетенций также участвуют следующие дисциплины (модули), практики и ГИА образовательной программы (по семестрам (курсам) их изучения):

- для очной формы обучения:

Наименование дисциплин (модулей), практик, ГИА	Этапы формирования компетенций по семестрам изучения							
	1 сем.	2 сем.	3 сем.	4 сем.	5 сем.	6 сем.	7 сем.	8 сем.
Наследственное право							ПК-16	
Страховое право							ПК-16	
Судебная экспертиза						ПК-16		
Ювенальное право				ПК-16				
Судоустройство				ПК-16				
Производственная практика (практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности)						ПК-16		
Производственная практика (преддипломная практика)								ПК-16
Защита выпускной квалификационной работы, включая подготовку к процедуре защиты и процедуру защиты								ПК-16

- для очно-заочной формы обучения:

Наименование дисциплин (модулей), практик, ГИА	Этапы формирования компетенций по семестрам изучения									
	1 сем.	2 сем.	3 сем.	4 сем.	5 сем.	6 сем.	7 сем.	8 сем.	9 сем.	А сем.
Наследственное право									ПК-16	
Страховое право							ПК-16			
Судебная экспертиза								ПК-16		
Ювенальное право				ПК-16						
Судоустройство				ПК-16						
Производственная практика (практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности)						ПК-16				
Производственная практика (преддипломная практика)										ПК-16
Защита выпускной квалификационной работы, включая подготовку к процедуре защиты и процедуру защиты										ПК-16

- для заочной формы обучения:

Наименование дисциплин (модулей), практик, ГИА	Этапы формирования компетенций по курсам изучения				
	1 курс	2 курс	3 курс	4 курс	5 курс
Наследственное право					ПК-16
Страховое право				ПК-16	
Судебная экспертиза				ПК-16	
Ювенальное право		ПК-16			
Судоустройство		ПК-16			
Производственная практика (практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности)				ПК-16	
Производственная практика (преддипломная практика)					ПК-16
Защита выпускной квалификационной работы, включая подготовку к процедуре защиты и процедуру защиты					ПК-16

Этап дисциплины (модуля) Б1.В.ДВ.02.01 Судебная медицина и психиатрия в формировании компетенций соответствует:

- для очной формы обучения – 6 семестру;
- для очно-заочной формы обучения – 8 семестру;
- для заочной формы обучения – 4 курсу.

2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, шкалы оценивания

Показателями оценивания компетенций являются следующие результаты обучения:

Код компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели)
ПК-16	<p>знать: положения действующего законодательства, правила юридической техники консультирования граждан и работы с обращениями граждан</p> <p>уметь: разъяснять клиенту правовую основу его проблемы и возможных решений, прогнозировать последствия действий клиента, владеет основами психологии делового общения, умеет правильно оценить сложившуюся ситуацию в той или иной плоскости юридической деятельности и делать из этого соответствующие закону выводы</p> <p>владеть: навыками составления квалифицированного юридического заключения и проведения консультации по конкретным вопросам</p>

Порядок оценки освоения обучающимися учебного материала определяется содержанием следующих разделов дисциплины (модуля):

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Компетенции (части)	Критерии оценивания	Оценочные средства текущего	Шкала оценивания
-------	--	---------------------	---------------------	-----------------------------	------------------

		компете нций)		контроля успеваемост и	
1.	Тема 1. Процессуальные основы и организация судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы в Российской Федерации	ПК-16	знать: положения действующего законодательства, правила юридической техники консультирования граждан и работы с обращениями граждан	устный опрос, реферат, доклад, решение задач	Зачтено; не зачтено
2.	Тема 2. Судебно-медицинская танатология. Учение о смерти и трупных явлениях. Установление факта и давности наступления смерти. Судебно-медицинская экспертиза трупа и живых лиц	ПК-16	уметь: разъяснять клиенту правовую основу его проблемы и возможных решений, прогнозировать последствия действий клиента, владеет основами психологии делового общения, умеет правильно оценить сложившуюся ситуацию в той или иной плоскости юридической деятельности и делать из этого соответствующие закону выводы	устный опрос, реферат, доклад, решение задач	Зачтено; не зачтено
3.	Тема 3. Общие вопросы судебно-медицинской травматологии. Повреждения тупыми и острыми предметами. Огнестрельные повреждения. Механическая асфиксия	ПК-16	владеть: навыками составления квалифицированного юридического заключения и проведения консультации по конкретным вопросам	устный опрос, реферат, доклад, решение задач	Зачтено; не зачтено
4.	Тема 4. Осмотр трупа на месте происшествия. Экспертиза вещественных доказательств.	ПК-16	знать: положения действующего законодательства, правила юридической техники консультирования граждан и работы с обращениями граждан	устный опрос, реферат, доклад, тестирование	Зачтено; не зачтено
5.	Тема 5. Общие понятия о психическом здоровье и психических расстройствах. Симптомы и синдромы психических расстройств	ПК-16	уметь: разъяснять клиенту правовую основу его проблемы и возможных решений, прогнозировать последствия действий клиента, владеет основами психологии делового общения, умеет правильно оценить сложившуюся ситуацию в той или иной плоскости юридической деятельности и делать из этого соответствующие закону выводы	устный опрос, реферат, доклад, решение задач	Зачтено; не зачтено
6.	Тема 6. СПЭ в уголовном процессе. Проблемы вменяемости, невменяемости (формула невменяемости) и ограниченной вменяемости.	ПК-16	владеть: навыками составления квалифицированного юридического заключения и проведения консультации по конкретным вопросам	устный опрос, реферат, доклад, решение задач	Зачтено; не зачтено
7.	Тема 7. СПЭ в гражданском процессе. СПЭ несовершеннолетних.	ПК-16	знать: положения действующего законодательства, правила юридической техники консультирования граждан и работы с обращениями граждан	устный опрос, реферат, доклад, решение задач	Зачтено; не зачтено
8.	Тема 8. Меры	ПК-16	уметь: разъяснять клиенту	устный опрос,	Зачтено; не

	медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (ООД). Пенитенциарная психиатрия.		правовую основу его проблемы и возможных решений, прогнозировать последствия действий клиента, владеет основами психологии делового общения, умеет правильно оценить сложившуюся ситуацию в той или иной плоскости юридической деятельности и делать из этого соответствующие закону выводы; владеть: навыками составления квалифицированного юридического заключения и проведения консультации по конкретным вопросам	реферат, доклад, тестирование	зачтено
ИТОГО			Форма контроля	Оценочные средства промежуточной аттестации	Шкала оценивания
			зачет с оценкой	Вопросы к зачету с оценкой	«отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»

Критерии оценивания результатов обучения для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине

1. Критерии оценивания устного ответа.

Зачтено:

Знает положения действующего законодательства, правила юридической техники консультирования граждан и работы с обращениями граждан.

Умеет разъяснять клиенту правовую основу его проблемы и возможных решений, прогнозировать последствия действий клиента, владеет основами психологии делового общения, умеет правильно оценить сложившуюся ситуацию в той или иной плоскости юридической деятельности и делать из этого соответствующие закону выводы.

Владеет навыками составления квалифицированного юридического заключения и проведения консультации по конкретным вопросам.

Не зачтено:

- не выполнены требования, соответствующие оценке «зачтено».

2. Критерии оценивания реферата.

Зачтено:

Знает положения действующего законодательства, правила юридической техники консультирования граждан и работы с обращениями граждан.

Умеет разъяснять клиенту правовую основу его проблемы и возможных решений, прогнозировать последствия действий клиента, владеет основами психологии делового общения, умеет правильно оценить сложившуюся ситуацию в той или иной плоскости юридической деятельности и делать из этого соответствующие закону выводы.

Владеет навыками составления квалифицированного юридического заключения и проведения консультации по конкретным вопросам.

Не зачтено:

- не выполнены требования, соответствующие оценке «зачтено».

3. Критерии оценивания решения задач.

Зачтено:

Знает положения действующего законодательства, правила юридической техники консультирования граждан и работы с обращениями граждан.

Умеет разъяснять клиенту правовую основу его проблемы и возможных решений, прогнозировать последствия действий клиента, владеет основами психологии делового общения, умеет правильно оценить сложившуюся ситуацию в той или иной плоскости юридической деятельности и делать из этого соответствующие закону выводы.

Владеет навыками составления квалифицированного юридического заключения и проведения консультации по конкретным вопросам.

Не зачтено:

- не выполнены требования, соответствующие оценке «зачтено».

4. Критерии оценивания ответа на зачете с оценкой.

«Отлично»

Знает положения действующего законодательства, правила юридической техники консультирования граждан и работы с обращениями граждан.

Умеет разъяснять клиенту правовую основу его проблемы и возможных решений, прогнозировать последствия действий клиента, владеет основами психологии делового общения, умеет правильно оценить сложившуюся ситуацию в той или иной плоскости юридической деятельности и делать из этого соответствующие закону выводы.

Владеет навыками составления квалифицированного юридического заключения и проведения консультации по конкретным вопросам.

«Хорошо»:

- в целом знает положения действующего законодательства, правила юридической техники консультирования граждан и работы с обращениями граждан;

- в целом умеет разъяснять клиенту правовую основу его проблемы и возможных решений, прогнозировать последствия действий клиента, владеет основами психологии делового общения, умеет правильно оценить

сложившуюся ситуацию в той или иной плоскости юридической деятельности и делать из этого соответствующие закону выводы;

- в целом владеет навыками составления квалифицированного юридического заключения и проведения консультации по конкретным вопросам.

«Удовлетворительно»:

- не достаточно хорошо знает положения действующего законодательства, правила юридической техники консультирования граждан и работы с обращениями граждан;

- не достаточно хорошо умеет разъяснять клиенту правовую основу его проблемы и возможных решений, прогнозировать последствия действий клиента, владеет основами психологии делового общения, умеет правильно оценить сложившуюся ситуацию в той или иной плоскости юридической деятельности и делать из этого соответствующие закону выводы;

- не достаточно хорошо владеет навыками составления квалифицированного юридического заключения и проведения консультации по конкретным вопросам.

«Неудовлетворительно»:

- не выполнены требования, соответствующие оценке «отлично», «хорошо», «удовлетворительно».

3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

1 ЭТАП

«Текущий контроль успеваемости»

Тема 1. Процессуальные основы и организация судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы в Российской Федерации

Вопросы:

1. Предмет, метод и содержание судебной медицины и психиатрии. Процессуальные основы назначения судебно-медицинской экспертизы и судебно-психиатрической экспертизы.
2. Нормативные документы, регламентирующие деятельность судебно-медицинских и судебно-психиатрических учреждений.
3. Судебно-медицинские и психиатрические экспертные учреждения. Бюро судебно-медицинской экспертизы, его структура и основные задачи.

Руководитель бюро судебно-медицинской экспертизы: понятие и правовой статус

4. Врач-судебно-медицинский эксперт и специалист в области судебной медицины. Понятие. Правовой статус. Обстоятельства, исключающие возможность их участия при рассмотрении и разрешении дел. Основания для их отвода и порядок отвода. Пределы компетенции врача-судебно-медицинского эксперта.
5. Судебно-медицинская экспертиза (назначение, объекты, методы исследования).
6. Документация судебно-медицинской экспертизы (Заключение эксперта. Акт судебно-медицинского исследования. Заключение специалиста в области судебной медицины). Заключение эксперта как источник доказательств.
7. Значение судебной медицины для профессиональной подготовки сотрудников правоохранительных органов.

Темы докладов и научных сообщений:

1. История возникновения и развития судебной медицины в России.
2. Экспертиза на этапе предварительного следствия. Экспертиза в судебном заседании.
3. Бюро судебно-медицинской экспертизы, его структура и основные задачи.

Тема 2. Судебно-медицинская танатология. Учение о смерти и трупных явлениях. Установление факта и давности наступления смерти. Судебно-медицинская экспертиза трупа и живых лиц

Вопросы:

1. Констатация смерти (клиническая, биологическая смерть). Ориентировочные и достоверные признаки смерти.
2. Ранние трупные явления (охлаждение, трупные пятна, трупное окоченение, трупное высыхание, аутолиз), их значение.
3. Поздние трупные явления (гниение, мумификация, жировоск, торфяное дубление) их значение.
4. Методика и методы установления давности наступления смерти.
5. Понятие о суправитальных реакциях.
6. Поводы для судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупа.
7. Особенности судебно-медицинского исследования трупа (насильственная смерть, ненасильственная смерть, труп новорождённого, скелетированный труп, неопознанный труп).
8. Поводы к судебно-медицинской экспертизе живых лиц, её организация и проведение.
9. Экспертиза тяжести причинённого вреда здоровью.
10. Экспертиза при преступлениях против половой неприкосновенности.

Темы докладов и научных сообщений:

1. Умирание и смерть. Стадии умирания и их значение.
2. Патологоанатомическое исследование трупа. Его отличие от судебно-медицинской экспертизы трупа.
3. Квалифицирующие признаки тяжести вреда здоровью.

Тема 3. Общие вопросы судебно-медицинской травматологии. Повреждения тупыми и острыми предметами. Огнестрельные повреждения. Механическая асфиксия

Вопросы:

1. Основные задачи судебно-медицинской травматологии.
2. Контрольные вопросы.
3. Основные задачи судебно-медицинской травматологии.
4. Классификация и характеристика факторов внешней среды.
5. Понятие о тупом предмете. Виды. Механизм действия. Повреждения. Осмотр места происшествия. Вопросы, подлежащие разрешению.
6. Понятие об остром предмете. Виды. Механизм действия. Повреждения. Осмотр места происшествия. Вопросы, подлежащие разрешению.
7. Понятие об огнестрельном повреждении. Виды. Механизм действия. Повреждающие факторы и повреждения. Осмотр места происшествия. Вопросы, подлежащие разрешению.
8. Взрывная травма. Повреждающие факторы. Осмотр места происшествия.
9. Механическая асфиксия. Классификация. Классификация острых орудий.
10. Утопление и его виды. Признаки прижизненного попадания тела в воду. Признаки пребывания трупа в воде.
11. Причины смерти от механических повреждений.
12. Повреждения и вред здоровью, причиненный невооруженным человеком (нога, рука, голова, зубы, ногти, масса тела, локоть).

Темы докладов и научных сообщений:

1. Возможности установления рода, вида, механизма действующего предмета по особенностям повреждения. Медицинская криминалистика.
2. Судебно-медицинская экспертиза при падении с высоты и на плоскость (падение с высоты собственного роста). Характерные повреждения. Осмотр места происшествия.
3. Повреждения, полученные от транспортных средств. Автомобильная травма. Виды автомобильной травмы и повреждающие факторы. Особенности осмотра места происшествия.
4. Судебно-медицинская экспертиза при огнестрельных повреждениях. Выстрелы с различного расстояния. Следы близкого выстрела. Входные и выходные отверстия. Выстрел через преграду.
5. Утопление. Определение продолжительности пребывания трупа в воде.

Тема 4. Осмотр трупа на месте происшествия. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств

Вопросы:

1. Осмотр места происшествия, трупа и предметов. Сущность. Цели и задачи. Общие положения.
2. Основные задачи и обязанности специалиста в области судебной медицины при наружном осмотре трупа.
3. Особенности осмотра места происшествия при различных видах смерти.
4. Задачи врача-специалиста в области судебной медицины при работе на месте происшествия.
5. Вещественные доказательства биологического происхождения в судебно-медицинском отношении: понятие и их виды.
6. Возможности экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения (крови, волос, слюны, спермы и др.).
7. Молекулярно-генетическая идентификация личности. Экспертиза по установлению кровного родства и спорного отцовства.
8. Медико-криминалистическая экспертиза. Судебно-медицинская идентификация личности неизвестного.

Темы докладов и научных сообщений:

1. Задачи врача –специалиста в области судебной медицины при работе на месте происшествия. Определение давности наступления смерти. Понятие о суправитальных реакциях.
2. Особенности судебно-медицинской экспертизы неизвестных лиц, скелетированных и расчлененных трупов.
3. Понятие о медико-генетической идентификации. Случаи обязательного проведения молекулярно-генетической экспертизы.
4. Понятие о медико-криминалистической идентификации трупа.

Тема 5. Общие понятия о психическом здоровье и психических расстройствах. Симптомы и синдромы психических расстройств

Вопросы:

1. Понятие о психическом здоровье. Причины развития психических заболеваний. Методы исследования, применяемые при СПЭ.
2. Понятие о симптоме и синдроме психического расстройства.
3. Классификация психических расстройств.
4. Расстройства восприятия, мышления.
5. Расстройства эмоций, волевой деятельности.
6. Судебно-психиатрическая экспертиза и оценка маниакально-депрессивного психоза..
7. Судебно-психиатрическая экспертиза и оценка шизофрении.

8. Судебно-психиатрическая экспертиза и оценка врождённого слабоумия.
9. Судебно-психиатрическая экспертиза и оценка алкоголизма, токсикомании и наркомании.

Темы докладов и научных сообщений:

1. Вопросы мотивации деяний психически больных лиц.
2. Аффективные синдромы.
3. Синдромы слабоумия.
4. Синдромы нарушения сознания.

Тема 6. СПЭ в уголовном процессе. Проблемы невменяемости и ограниченной вменяемости

Вопросы:

1. Основания и порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе
2. Критерии вменяемости в уголовном законодательстве Юридический (психологический) и медицинский (биологический) критерий невменяемости согласно ст.21 УК РФ. Формула невменяемости (ст.21 УК РФ).
3. Судебно-психиатрическая оценка психического заболевания, возникшего после преступления и до вынесения приговора.
4. Понятие ограниченной вменяемости при СПЭ обвиняемых.
5. Виды СПЭ свидетелей и потерпевших.
6. В каких случаях назначаются посмертные СПЭ в уголовном процессе и какие вопросы решают эксперты.

Темы докладов и научных сообщений:

1. Нормативные документы по производству судебно-психиатрических экспертиз в уголовном процессе.
2. Проблема невменяемости в российской науке уголовного права.

Тема 7. СПЭ в гражданском процессе. СПЭ несовершеннолетних.

Вопросы:

1. Виды СПЭ в гражданском процессе.
2. Понятие о дееспособности и правоспособности.
3. Медицинский и юридический критерии недееспособности.
4. Завещательная дееспособность.
5. Определение способности несовершеннолетних обвиняемых в полной мере осознавать фактический характер своих действий и руководить ими.
6. Особенности судебно-психиатрической экспертизы психических расстройств в подростковом возрасте.
7. Типичные синдромы и оценка расстройств у несовершеннолетних.
8. Вопросы, решаемые экспертами при производстве посмертной СПЭ в гражданском процессе.

Темы докладов и научных сообщений:

1. Понятие недееспособности в российском законодательстве. Критерии недееспособности. Задачи судебно-психиатрических экспертиз.
2. Типичные синдромы у несовершеннолетних, их значение при проведении СПЭ несовершеннолетних.

Тема 8. Меры медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (ООД). Пенитенциарная психиатрия

Вопросы:

1. Виды мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших ООД. Цели и условия их применения.
2. Виды мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших ООД. Цели и условия их применения.
3. Процедура назначения принудительного лечения.
4. Понятия о «ступенчатой выписке» больных, совершивших ООД.
5. Психические заболевания, являющиеся основанием для досрочного освобождения заключённых от наказания.
6. Общественно опасные действия лиц с умственной отсталостью

Темы докладов и научных сообщений:

1. Характеристика видов судебно-психиатрической экспертизы.
2. Понятие, виды, общая клиническая и правовая характеристика слабоумия. Судебно-психиатрическая экспертиза и оценка врождённого слабоумия.
3. Судебно-психиатрическая экспертиза и оценка маниакально-депрессивного психоза.
4. Судебно-психиатрическая экспертиза и оценка шизофрении.
5. Судебно-психиатрическая экспертиза и оценка алкоголизма, токсикомании и наркомании.
6. Судебно-психиатрическая экспертиза простого алкогольного и патологического опьянения.

**Перечень тем рефератов по дисциплине
«Б1.В.ДВ.02.01 Судебная медицина и психиатрия»**

1. Понятие и объекты судебно-медицинской экспертизы.
2. Освидетельствование и медицинское освидетельствование.
3. Стадии и порядок осмотра места происшествия в целях выявления вещественных доказательств биологического происхождения.
4. Образцы для сравнительного анализа: понятие, виды, процессуальный порядок их получения и фиксации.
5. Виды и особенности вреда здоровью, причиненного тупыми предмета-

ми.

6. Вред здоровью, причиненный острыми предметами. Характеристика раневых повреждений, причиненных острыми предметами.

7. Вред здоровью, причиненный рубящими предметами. Особенности рубленых ран и их виды.

8. Вред здоровью, причиняемый при падении с высоты и высоты своего роста (на плоскости). Его виды и основные характеристики.

9. Вред здоровью, причиненный транспортными средствами. Его виды и основные характеристики.

10. Вред здоровью, причиненный огнестрельным оружием. Повреждающие факторы выстрела.

11. Умирание и смерть. Стадии умирания. Трупные изменения: понятие, виды и их особенности.

12. Вред здоровью от отравления алкоголем и наркотическими веществами.

13. Судебно-медицинская экспертиза по определению возраста и идентификации личности: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.

14. Судебно-медицинская экспертиза определения истинного пола: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.

15. Судебно-медицинская экспертиза определения половой зрелости: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.

16. Судебно-медицинская экспертиза по делам о заражении венерической болезнью и ВИЧ-инфекцией: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.

17. Судебно-медицинская экспертиза трупа: основание, процессуальный порядок назначения и проведения.

18. Судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от вреда здоровью, причиненного в результате падения с высоты: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.

19. Судебно-медицинская экспертиза трупа при транспортных травмах: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.

20. Судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от вреда здоровью, причиненного огнестрельным оружием: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.

21. Судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от механической асфиксии: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.

22. Судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от отравления: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.

23. Судебно-медицинская экспертиза трупов неизвестных лиц и измененных трупов: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.

24. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств биологического происхождения: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.
25. Судебно-медицинская экспертиза по материалам дел. Цель, основания, процессуальный порядок ее назначения и проведения.
26. Судебно-медицинская экспертиза при нарушении профессиональной деятельности медицинскими работниками: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.
27. Судебно-медицинская экспертиза по половым преступлениям: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.
28. Судебно-медицинская экспертиза по делам об убийствах на сексуальной почве: основание, особенности, процессуальный порядок назначения и проведения.
29. Характеристика видов судебно-психиатрической экспертизы.
30. Понятие, виды и наиболее частые вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе.
31. Понятие, виды, общая клиническая и правовая характеристика слабоумия.
32. Судебно-психиатрическая экспертиза простого алкогольного и патологического опьянения.
33. Клиническая и правовая характеристика депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза.
34. Понятие, общая клиническая и правовая характеристика шизоаффективного психоза.
35. Понятие, клиническая и правовая характеристика параноидной шизофрении.
36. Понятие, клиническая и правовая характеристика кататонической шизофрении.
37. Понятие, клиническая и правовая характеристика простой формы шизофрении.
38. Аффект: физиология и патология.
39. Судебно-психиатрическая экспертиза исключительных состояний и других кратковременных расстройств психической деятельности.
40. Синдромы помрачения сознания.
41. Эмоциональные расстройства.
42. Виды расстройств мышления их судебно-психиатрическая оценка.
43. Виды слабоумия: судебно-психиатрическая оценка

Внутрисеместровая аттестация

Задачи по дисциплине «Судебная медицина и психиатрия»

Задача 1.

14.07.2016 г. в дежурную часть Октябрьского РОВД поступило сообщение о том, что в кв. 4 дома 176 по ул. 5-я Линия был обнаружен труп гр. Л. Со слов жильцов подъезда известно, что гр. Л. проживала одна, к ней

часто приходили лица мужского и женского пола с целью распития спиртных напитков. Последний раз гр. Л. видели примерно 5 дней назад. Более ее никто не видел. В последние дни в подъезде плохо пахло, запах постепенно усиливался и жильцы вынуждены были вскрыть квартиру 4, из которой шел душной запах. На кровати был обнаружен труп гр. Л. При осмотре трупа последний лежал на кровати. Постельные принадлежности под трупом пропитаны кровянистой жидкостью. На трупе ночная рубашка с множественными колото-резаными повреждениями в области передней грудной и брюшной стенок (22). Такое же количество повреждений на передней поверхности груди и живота. Мягкие ткани лица, передней брюшной стенки грязно-зеленой окраски, раздуты гнилостными газами. В других областях единичные гнилостные пятна. Из отверстий носа и рта выделения кровянистой жидкости. На фоне гнилостной окраски кожи спины темно-сине-багровые трупные пятна, не бледнеющие при надавливании. Трупное окоченение отсутствует. Труп во всех областях холодный, соответствует температуре комнаты – 20 градусов.

Определите:

1. Характер происшествия.
2. Наличие и характер повреждений, механизм их образования.
3. Вероятную давность наступления смерти.

Задача 2.

Обстоятельства дела: 14.07.99 г. гр. К. нанес телесные повреждения неизвестный гражданин, который в кафе укусил его за указательный палец правой кисти. В этот же день гр. К. обратился в травмопункт, где была диагностирована укушенная рана указательного пальца правой кисти, на рану была наложена повязка. В дальнейшем до 17.07 гр. К. лечился дома домашними средствами, на пальце возникла опухоль, переходящая на тыльную и ладонную поверхность кисти с резкой болезненностью такой степени, что потерпевший потерял сон. 17.07.99 г. он обратился к хирургу поликлиники, который направил его в стационар БСМП-2, где он лечился в течение 27 дней с диагнозом «Укушенная рана указательного пальца правой кисти, флегмона правой кисти». В процессе лечения дважды проводилось оперативное вмешательство. Выписан с выздоровлением, функции кисти восстановлены полностью.

Определите:

1. Каким критерием должен руководствоваться эксперт при определении тяжести причиненного вреда.
2. Вред какой тяжести причинен потерпевшему.

Задача 3.

На лестничной площадке 1 этажа жилого дома был обнаружен труп Б. с колото-резаными ранениями груди.

При осмотре, начавшемся в 22 часа этого же дня, установлено: труп лежит на спине в луже крови, повторяющей контуры тела, на ощупь теплый, трупные пятна и трупное окоченение отсутствуют. На трупе одето: свитер, брюки, трусы, носки, кроссовки. На передней поверхности свитера имеются три повреждения линейной формы с острыми концами и ровными краями, длиной 2 см каждое, расположенные одно над другим, слева от средней линии, причем верхнее повреждение расположено вертикально и от нижнего конца влево под прямым углом отходит дополнительный разрез длиной 3 см, заканчивающийся острым концом. Два других повреждения расположены горизонтально.

Повреждениям на одежде соответствуют три раны на передней поверхности груди слева. Верхняя рана расположена вертикально по левому краю грудины на уровне 4-го ребра, имеет веретенообразную форму, острые концы и ровные края, длиной 2 см при сведенных краях. От нижнего конца влево идет дополнительный разрез длиной 2,5 см, заканчивающийся острым концом. В 5-ом и 6-ом межреберье имеются две линейные раны с ровными краями и острыми концами, расположенные горизонтально по среднеключичной линии, длиной 2 см каждая. Кожа груди вокруг и ниже ран испачкана кровью. Горизонтальные и вертикальные потеки крови имеются на свитере и передней поверхности брюк.

1. Используя данные осмотра трупа, установите давность наступления смерти.
2. Возможно ли причинение повреждений собственной рукой потерпевшего?
3. Перемещали ли труп после наступления смерти или нет?
4. Можно ли высказаться о взаимном расположении жертвы и нападавшего и менялось ли оно в процессе нанесения повреждений?

Задача 4.

При судебно-медицинском исследовании трупа в затылочной области головы обнаружена ссадина неправильной прямоугольной формы коричневого цвета и пергаментной плотности размерами 7х6 см с ушибленной раной в центре. Рана неправильной звездчатой формы с крупнозубчатыми краями, закругленными концами. Соответственно ране в мягких тканях затылочной области головы имеется блестящее темно-красного цвета кровоизлияние размерами 7х6 см, толщиной 0,5 см. Кости черепа целы. В затылочной области головы обнаружена внутрочерепная (субдуральная) гематома, состоящая из жидкой крови объемом 30 мл. Под мягкими мозговыми оболочками и в веществе мозга затылочных долей выявлены очаговые блестящие темно-красного цвета кровоизлияния. Такого же характера кровоизлияния, но значительно больших размеров, обнаружены под мягкими мозговыми оболочками и в веществе мозга по передней и нижней поверхности лобных долей. Других повреждений на теле и патологических изменений внутренних органов не выявлено.

1. По морфологическим особенностям ушибленной раны установите свойства ударяющей поверхности тупого предмета.

2. Выскажите обоснованное суждение о механизме травмы.

Задача 5.

На проезжей части дороги обнаружен труп мужчины.

При судебно-медицинском исследовании установлено: на подошвах обуви имеются продольные следы скольжения. Обнаружен поперечный перелом правой бедренной кости с веерообразными трещинами, сходящимися с образованием углов, открытых сзади, кровоизлияния в мягкие ткани спины, прямые переломы 3-9 ребер по задней подмышечной линии справа, кровоизлияния в области корней легких, ушибленная рана головы, ссадины на лице со следами скольжения.

1. Определите вид автомобильной травмы.

2. Каково было взаимное расположение потерпевшего и автомобиля?

Задача 6.

При судебно-медицинском исследовании трупа Т. обнаружено две огнестрельных раны головы. Первая рана локализуется в области переносицы, имеет неправильную звездчатую форму размерами 1,2x1,3 см с дефектом в центре раны диаметром 0,9 см.

Вторая рана расположена в затылочной области, на 1 см ниже затылочного бугра, имеет круглую форму диаметром 1,0 см. На затылочной кости обнаружен дырчатый дефект диаметром на наружной костной пластинке 1,2 см и на внутренней-1,0 см.

Обе раны соединены общим раневым каналом, по ходу которого повреждены тело клиновидной кости и скат турецкого седла, где имеется дырчатый дефект цилиндрической формы диаметром 1,2 см с крупнозубчатыми краями; ствол мозга и мозжечок. В раневом канале наблюдается отложение копоти серого цвета.

На лице широкие горизонтальные полосы подсохшей крови. Волосистая часть головы испачкана кровью. На передней поверхности рубашки и брюк имеются единичные вертикально вытянутые полоски крови.

1. Определите характер ранения.

2. Установите дистанцию выстрела.

3. Выскажите обоснованное суждение о возможности причинения повреждения собственной рукой .

4. В каком направлении был произведен выстрел?

5. В каком наиболее вероятном положении находился Т. в момент выстрела?.

Задача 7.

Труп гр-на П. был обнаружен в служебном кабинете на полу. Рядом с телом находился пистолет ПМ (пистолет Макарова).

При судебно-медицинском исследовании трупа установлено: майка и рубашка обильно испачканы кровью, в верхних отделах одежды кровь располагается в виде потеков, направленных сверху вниз. Кожные покровы в области лица, шеи, передней поверхности груди, левого плеча также покрыты засохшей кровью. На тыльной поверхности правой кисти следы крови также имеют вид узких продольно вытянутых полосок.

В правой височной области головы имеется рана трехлучевой формы с длиной разрывов 1,0; 1,2; и 1,5 см с дефектом ткани округлой формы в центре раны диаметром 0,8 см. Видимая часть раны покрыта серым налетом.

На левой щеке также имеется рана щелевидной формы длиной 1,8 см. В просвете ее различаются костные осколки и разможенные мягкие ткани.

Раневой канал проходит через височную долю и основание мозга. Отверстие в чешуе правой височной кости округлой формы диаметром 0,9 см, внутренняя костная пластинка по краям дефекта сколота на ширину 0,4 см.

При осмотре огнестрельного оружия – пистолета системы Макарова, обнаруженного на месте происшествия и представленного на экспертизу, отмечено: в начальной части канала ствола, в области дульного среза – пятна, похожие на кровь, два засохших кусочка, по внешнему виду похожие на мозговую ткань.

1. Определите характер ранения.
2. Установите дистанцию выстрела.
3. Выскажите обоснованное суждение о возможности причинения повреждения собственной рукой.

Задача 8.

Со слов освидетельствуемого: был избит битой. Кратковременно терял сознание, была рвота, тошнота, головокружение, кровотечение из носа. За медицинской помощью не обращался. Жалобы на головную боль, головокружение. Объективно: кровоподтек на слизистой оболочке верхней губы размерами 2х2 см. Направлен на консультацию к врачу-невропатологу и рентгенографию костей носа. На рентгенограмме костей носа костных изменений не выявлено.

Невропатолог: очаговой патологии нет, установочный нистагм. Вялость роговичных рефлексов. Тремор век, пальцев рук. Координационные пробы с интенцией. Неустойчивость в позе Ромберга. Диагноз: сотрясение головного мозга. Находился на амбулаторном лечении 2 недели.

1 Определите степень тяжести телесных повреждений

При решении задач по судебной психиатрии необходимо проанализировать ситуацию с точки зрения судебной психиатрии; сформулировать вопросы для СПЭ; дать заключение; указать, какие правовые последствия могут наступить. Ответы аргументировать.

Задача 1.

Гр-н И., 43 лет, обвиняемый в умышленном причинении тяжкого вреда здоровью потерпевшего, повлекшего его смерть, проходил стационарную

судебно-психиатрическую экспертизу. В процессе экспертизы установлено, что И. рос и развивался нормально. По характеру был спокойным, уравновешенным, никогда ни с кем не ссорился. Женат, имеет двоих детей. Работал лесотехником. Психическими заболеваниями не страдал. Перенес травму головы, после чего некоторое время испытывал головные боли. Алкоголем не злоупотреблял, хотя в последние годы стал хуже переносить спиртное – пьянел от малых доз выпитого. В последнее время у него вновь начались головные боли, появилась общая слабость, ухудшилась память. В день совершения инкриминируемого ему деяния компания из восьми человек, среди которых находился И., распивала с утра 200 г водки, затем 0,5 литра вина и еще 0,5 литра водки. Впечатления пьяного человека И. не производил, спокойно беседовал с гр-ном Н. Вскоре после этого бывшие неподалеку люди услышали громкий крик И.: «враги, враги!» и увидели его с ножом в руке рядом с раненым в шею Н. По показаниям свидетелей, вид у И. был страшный, он громко кричал, замахивался на окружающих ножом, называл их врагами. Будучи связанным, И. молчал, только «дико вращал глазами». Когда его развязали, он пнул ногой одного из освобождавших и ушел. Вечером жена обнаружила И. стонущим на крыльце своего дома. На вопросы он не отвечал, кричал, что кругом враги. В доме лежал на полу и диване, «вид у него был страшный». Издавал при этом странные звуки, но на вопросы не реагировал. Часа через 2–3 пришел в себя, ничего не помня с момента, когда выпивал в компании. В период экспертного исследования у И. не было выявлено признаков психического заболевания.

Задача 2.

Гр-н А., 20 лет, обвинявшийся в хулиганстве, был направлен на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. В ходе экспертного исследования установлено следующее. Отец и брат испытуемого страдают шизофренией. Ему самому в детстве рекомендовалась консультация психиатра. А. формировался подвижным, общительным. За ним замечались повышенная обидчивость и плаксивость. Учился удовлетворительно. По окончании 8-го класса поступил в техникум. Во время обучения нарушал дисциплину, пропускал занятия, конфликтовал с преподавателями, из-за чего учебу в техникуме оставил. Позже по направлению военкомата учился на курсах шоферов. С 14 – 16 лет А. периодически испытывал непреодолимое желание «в одиночестве бродить по лесу». Часто уходил из дома, бродяжничал. По характеру резко изменился, став раздражительным и легко возбудимым. Без видимой причины испытывал чувство усталости. С 17 лет начал «слышать голоса», нецензурно бранящие его. Систематически употреблял спиртные напитки. В состоянии опьянения становился злобным и агрессивным, угрожал матери. Хотя сам он утверждал, что алкоголь делает его более оживленным и жизнерадостным. После того как рассказал матери о «голосах», был госпитализирован в психиатрическую больницу. В приобщенной к делу медицинской документации отмечалось, что А. при поступлении в больницу жаловался на «голоса, которые его ругали». В

отделении был «эмоционально холоден, крайне формален» «держался обособленно». Плохо спал, затыкал уши, заявлял, что слышит голоса. Дома оставался замкнутым, молчаливым, быстро утомляемым, днем спал. Устраивался слесарем, столяром, водителем. Однако периодически не выходил на работу, днями лежал на диване, ничем не занимался. В армии не служил в связи с привлечением к уголовной ответственности. При поступлении на экспертизу А. формально доступен контакту, правильно ориентирован в месте и времени. Выглядит тоскливым, несколько настороженным. Мимика неадекватна и немного однообразна. Иногда он улыбается, гримасничает, порой застывает в одной позе, неподвижно глядя в одну точку. К обследованию относится противоречиво: просит «побеседовать с ним, однако на вопросы отвечает неохотно, порывается встать и уйти. Склонен к нецеленаправленному, порой многословному рассуждательству. Жалуется на «голоса». В целом испытуемый эмоционально однообразен, безынициативен, противоречив. Вместе с тем категорически отрицает свою вину в содеянном.

Задача 3

Гр-н Г., обвинявшийся в превышении власти и получении взяток, был направлен судом на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

После привлечения его к уголовной ответственности Г. давал последовательные показания, активно защищался, вину свою признавал частично (отрицал получение взяток). Но по окончании предварительного следствия отказался ознакомиться с материалами уголовного дела, жалуясь на «шум в голове, невозможность сосредоточиться, что-либо запомнить». В судебном заседании был недоступен контакту, на обращенные к нему вопросы не реагировал.

Находясь в экспертном отделении, испытуемый в окружающем и собственной личности ориентировался не полностью – не мог назвать текущих дат, свое местонахождение. Передвигался шаркающей походкой, движения его были замедленными. Наблюдалось слюнотечение из постоянно полуоткрытого рта. Выражение лица растерянное, на глазах слезы. В контакт с экспертами вступал с трудом. В начале беседы отвечал на вопросы тихим, еле слышным, голосом, после долгих пауз. Жаловался на головную боль, головокружение, на «внутреннюю тревогу, страх». При этом становился взволнованным, заявлял, что чувствует, как «окружающие косятся на него», просил помощи у врачей. Начинал рыдать, успокоить его не удавалось. Сквозь слезы просил «дать ему таблеток, чтобы умереть», высказывал суицидальные мысли. С теплотой отзывался о детях, при воспоминании о них всегда плакал. На вопросы, относящиеся к инкриминируемым ему преступлениям, не отвечал. В отделении постоянно находился в постели, накрывшись одеялом с головой. При экспертном обследовании были выявлены общая заторможенность со снижением способности к запоминанию и затруднением концентрации внимания, а также резко сниженный фон настроения в сочетании с тревожностью.

Задача 4.

Ч., 15 лет, потерпевшая по делу об изнасиловании. Из материалов уголовного дела, из медицинской документации и со слов испытуемой известно следующее. Отец злоупотреблял алкоголем, давно оставил семью. Испытуемая родилась от беременности, протекавшей с желтухой, в срок. Согласно данным амбулаторной карты, в возрасте одного года она перенесла левостороннюю очаговую пневмонию и ряд вирусных инфекций, ей устанавливался диагноз: «Детский церебральный паралич, нижний парапарез, рахит, задержка моторного развития». С 6.05.96 по 1.08.96 г. она обследовалась в психоневрологической больнице для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, выставлен диагноз: «Последствия врожденной энцефалопатии. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Миопатический синдром. Задержка моторного и психоречевого развития». С этого же времени она состоит на учете у психиатра, первоначально с диагнозом: «Изменения познавательной способности вследствие органического заболевания головного мозга», а с 2000 г. – «Олигофрения в степени дебильности». В период с августа 1999 г. по август 2000 г. она дважды лечилась в детском санатории, решением медико-педагогической комиссии испытуемая была направлена на обучение во вспомогательную школу-интернат. С программой не справлялась, дублировала 1-й класс. На занятиях была пассивной, отвлекаемой, невнимательной, занималась посторонними делами, иногда вела себя неадекватно: беспричинно смеялась, жевала бумагу. В связи с неправильным поведением и трудностями в обучении, она находилась на лечении в детской психиатрической больнице. В ее психическом состоянии в то время отмечалось, что она охотно беседовала с врачами, говорила односложно, после пауз. Не отрицала, что в последнее время она «долго» готовила уроки, быстро все забывала, ей было трудно сосредоточиться. Сообщала, что часто без видимых причин становится «сердитой», предпочитает общество малышей. Запас сведений и знаний снижен. Интеллект низкий. В отделении большую часть времени находилась в игровой комнате, была подчиняемой. Выписана из больницы с диагнозом: «Олигофрения в степени имбецильности» и признана инвалидом детства. Закончила 4 класса вспомогательной школы. В дальнейшем школу не посещала. Согласно справке из диспансера, испытуемая по характеру спокойная, уравновешенная, медлительная, необщительная. Целыми днями может находиться дома, играет, рисует. Друзей не имеет. Как видно из материалов уголовного дела, 09.10.06 г. С., находясь в состоянии алкогольного опьянения, совершил изнасилование Ч. По заключению судебно-медицинской экспертизы от 12.10.06 г., целостность девственной плевы у Ч. нарушена, срок ее нарушения может соответствовать 9.10.06 г. Телесные повреждения при освидетельствовании не обнаружены. При дополнительном судебно-медицинском исследовании установлено, что обнаруженные у нее повреждения не могли образоваться при раздвигании половых губ пальцами рук вследствие значительной растяжимости половых губ. В ходе следствия

испытуемая показала, что 9.10.06 г. она рисовала у себя в комнате. Сообщила, что к ней подошел «дядя Саша» и, ничего не говоря, ударил ее по голове. Она закричала, но он зажал ей рот рукой. Затем «аккуратно» снял с нее одежду, толкнул на кровать, спустил с себя брюки и трусы, лег на нее и ввел половой член ей во влагалище. Испытуемая показала, что ей было больно, она закричала, спустя некоторое время услышала голос «т. Светь», после чего «д. Саша» встал и оделся. После этого испытуемая, не одеваясь, вышла из комнаты и сказала «т. Свете», что «д. Саша» мешает ей рисовать, затем она оделась и стала смотреть фильм по телевизору. В своих показаниях также сообщила, что она не помнит, о чем ее спрашивали после случившегося «т. Света» и сестра. Привлеченный в качестве обвиняемого С. свою вину в совершенном им правонарушении признал частично. Показал, что 9.10.06 г. он вошел в квартиру Ч., в одной из комнат которой находилась потерпевшая. Он предложил ей совершить с ним половой акт, на что она ничего не ответила. После этого он пересадил Ч. на диван, раздел ее полностью, при этом она не сопротивлялась, он попытался ввести половой член ей во влагалище, но потерпевшая закричала, что ей больно, вскочила и убежала из комнаты. Свидетель Д., отметила, что когда она прошла на кухню, то услышала какой-то шум из комнаты и тут же из нее выскочила совершенно голая потерпевшая, остановилась и стала молча смотреть на нее. Свидетель предложила испытуемой одеться, после чего та «впала в истерику» и сказала, что «д. Саша» ее изнасиловал. Мать испытуемой в своих показаниях сообщила, что девочка никогда не проявляла интереса к проблемам, связанным с половыми отношениями, по характеру она очень замкнутая, ни с кем не общается, в основном сидит дома, рисует, шьет. При обследовании испытуемой в центре установлено следующее. Соматическое состояние: выглядит моложе своего паспортного возраста, астенического телосложения, пониженного питания. Внутренние органы без видимой патологии. Неврологическое состояние: череп гидроцефальной формы, менингеальных симптомов нет, асимметрия лицевой иннервации, координаторные пробы выполняет неуверенно. Психическое состояние: ориентирована формально, пространственно-временные понятия сформированы не полностью, путает время года, месяц. Цель проводимой ей экспертизы не понимает. Испытуемая беспечно-благодушна, несколько эйфорична, неуместно улыбается. Во время беседы вертится, оглядывается по сторонам, отвлекается на происходящие вокруг события. Не сразу понимает смысл задаваемых вопросов, сложные вопросы осмысливает с трудом. Сведения о себе сообщает непоследовательно, путанно. Дикция нечеткая, построение фраз не всегда грамматически правильное, словарный запас мал. Говорит короткими фразами, односложно, читает по слогам. Ей недоступен переносный смысл простых пословиц и поговорок. Суждения примитивные. Сбивчиво и путанно рассказывает о случившемся с нею, не может точно сказать, когда это произошло. Первоначально заявляет, что «д. Саша» ее не обижал, ничего плохого с ней не делал, но тут же говорит, что его нужно обязательно наказать, а за что – не знает. Сообщает, что «д. Саша»

поступил плохо, ее «изнасиловал», однако смысл этого объяснить не может. В то же время после многочисленных побуждений сообщает, что он снял с нее одежду, приспустил свои брюки, положил ее на кровать и «сделал ей больно». В ходе экспериментально-психологического обследования выявляется достаточная способность к усвоению и удержанию элементарных инструкций, выполнению простейших мыслительных операций, осмыслению и установлению несложных причинно-следственных зависимостей при сугубо конкретном уровне мышления, невозможностью понимания условного смысла, пониженной способности к прогнозированию, объем запоминания снижен.

Задача 5.

Обследуемая Г., 74 лет (1930 г. рождения). Направлена на экспертизу в 2004 г. в связи с иском сына о признании недействительным ее брака с гр. К. и договора об обмене жилой площади.

По специальности фельдшер, с 55 лет на пенсии, проживала в отдельной однокомнатной квартире. Была замужем, муж умер в 1988 г., имеет от брака сына. Проживала в отдельной однокомнатной квартире. С 1990 г. состояние здоровья Г. ухудшилось. У нее отмечалось повышение артериального давления, жаловалась на головные боли, шум в голове, снижение памяти. Стала раздражительной, гневливой, подозрительной. Считала, что в ее отсутствие кто-то проникает в ее квартиру, «обкрадывает». В последующем поведение стало неправильным. Она уходила из дома, не могла найти обратную дорогу, обитала на вокзалах. В июле 1999 г. по инициативе сына была направлена психиатром в областной ПНД, где был установлен диагноз: «Атеросклеротическое слабоумие».

В сентябре 1999 г. познакомилась на вокзале с гр. К. (1947 г. рождения), по инициативе которого стала с ним совместно проживать, а в мае 2002 г. с ним был зарегистрирован брак. По словам свидетелей, К не работал, пропивал ее пенсию. Она по-прежнему вела себя неправильно, уходила из дома, бродяжничала. Согласно материалам гражданского дела, сразу же после регистрации брака К. произвел ряд сложных квартирных обменов. При этом обследуемая при обмене квартиры дала согласие на выписку одного ордера на имя К., который в конечном итоге получил квартиру и садовый участок, а она лишилась своего права на квартиру.

Согласно меддокументации в связи с тем, что Г. находилась в беспомощном состоянии, обитала на вокзалах, была неухоженной, санитарно запущенной, исхудавшей, ее сын госпитализировал ее во Владимирскую психиатрическую больницу.

В отделении больницы она была дезориентирована, добродушна, называла только свою фамилию, но не знала своего возраста, домашнего адреса, возраста сына, полностью запамятовала события последних лет; не помнила, что вышла замуж, что обменяли ее квартиру.

Выписана с диагнозом: «Атеросклеротическое слабоумие».

В дальнейшем сын обратился в суд с заявлением о признании его матери недееспособной. Стационарная судебно-психиатрическая экспертная комиссия пришла к заключению, что как страдающая атеросклеротическим слабоумием Г. не может понимать значение своих действий и руководить ими, нуждается в установлении опеки, не может участвовать в судебном заседании. Решением суда она была признана недееспособной, ее опекуном был назначен сын.

В последующем он обратился в суд с иском о признании брака его матери с гр. К. недействительным, а также о признании недействительными ряда сделок по обмену жилплощади, совершенных по ее доверенности гр. К., в результате которых она лишилась жилплощади.

При освидетельствовании в ГНЦ. Заключение терапевта: ишемическая болезнь сердца, атеросклероз венечных артерий, аорты. Гипертония. Заключение невропатолога: «Церебральный атеросклероз».

Психическое состояние: обследуемая дезориентирована в окружающем, не знает текущего года, месяца, места нахождения, не понимает цели ее пребывания в Центре. Ничего не может сообщить о своем замужестве. На вопросы о К. пояснила, что это «мужчина», а кто он – не знает. Утверждает, что у нее маленький ребенок, которого «надо кормить грудью». Во время беседы благодушна, доброжелательна, никаких жалоб не предъявляет. В отделении не может найти свою палату, часто ложится в чужую кровать, не может себя обслужить. Память, интеллект грубо нарушены. Критика отсутствует.

Задача 6.

Испытуемый А., 34 лет, обвиняется в совершении хулиганских действий.

Рос и развивался согласно возрастной норме. Перенес детские инфекции без осложнений. Окончил 8 классов общеобразовательной школы, курсы продавцов. Учился хорошо. По характеру формировался общительным, уравновешенным, любознательным. Работал продавцом, агентом по снабжению, заведующим складом. В работе проявлял находчивость и расторопность.

В возрасте 25 лет у А. без видимой причины появилось подавленное настроение, чувство тоски. Вскоре оно сменилось повышено-возбужденным настроением с излишней подвижностью, говорливостью. Считал себя одаренным человеком, говорил окружающим, что он узнает их мысли и что он должен быть направлен в разведшколу для подготовки к важному заданию. В тот период мало спал, все время находился в движении, разбрасывал личные вещи, ходил полураздетым и босым. Периодически испытывал страх, «слышал» выстрелы, говорил о готовящейся бомбардировке. При госпитализации в психиатрическую больницу оказал сопротивление. В больнице первое время сопротивлялся осмотру и лечебным процедурам, упорно отказывался от еды, в связи с чем его кормили через

зонд. Был напряженным, злобным. Из отдельных высказываний удалось выяснить, что ему страшно, что кругом «идет игра», «его перевоспитывают с помощью специального психического воздействия». После проведенного лечения состояние улучшилось, был выписан. Несколько месяцев находился на инвалидности II группы, затем был переведен на III группу инвалидности. Устроился работать проводником поезда. Изредка употреблял спиртные напитки, вступал в случайные половые связи. Решил продолжить учебу, поступил в техникум. Занятия давались ему тяжело, испытывал трудности сосредоточения, но периодически «голова работала интенсивно».

Из материалов уголовного дела известно, что А. пришел на дачный участок незнакомого ему гражданина К. и начал требовать, чтобы собака, принадлежащая К., перестала лаять. Когда его попросили уйти, А., нецензурно бранясь, избил К. и нанес ему ножевые ранения.

Во время прохождения судебно-психиатрической экспертизы А. отмечал, что мысли у него то отключаются, то их появляется очень много. Пребыванием в психиатрическом стационаре не тяготился, не проявлял беспокойства о своем будущем. Считал, что на экспертизу его поместили в связи со «сто процентным выявлением преступности», чтобы «умышленно осудить». На самом же деле он ни в чем не виноват. Говорил, что после лечения в психиатрической больнице у него появились «уравновешенность и самоконтроль», он стал «хорошо владеть собой, способен правильно оценивать других людей и вникать в смысл происходящих событий».

Задача 7.

Испытуемый В., 34 лет, обвиняется в хулиганских действиях.

Рос и развивался без особенностей, по характеру с детских лет был веселый, добрый, отзывчивый, но вспыльчивый. Отмечались немотивированные колебания настроения в сторону пониженного. В возрасте 22 лет без видимого внешнего повода в течение нескольких дней был подавленным, тоскливым, стремился к уединению, стал говорить, что плохо справляется с порученной работой, высказывал мысли о самоубийстве. Такое состояние длилось около месяца и сменилось повышенным настроением, когда стал хвастливым, громко смеялся, раздавал соседям свои вещи, делал в магазинах ненужные покупки, посещал рестораны, в которые раньше практически не ходил, стал строить гараж, не имея автомашины. К психиатрам не обращался. Постепенно психическое состояние нормализовалось, настроение выровнялось. Примерно через три года вновь развилось подавленное настроение с заторможенностью. Не было желания ходить на работу, общаться с окружающими. Стал избегать родных и друзей. Был помещен в психиатрическую больницу, где находился 3 месяца. После выписки продолжал работать. Спустя 3 года настроение стало приподнятым, почувствовал прилив «физических и душевных сил», решил «заработать много денег», уехал в соседнюю область, где устроился на работу в бригаду плотников. Однако уже через несколько дней, ничего не объяснив окружающим, бросил свои вещи и вернулся на место постоянного

жительств. Отмечались повышенное настроение, многоречивость. Как видно из материалов уголовного дела, в состоянии алкогольного опьянения зашел к знакомым, стал предъявлять им непонятные претензии, нецензурно бранился, был агрессивен. При задержании работниками милиции был возбужден, громко пел, декламировал стихи.

При судебно-психиатрическом освидетельствовании патологии со стороны внутренних органов и нервной системы не обнаружено. Ориентирован правильно, охотно вступает в беседу. Говорить начинает сразу, без дополнительных вопросов. Многословен, легко отвлекается, перескакивает с одной мысли на другую, размашисто жестикулирует. Больным себя не считает. Жалоб на здоровье не предъявляет. Называет себя человеком настроения. Говорит, что жизнь ему кажется прекрасной, хочется петь, танцевать. В отделении подвижен, многоречив, вмешивается в разговоры и дела окружающих. При расспросах о правонарушении охотно рассказывает о случившемся, читает стихи, в которых в шутливой форме излагает свою жизнь. К сложившейся ситуации не критичен.

Задача 8.

Испытуемый Б., 32 лет, обвиняется в убийстве своей тетки. Со слов испытуемого, материалов уголовного дела и медицинской документации известно, что наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В детстве перенес воспаление легких, рос и развивался правильно, в школу пошел с 7 лет, учился удовлетворительно. По характеру был спокойным, дисциплинированным, прилежным учеником. После окончания 7 классов работал в колхозе. В армии окончил курсы шоферов, был водителем танка, а после демобилизации работал трактористом. В деле положительная служебная характеристика. Алкоголь употреблял умеренно. В 27 лет женился, имеет от брака двух детей. Вскоре после женитьбы жена заметила у испытуемого «приступы», во время которых он сжимал руки, стонал, глаза были неподвижны. Испытуемый этих состояний не помнил. Более развернутые приступы у него наблюдал брат. По описанию брата, он падал, «корчился», изо рта выделялась пена, затем встал, ходил, оставался безразличным ко всему, на обращения не реагировал. Сам испытуемый этих состояний также не помнил, но отмечал, что сознание его иногда становилось «мутным». Односельчане также отмечали, что видели Б. на улице лежащим в бессознательном состоянии, с ним «было плохо». Когда он работал на тракторе, по неизвестной причине стали возникать аварии, в связи с чем руководство колхоза отстранило его от обязанностей механизатора. С жалобами на периодические «приступы» с потерей сознания испытуемый обратился в районную поликлинику, где ему был поставлен диагноз: «Эпилепсия», лечение не было назначено. В дальнейшем он лечился в Ленинграде, Вильнюсе, Минске по поводу эпилепсии. Однако лекарства дома принимал нерегулярно, так как считал, что они не помогают. Обращался к знахарям. Позже у него появились развернутые эпилептические припадки, состояния внезапно наступающей ярости и подавленного

настроения. Как сообщает жена испытуемого, в течение 3 месяцев, предшествующих правонарушению, у него не было припадков. Однако за последнюю неделю они возобновились и повторялись по несколько раз в день. Близкие решили отвести его к знахарю. По их свидетельству, в этот день он вел себя неправильно: пытался убежать, а потом вдруг широким шагом зашел в квартиру знахарки и сказал: «Вот как бьют, в армии били и тут бьют», вел себя буйно, кричал «убить», «зарезать». На обратном пути в машине у него был припадок. На следующее утро состояние Б. нормализовалось, он позавтракал, играл с детьми. Несколько позже видевшая его сестра отметила, что он очень бледен, «страшен». Не взял принесенное ему молоко, заявив «Корми им своих детей». Затем он принес к ней в дом радиолу, бросил ее на диван и со словами «на, бери» убежал, ничего не объяснив. По показаниям свидетелей, вечером того же дня Б. выгонял со двора телку. Его тетка говорила: «Пусть телка будет в сарае», на что он ответил: «Пусть будет» и нанес тетке удар колом по голове, а затем, когда она упала, еще раз три ее ударил. После совершенного убийства Б. оставался спокойным, вид у него был отрешенный, «глаза остановились». «Вот как надо воевать», – сказал он подошедшему брату и показал на труп. Затем испытуемый подошел к колодцу и стал в него смотреть. Сразу же был задержан. На следующий день при беседе со следователем он плохо отвечал на вопросы и допросить его было невозможно. В последующем он сообщил о себе сведения, был ориентирован, жаловался на тяжесть в голове, ничего не помнил о случившемся. При обследовании в Центре установлено: со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечается. Нервная система: рассеянная неврологическая симптоматика. На рентгенограмме черепа изменений не выявлено. Глазное дно в норме. На электроэнцефалограмме выявляются нарушения биоэлектрической активности в виде наличия медленных волн и отдельных колебаний с острыми вершинами во всех отделах в сочетании с пароксизмальной активностью. Психическое состояние: сознание ясное, ориентировка всех видов сохранена. Беседует охотно, с излишней детализацией рассказывает о своей жизни. Трудно переключается с одной темы беседы на другую. Жалуется на головные боли, ухудшение памяти, судорожные припадки. Подчеркивает, что всегда был крепким человеком, ничем не болел, лекарства не принимал так как «лечился воздухом». О правонарушении сообщает, что накануне появился «туман в голове», от близких узнал, что участились припадки. Когда утром за ним пришел милиционер и велел собирать документы и вещи, очень удивился, в отделении милиции «недоумевал», за что могли «задержать». В камере случайно вспомнил, что надевали наручники. Когда сообщили об убийстве тетки перед глазами «как сон» стали возникать картины, «как берет палку и ударяет тетку». Однако последовательно описать картину происшедшего не может. Готов нести наказание, хотя указывает, что «этот случай совершенно непонятен». Отношения были хорошими, убивать ее никогда не намеревался, «никогда не убивал и убить не мог». В отделении поведение упорядоченное,

наблюдалось три развернутых эпилептических припадков, после которых был оглушен.

Задача 9.

Испытуемая С., 30 лет, обвиняется в совершении хулиганских действий. Из материалов уголовного дела, медицинской документации и слов испытуемой известно, что она родилась в двойне. В возрасте двух месяцев перенесла дифтерию, в 1,5 года болела полиомиелитом, с того времени отмечает слабость в правой руке. В психическом развитии от сверстников не отставала, в школе начала учиться с девяти лет, успевала удовлетворительно. По характеру была спокойной, общительной. С 10 лет у нее появились судорожные припадки с потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием, прикусами языка и губ, которые наблюдались ежедневно. В связи с припадками помещена в Харьковскую психиатрическую больницу, где ей установлен диагноз «генуинная эпилепсия». С 12 лет у нее резко снизилась успеваемость, она перестала усваивать школьный материал, изменилась по характеру, стала раздражительной, конфликтной, появились выраженные колебания настроения. Периодически становилась злобной, раздражительной, агрессивной, уходила из дома. Испытуемая оставила учебу в школе, имела инвалидность II группы, ежегодно находилась на лечении в психиатрических больницах. В 1999 г. С. приехала в Москву, где пыталась проникнуть в квартиру известной певицы так как считала, что обладает уникальными вокальными данными. Была через психоприемник отправлена в больницу по месту жительства. Как видно из амбулаторной карты, испытуемая была навязчива, слащава, вместе с тем возбудима, груба, злобна и конфликтна. Несмотря на проводимое противосудорожное лечение, у нее наблюдались развернутые судорожные припадки, которые иногда учащались до 4–5 раз в день. При последнем стационарировании в психиатрическую больницу ей устанавливался диагноз: «Эпилепсия, генерализованная с дисфориями и слабоумием». В течение нескольких месяцев была замужем, но брак был расторгнут. Дома продолжала вести себя неправильно: избивала родителей, била стекла в окнах, бродяжничала, занималась мелким воровством, ночевала в подъездах, однажды напала на отца и разбила ему очки. В 2008 г. С. опять уехала в Москву. В поезде попрошайничала, угрожала пассажирам, вырывала у них продукты. При попытке задержать ее напала на сотрудника милиции, бранилась, сквернословила, угрожала ему.

При обследовании в Центре установлено. Испытуемая диспластична. Внутренние органы без патологии. Нервная система: признаков очагового органического поражения центральной нервной системы не выявлено. При электроэнцефалографическом исследовании выявлены диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с эпилептиформными очагами в левой височно-тимпальной области и тенденцией к генерализованным параксизмальным проявлениям. Психическое состояние: контакт с испытуемой затруднен. Во время беседы она говорит медленно, непоследовательно, легко возбудима, плаксива, употребляет

уменьшительные слова. Крайне навязчива, слащава, склонна к аффективным реакциям. В отделении за три дня у нее наблюдалось четыре развернутых судорожных припадков с потерей сознания, тоническими и клоническими судорогами и последующим сном. Испытуемая конфликтна, часто без причины ссорится с больными, при этом оскорбляет их, громко кричит, долго не может успокоиться. С врачом всегда льстива, жалуется на всех, требует к себе повышенного внимания. Без учета ситуации часто повторяет одно и то же. Восстановила против себя всех больных в отделении. По ночам не спит, расхаживает по отделению. Испытуемая неряшлива, неопрятна, не следит за своим видом. Целыми днями рисует, содержание рисунков примитивное, детское, однако считает себя хорошей художницей. Домой пишет нелепые письма. Мышление испытуемой по замедленному типу, вязкое, непродуктивное. Память значительно снижена, отмечаются дисфорические расстройства настроения. Критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации недостаточная.

2 ЭТАП «Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины»

Список вопросов к зачету с оценкой по дисциплине «Б1.В.ДВ.02.01 Судебная медицина и психиатрия»

1. Предмет, метод и содержание судебной медицины и психиатрии.
2. Процессуальные основы назначения судебно-медицинской экспертизы и судебно-психиатрической экспертизы.
3. Судебно-медицинские и психиатрические учреждения их структура.
4. Виды и формы судебно-медицинских экспертиз по практическому выполнению, виды судебно-психиатрических экспертиз.
5. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы в процессе предварительного следствия и в судебном заседании.
6. Права, обязанности и ответственность судебного эксперта
7. Заключение эксперта.
8. Судебно-медицинская классификация смерти (категория, вид, род).
9. Ранние и поздние трупные явления.
10. Установление факта и давности наступления смерти.
11. Основные задачи судебно-медицинской травматологии.
12. Классификация и характеристика факторов внешней среды.
13. Классификация повреждений, причиняемых тупыми предметами.
14. Морфологические свойства повреждений, причиняемых тупыми предметами.
15. Причины смерти от механических повреждений.
16. Установление прижизненности и давности причинения повреждений.
17. Классификация острых орудий.
18. Морфологическая характеристика колотых, резанных, колото-резанных.
19. Повреждения рубящими орудиями.

21. Правовая регламентация осмотра трупа на месте происшествия. Организация осмотра и его участники.
22. Методика наружного осмотра трупа на месте происшествия.
23. Особенности осмотра трупа неизвестного лица.
24. Правила обнаружения, описания, изъятия и направления на судебно-медицинскую экспертизу вещественных доказательств биологического происхождения.
25. Документальное оформление результатов осмотра трупа на месте происшествия.
26. Поводы для судебно-медицинской экспертизы (исследования) трупа.
27. Эксгумация трупа.
28. Судебно-биологическая экспертиза: цели, возможности, объекты исследования. Порядок представления вещественных доказательств и назначения экспертизы, вопросы, подлежащие разрешению.
29. Медико-криминалистическая экспертиза.
30. Судебно-медицинская трасология. Идентификация личности неизвестного.
31. Судебно-химическая экспертиза.
32. Формула невменяемости (ст.21 УК РФ).
33. Понятие ограниченной вменяемости при СПЭ обвиняемых.
34. Виды СПЭ свидетелей и потерпевших.
35. В каких случаях назначаются посмертные СПЭ в уголовном процессе и какие вопросы решают эксперты.
36. Понятие о симптоме и синдроме психического расстройства.
37. Расстройства восприятия, мышления.
38. Расстройства эмоций, волевой деятельности.
39. Перечислить методы исследования, применяемые при СПЭ.
40. Аффективные, бредовые, галлюцинаторные синдромы.
41. Понятие о дееспособности и правоспособности.
42. Медицинский и юридический критерии недееспособности.
43. Перечислить виды СПЭ в гражданском процессе.
44. Вопросы, решаемые экспертами при производстве посмертной СПЭ в гражданском процессе.
45. Общественная опасность психически больных.
46. Перечислить виды мер медицинского характера по отношению к психически больным, совершившим, ООД.
47. Цель мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших ООД.
48. Понятие о пенитенциарной психиатрии.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

I этап –текущий контроль успеваемости

На первом этапе обучающийся планирует свою самостоятельную работу, которая включает:

- уяснение задания на самостоятельную работу;
- решение задач по темам;
- подбор рекомендованной литературы;
- составление плана работы, в котором определяются основные пункты предстоящей подготовки.

Составление плана дисциплинирует и повышает организованность в работе.

Второй этап включает непосредственную подготовку обучающегося к занятию. Начинать надо с изучения рекомендованной литературы. Необходимо помнить, что на лекции обычно рассматривается не весь материал, а только его часть. Остальная его часть восполняется в процессе самостоятельной работы. В связи с этим работа с рекомендованной литературой обязательна. Особое внимание при этом необходимо обратить на содержание основных положений и выводов, объяснение явлений и фактов, уяснение практического приложения рассматриваемых теоретических вопросов. В процессе этой работы обучающийся должен стремиться понять и запомнить основные положения рассматриваемого материала, примеры, поясняющие его, а также разобраться в иллюстративном материале.

Заканчивать подготовку следует составлением плана (конспекта) по изучаемому материалу (вопросу). Это позволяет составить концентрированное, сжатое представление по изучаемым вопросам.

В процессе подготовки к занятиям рекомендуется взаимное обсуждение материала, во время которого закрепляются знания, а также приобретается практика в изложении и разъяснении полученных знаний, развивается речь.

При необходимости следует обращаться за консультацией к преподавателю. Идя на консультацию, необходимо хорошо продумать вопросы, которые требуют разъяснения.

Требования к подготовке реферата

Реферат - краткое изложение содержания документа или его части, научной работы, включающее основные фактические сведения и выводы, необходимые для первоначального ознакомления с источниками и определения целесообразности обращения к ним.

Современные требования к реферату - точность и объективность в передаче сведений, полнота отображения основных элементов, как по содержанию, так и по форме.

Цель реферата - не только сообщить о содержании реферируемой работы, но и дать представление о вновь возникших проблемах соответствующей отрасли науки.

В учебном процессе реферат представляет собой краткое изложение в письменном виде или в форме публичного доклада содержания книги, учения, научного исследования и т.п. Иначе говоря, это доклад на определенную тему, освещающий её вопросы на основе обзора литературы и других источников.

Подготовка и написание реферата. При написании реферата необходимо следовать следующим правилам:

Раскрытие темы реферата предполагает наличие нескольких источников (как минимум 4-5 публикаций, монографий, справочных изданий, учебных пособий) в качестве источника информации.

Подготовка к написанию реферата предполагает внимательное изучение каждого из источников информации и отбор информации непосредственно касающейся избранной темы. На этом этапе работы важно выделить существенную информацию, найти смысловые абзацы и ключевые слова, определить связи между ними.

Содержание реферата ограничивается 2-3 параграфами (§§).

Сведение отобранной информации непосредственно в текст реферата, должно быть выстроено в соответствии с определенной логикой. Реферат состоит из трех частей: введения, основной части, заключения.

Во введении логичным будет обосновать выбор темы реферата, актуальность (почему выбрана данная тема, каким образом она связана с современностью?); цель (должна соответствовать теме реферата); задачи (способы достижения заданной цели), отображаются в названии параграфов работы; историография (обозначить использованные источники с краткой аннотацией – какой именно источник (монография, публикация и т.п.), основное содержание в целом (1 абз.), что конкретно содержит источник по данной теме (2-3 предложения).

В основной части дается характеристика и анализ темы реферата в целом, и далее – сжатое изложение выбранной информации в соответствии с поставленными задачами. В конце каждой главы должен делаться вывод (подвывод), который начинается словами: «Таким образом...», «Итак...», «Значит...», «В заключение главы отметим...», «Все сказанное позволяет сделать вывод...», «Подводя итог...» и т.д. Вывод содержит краткое заключение по §§ главы (объем 0,5–1 лист). В содержании не обозначается.

Заключение содержит те подвыводы по параграфам, которые даны в работе (1-1,5 листа). Однако прямая их переписка нежелательна; выгодно смотрится заключение, основанное на сравнении. Например, сравнение типов политических партий, систем, идеологий и др. Уместно высказать свою точку зрения на рассматриваемую проблему.

Список литературы. В списке указываются только те источники, на которые есть ссылка в основной части реферата. Ссылка в основном тексте оформляется:

В подстрочнике: цитата выделяется кавычками, затем следует номер ссылки. Нумерация ссылок на каждой странице начинается заново. Например, «**Цитата...**» [1].

Библиографическое описание книги в списке использованной литературы оформляется в соответствии с ГОСТ, (фамилия, инициалы автора, название работы, город издания, издательство, год издания, общее количество страниц).

При использовании материалов из сети ИНТЕРНЕТ необходимо оформить ссылку на использованный сайт.

Тематика рефератов разрабатывается преподавателем дисциплины и предоставляется обучающимся заранее либо самим преподавателем, либо методистом соответствующей кафедры (через старост). С темами рефератов можно ознакомиться в пункте 12.3.

Реферат выполняется на листах формата А4 в компьютерном варианте. Поля: верхнее, нижнее – 2 см, правое – 3 см, левое – 1,5 см, шрифт Times New Roman, размер шрифта – 14, интервал – 1,5, абзац – 1,25, выравнивание по ширине. Объем реферата 15-20 листов. Нумерация страниц обязательна. Номер страницы ставится по центру вверху страницы. *Титульный лист* не нумеруется.

Рефераты сдаются преподавателю в указанный срок. Реферат не будет зачтен в следующих случаях:

1. Существенных нарушений правил оформления (отсутствует содержание или список литературы, нет сносок, номеров страниц и т.д.).

2. Серьезных недостатков в содержании работы (несоответствие структуры работы ее теме, неполное раскрытие темы, использование устаревшего фактического материала).

Возвращенный обучающемуся реферат должен быть исправлен в соответствии с рекомендациями преподавателя. Обучающийся, не получивший зачет по реферату, к зачету с оценкой не допускается.

Требования к подготовке доклада

Доклад - вид самостоятельной работы, используется в учебных заведениях, способствует формированию навыков исследовательской работы, расширяет познавательные интересы, приучает критически мыслить.

При написании доклада по заданной теме составляют план, подбирают основные источники. В процессе работы с источниками систематизируют полученные сведения, делают выводы и обобщения. К докладу по крупной теме могут, привлекаться несколько обучающихся, между которыми распределяются вопросы выступления.

В настоящее время доклады, по содержанию практически ничем не отличаются от рефератов, и является зачетной работой обучающегося.

Отличительными признаками доклада являются:

- передача в устной форме информации;
- публичный характер выступления;
- стилевая однородность доклада;
- четкие формулировки и сотрудничество докладчика и аудитории;
- умение в сжатой форме изложить ключевые положения исследуемого вопроса и сделать выводы.

Внутрисеместровая аттестация

рубежный контроль – решение задач

При решении задач обучающиеся должны дать развернутые и аргументированные ответы. Для этого рекомендуется внимательно прочитать задачу, хорошо уяснить изложенные обстоятельства и анализируя их, а также текст закона, используя теоретические положения, доказать правильность приведенного решения. В ходе обсуждения задачи преподаватель может усложнять ее, вводя дополнительные условия, не сформулированные в тексте задачи, изменять конкретные обстоятельства, модифицировать правовую ситуацию, включать новых участников и т.п. Для успешного решения предложенных практических ситуаций рекомендуем ознакомиться и использовать предложенный алгоритм решения задач.

Задания по решению практических ситуаций могут выполняться как в учебное время, непосредственно на практических занятиях, так и во вне учебное время, в виде домашних заданий, с последующим представлением на проверку преподавателю или их анализом на занятиях. Для этого у обучающихся, помимо тетрадей для записи лекций, должны быть тетради для выполнения практических заданий, которые могут быть сданы преподавателю для проверки.

Для **решения конкретной задачи**, существенным является два момента. Первый – *процесс, алгоритм* установления, исходя из фактических обстоятельств дела, приведенных в задаче, признаков того или иного преступного деяния. Второй – результат, т.е. решение казуса и защита своей позиции по задаче.

В сфере судебной медицины и психиатрии выбор конкретной правовой нормы (пункта статьи, части статьи, статьи НП РФ, КоАП РФ, ГК РФ иных федеральных законов и других нормативно-правовых актов)

Алгоритм решения задач имеет психологический и логический аспекты. Психологический аспект есть мыслительный (творческий) процесс. Логический аспект суть применение правил логики. В целом алгоритм решения задач представляет собой совокупность мыслительных приемов, подчиненных законам логики. С практической стороны, вышесказанное можно представить в следующем виде:

- 1) Анализ фактических обстоятельств дела, предложенных в задаче;

2) Выбор (отыскание) соответствующей статьи НП РФ, КоАП РФ, ГК РФ иных федеральных законов и других нормативно-правовых актов;

3) Удостоверение в правильности (подлинности) текста закона, содержащего нужную норму, и установление его юридической силы. Обучающийся должен предвидеть возможность отмены, изменения или дополнения норм российского законодательства;

4) Уяснение смысла и содержания нормы закона;

5) Соотнесение фактических обстоятельств дела, приведенных в задаче, с нормой закона;

6) Принятие решения.

7) Подготовка вариантов ответов на контраргументы.

Уместно заметить, что вывод (решение) по задаче должен содержать ссылку на статью (пункт, часть статьи) НП РФ, КоАП РФ, ГК РФ иных федеральных законов и других нормативно-правовых актов

Практика проведения семинарских и практических занятий показывает, что вероятность правильного решения задачи увеличивается, если обучающийся использовал логические приемы.

II этап – промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины

Изучение дисциплины (модуля) заканчивается определенными методами контроля, к которым относятся: текущая аттестация, зачет с оценкой. Требования к организации подготовки к итоговой аттестации те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго.

Зачет с оценкой - это форма оценки усвоения учебного материала дисциплин (разделов дисциплин), а также выполнения программ практик.

Зачеты с оценкой принимаются преподавателями, проводившими практические занятия в группе, или лекторами потока.

К зачету с оценкой допускаются обучающиеся, успешно выполнившие все виды отчетности, предусмотренные по дисциплине учебным планом. В ходе экзамена проверяется степень усвоения материала, умение творчески и последовательно, четко и кратко отвечать на поставленные вопросы, делать конкретные выводы и формулировать обоснованные предложения. Итоговая оценка охватывает проверку достижения всех заявленных целей изучения дисциплины и проводится для контроля уровня понимания обучающимися связей между различными ее элементами.

В ходе итогового контроля акцент делается на проверку способности обучающихся к творческому мышлению и использованию понятийного аппарата дисциплины в решении профессиональных задач по соответствующей специальности.

Результаты прохождения промежуточной аттестации для дисциплин, по которым в соответствии с учебным планом предусмотрена форма контроля «зачет с оценкой», оцениваются отметками «отлично» / «хорошо» / «удовлетворительно»/ «неудовлетворительно».

5. Материалы для компьютерного тестирования обучающихся в рамках проведения контроля наличия у обучающихся сформированных результатов обучения по дисциплине

Общие критерии оценивания

№ п/п	Процент правильных ответов	Оценка
1	86 % – 100 %	5 («отлично»)
2	70 % – 85 %	4 («хорошо»)
3	51 % – 69 %	3 (удовлетворительно)
4	50 % и менее	2 (неудовлетворительно)

Вариант 1

Номер вопроса и проверка сформированной компетенции

№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции
1	ПК-16	6	ПК-16	11	ПК-16	16	ПК-16
2	ПК-16	7	ПК-16	12	ПК-16	17	ПК-16
3	ПК-16	8	ПК-16	13	ПК-16	18	ПК-16
4	ПК-16	9	ПК-16	14	ПК-16	19	ПК-16
5	ПК-16	10	ПК-16	15	ПК-16	20	ПК-16

Ключ ответов

№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ
1	1, 3, 4, 5	6	1	11	1-5	16	2-4
2	1, 2	7	4	12	1, 4	17	1
3	1-4	8	1-3	13	1-6	18	1
4	3, 4	9	1-5	14	2	19	2
5	1, 2	10	1, 2	15	1, 2	20	1

Задание № 1

Какие из перечисленных групп объектов являются объектами судебно-медицинских экспертиз:

1. живые лица;
2. животные и растения;
3. трупы и их части;
4. вещественные доказательства биологического происхождения;
5. документы и материалы, содержащие информацию медико-биологического плана.

Задание № 2

Различают две формы работы судебных медиков:

1. _____
2. _____.

Задание № 3

Обязательно ли назначение судебно-медицинской экспертизы для:

1. установления причин смерти и характера телесных повреждений;
2. определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости;
3. определения психического или физического состояния свидетеля или потерпевшего, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать правильные показания;
4. установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют.

Задание № 4

Какая из перечисленных видов судебно-медицинских экспертиз назначается в случае необоснованности заключения эксперта или сомнений в его правильности:

1. первичная;
2. дополнительная;
3. повторная;
4. комиссионная;
5. комплексная.

Задание № 5

Колотая рана характеризуется:

1. небольшими размерами повреждения кожи;
2. большой глубиной ;
3. зиянием краев.

Задание № 6

Судебно-медицинскую экспертизу потерпевших, обвиняемых и других лиц проводят:

1. в отделе бюро судебно-медицинской экспертизы;
2. в лечебном учреждении;
3. в кабинете следователя;
4. в помещении полиции.

Задание № 7

Результаты судебно-медицинской экспертизы оформляются:

1. протоколом судебно-медицинской экспертизы;
2. актом судебно-медицинского исследования или освидетельствования;
3. актом судебно-медицинской экспертизы;
4. заключением судебно-медицинской экспертизы (эксперта).

Задание № 8

Сроки заживления ссадин зависит от

1. локализации повреждения;
2. размеров ;
3. возраста;
4. пола потерпевшего.

Задание № 9

В "Заключении эксперта", в "Выводах" при проведении экспертизы тяжести вреда здоровью эксперт должен отразить:

1. диагноз, медицинский характер повреждений;
2. вид орудия или средства, которыми могли быть причинены повреждения;
3. механизмы возникновения повреждений;
4. давность причинения повреждений;
5. тяжесть вреда здоровью.

Задание № 10

Смерть делится на категории:

1. насильственную;
2. ненасильственную;
3. убийство;
4. самоубийство

Задание № 11

Ходатайствовать о назначении СПЭ перед органами дознания, следователем, прокурором, судом вправе:

1. обвиняемый;
2. потерпевший;
3. родственники потерпевшего;
4. защитник;
5. истец.

Задание № 12

Назовите психическое расстройство, которое наиболее часто развивается вследствие катастроф и террористических актов:

1. истерический психоз;
2. шизофрения;
3. ипохондрический невроз;
4. посттравматическое стрессовое расстройство;

Задание № 13

Выберите из перечисленных ниже виды судебно – психиатрических экспертиз:

1. амбулаторная ;
2. комиссионная;
3. комплексная;
4. стационарная;
5. заочная;
6. посмертная.

Задание № 14

Формула невменяемости содержится в статье УК РФ:

1. статья 22 УК РФ;
2. статья 21 УК РФ;
3. статья 11 УК РФ;

Задание № 15

Формула невменяемости содержит два критерия:

1. юридический;
2. медицинский;
3. биологический;

Задание № 16

Медицинский критерий невменяемости состоит из четырех признаков. Верны ли они?:

1. острых расстройств психической деятельности;
2. хронического психического расстройства;
3. временного психического расстройства;
4. иного болезненного состояния психики;

Задание № 17

Допускается ли выписка из психиатрических стационаров представляющих общественную опасность больных на попечение родственников и опекунов:

1. нет
2. да
3. допускается в исключительных случаях

Задание № 18

Интеллектуальный признак юридического критерия формулируется как:

1. невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия);
2. невозможность руководить ими.

Задание № 19

Волевой признак юридического критерия формулируется как:

1. невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия);
2. невозможность руководить ими.

Задание № 20

Обязательное условие невменяемости – совпадение медицинского и юридического критериев:

1. да;
2. нет.

Вариант 2

Номер вопроса и проверка сформированной компетенции

№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции
1	ПК-16	6	ПК-16	11	ПК-16	16	ПК-16
2	ПК-16	7	ПК-16	12	ПК-16	17	ПК-16
3	ПК-16	8	ПК-16	13	ПК-16	18	ПК-16
4	ПК-16	9	ПК-16	14	ПК-16	19	ПК-16
5	ПК-16	10	ПК-16	15	ПК-16	20	ПК-16

Ключ ответов

№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ
1	1-5	6	1, 2	11	2	16	4

2	1-3	7	4	12	1, 2	17	2, 3, 5
3	1, 3, 5	8	2-4	13	2	18	1
4	4	9	1-3	14	1	19	4
5	1-3	10	1-4	15	2	20	2

Задание № 1

Обязательной судебно-медицинской экспертизе подвергаются трупы лиц:

1. при подозрении на насильственную смерть;
2. трупы лиц, умерших в лечебном учреждении при неустановленном диагнозе;
3. трупы лиц, умерших в лечебных учреждениях, при наличии принятыми органами следствия жалоб на неправильное или незаконное лечение;
4. трупы лиц, личность которых не установлена;
5. трупы младенцев.

Задание № 2

Посмертные изменения, развивающиеся на трупе, могут быть разделены на группы:

1. ранние трупные явления;
2. явления переживаемости тканей (суправитальные реакции);
3. поздние трупные явления.

Задание № 3

К ранним трупным изменениям относят:

1. трупные пятна;
2. жировоск;
3. трупное охлаждение;
4. трупное высыхание;
5. торфяное дубление.

Задание № 4

Прерогатива оценки заключения эксперта принадлежит:

1. прокурору;
2. адвокату;
3. следователю;
4. суду.

Задание № 5

К ориентировочным признакам смерти относят:

1. отсутствие реакции на болевой раздражитель;

2. отсутствие сознания;
3. отсутствие пульса на крупных сосудах;
4. наличие источника кровотечения .

Задание № 6

В компетенцию судебно-медицинского эксперта входят установление:

1. категории смерти;
2. вида насильственной смерти;
3. вида насильственной смерти.

Задание № 7

Для стрнгуляционной борозды в типичном случае при повешении характерно:

1. замкнутость;
2. множественность;
3. горизонтальное положение;
4. косовосходящий характер.

Задание № 8

К рубленным ранам следует отнести раны, причиненные:

1. обухом топора;
2. острием сабли;
3. ребром тупого твердого предмета.
4. лезвием лопаты.

Задание № 9

По ссадине можно установить:

1. направление травматического воздействия;
2. материал, из которого изготовлен травмирующий предмет;
3. давность образования.

Задание № 10

Наступление смерти (причины) при механических повреждениях обусловлено:

1. кровопотерей;
2. аспирацией крови;
3. эмболией;
4. шоковым состоянием.

Задание № 11

Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемость, формулируется в статье Закона:

1. статья 21 УК РФ;
2. статья 22 УК РФ.

Задание № 12

Показаниями к отмене принудительного лечения являются:

1. выздоровление больного
2. окончание курса лечения больного
3. стойкое улучшение психического состояния больного (ремиссия)
4. длительное пребывание больного в стационаре

Задание № 13

Какой вид судебно-психиатрических экспертиз наиболее верный и объективный:

1. амбулаторная спэ;
2. стационарная спэ;
3. экспертиза в кабинете следователя;
4. посмертная экспертиза.

Задание № 14

Меры медицинского характера применяются только в отношении лиц, совершивших предусмотренные уголовным законом противоправные действия в болезненном состоянии и признанных невменяемыми? :

1. да;
2. нет.

Задание № 15

Принудительные меры медицинского характера применяются только:

1. по постановлению следователя;
2. по определению суда.

Задание № 16

Какой вид экспертиз чаще всего применяется в судебно-психиатрической практике?

1. первичная спэ;
2. амбулаторная спэ;
3. комплексная спэ;
4. комиссиянная СПЭ.

Задание № 17

В уголовном процессе чаще всего СПЭ назначают:

1. потерпевшему;
2. подозреваемому;
3. обвиняемому;
4. свидетелю;
5. подсудимому.

Задание № 18

Основания и порядок применения недобровольных психиатрических мер, которые предусмотрены Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" относятся к категории мер медицинского характера?

1. да;
2. нет.

Задание № 19

Кто выносит решение о вменяемости или невменяемости подэкспертного лица? :

1. врач-эксперт;
2. комиссия врачей экспертов;
3. прокурор;
4. судья

Задание № 20

Принудительные меры медицинского характера – это пожизненно применимый критерий?:

1. да;
2. нет.

Вариант 3

Номер вопроса и проверка сформированной компетенции

№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции
1	ПК-16	6	ПК-16	11	ПК-16	16	ПК-16
2	ПК-16	7	ПК-16	12	ПК-16	17	ПК-16
3	ПК-16	8	ПК-16	13	ПК-16	18	ПК-16

4	ПК-16	9	ПК-16	14	ПК-16	19	ПК-16
5	ПК-16	10	ПК-16	15	ПК-16	20	ПК-16

Ключ ответов

№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ
1	1-4	6	1-4	11	1-3	16	1
2	1-3	7	4	12	1, 2, 3, 5	17	2
3	1, 2	8	1	13	2, 3	18	1
4	1, 2, 4	9	1, 2, 4	14	1-4	19	2
5	1-4	10	1-5	15	2, 3, 4, 5	20	2

Задание № 1

Повреждения при автомобильной травме образуются за счет:

1. удара частями автомобиля;
2. сдавления между колесом и дорожным покрытием;
3. удара тела о грунт;
4. трения тела по дорожному покрытию.

Задание № 2

При установлении тяжести вреда здоровью учитывают:

1. опасность повреждения для жизни;
2. исход повреждения;
3. длительность расстройства здоровья;
4. количеством выписанных лекарств.

Задание № 3

Для симулирования расстройств со стороны сердечно - сосудистой системы используют:

1. крепкий чай;
2. крепкий кофе;
3. настойку шиповника;
4. мед.

Задание № 4

Укажите объекты судебно-цитологической экспертизы:

1. клеточные элементы;
2. частицы тканей и органов;
3. частицы одежды;

4. выделения из носа.

Задание № 5

При исследовании пятен крови возможно установить:

1. наличие крови;
2. вид крови,
3. группу крови;
4. принадлежность крови конкретному лицу.

Задание № 6

Перечислите объекты экспертизы вещественных доказательств:

1. кровь;
2. моча;
3. слюна;
4. сперма.

Задание № 7

Экспертиза вещественных доказательств проводится на основании:

1. направления следователя,
2. указания главного врача;
3. указания прокурора;
4. постановления лица, назначившего экспертизу.

Задание № 8

Пулю, извлеченную из трупа передают:

1. следователю;
2. эксперту криминалисту;
3. родственникам;
4. помещают в архив бюро.

Задание № 9

По кровоподтеку можно установить:

1. факт причинения повреждения;
2. число травматических воздействий;
3. материал, из которого изготовлен травмирующий предмет;
4. давность образования травмы;

Задание № 10

Наступление смерти (причины) при механических повреждениях обусловлено:

1. кровопотерей;
2. аспирацией крови;
3. эмболией;
4. шоковым состоянием
5. сдавлением органов кровью или воздухом

Задание № 11

Судебная психиатрия включает несколько направлений:

1. судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном и гражданском кодексах;
2. осуществление принудительных мер медицинского характера;
3. осуществление психиатрической помощи осужденным в местах лишения свободы.

Задание № 12

Основными методами исследования в психиатрии являются:

1. клинико-психопатологический;
2. психологический;
3. неврологическое обследование;
4. обследование другими врачами;
5. Клинико-биохимические методы.

Задание № 13

Закон предусматривает обязательное проведение СПЭ в случаях:

1. Для установления причин смерти и характера телесных повреждений;
2. Для определения психического состояния обвиняемого или подозреваемого в тех случаях, когда возникает сомнение по поводу их вменяемости или способности к моменту производства по делу отдать себе отчет в своих действиях или руководить ими;
3. Для определения психического или физического состояния свидетеля или потерпевшего в случаях, когда возникает сомнение в их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания;
4. Для установления возраста обвиняемого, подозреваемого, потерпевшего в тех случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют.

Задание № 14

Ходатайствовать о назначении СПЭ перед органами дознания, следователем, прокурором, судом вправе:

1. обвиняемый;
2. потерпевший;
3. родственники потерпевшего;
4. ответчик.

Задание № 15

Медицинский критерий невменяемости включает:

1. острое расстройство психической деятельности;
2. хроническое психическое расстройство;
3. временное психическое расстройство;
4. иное болезненное состояние психики;
5. слабоумие.

Задание № 16

Интеллектуальный признак юридического критерия формулируется как:

1. Невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия);
2. Невозможность руководить ими.

Задание № 17

Волевой признак юридического критерия формулируется как:

1. Невозможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия);
2. Невозможность руководить ими.

Задание № 18

Обязательное условие невменяемости – совпадение медицинского и юридического критериев:

1. да;
2. нет;
3. необязательно.

Задание № 19

Принудительные меры медицинского характера применяются только:

1. по постановлению следователя;

2. по определению суда.

Задание № 20

Принудительные меры медицинского характера – это пожизненно применимый критерий?:

1. да;
2. нет.

Вариант 4

Номер вопроса и проверка сформированной компетенции

№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции	№ вопроса	Код компетенции
1	ПК-16	6	ПК-16	11	ПК-16	16	ПК-16
2	ПК-16	7	ПК-16	12	ПК-16	17	ПК-16
3	ПК-16	8	ПК-16	13	ПК-16	18	ПК-16
4	ПК-16	9	ПК-16	14	ПК-16	19	ПК-16
5	ПК-16	10	ПК-16	15	ПК-16	20	ПК-16

Ключ ответов

№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ	№ вопроса	Верный ответ
1	1	6	1, 2	11	1-3	16	1-3
2	1, 2	7	3, 5, 6, 7	12	1	17	2
3	1-4	8	1	13	2	18	2
4	1	9	1	14	1	19	2-5
5	1, 4	10	1-4	15	1, 4, 5, 6	20	2

Задание № 1

Судебно-медицинскую экспертизу имеют право производить только лица с законченным высшим медицинским образованием:

1. да;
2. нет;

Задание № 2

Судебно-медицинское освидетельствование (экспертиза) потерпевших, обвиняемых и других лиц, проводится на основании:

1. постановления следственных органов;
2. определения суда;
3. письменного обращения граждан;
4. направлению главного врача лечебного учреждения;

Задание № 3

Судебно-медицинское освидетельствование (экспертиза) потерпевших и обвиняемых может быть:

1. первичным;
2. дополнительным;
3. повторным;
4. комиссионным;
5. комплексным.

Задание № 4

Проведение судебно-медицинской экспертизы при расследовании уголовных дел для определения тяжести вреда, причиненного здоровью, является обязательным:

1. да;
2. нет.

Задание № 5

Для решения вопросов о состоянии здоровья врачебной комиссией выполняются следующие действия:

1. изучаются медицинские документы;
2. организуется стационарное обследование свидетельствуемого;
3. проводятся лабораторные исследования;
4. производится осмотр свидетельствуемого лица.

Задание № 6

Смерть делится на категории:

1. насильственную;
2. ненасильственную;
3. внезапную;
4. скоропостижную.

Задание № 7

К поздним трупным изменениям относят:

1. трупный аутолиз;
2. трупное высыхание;
3. гниение;

4. скелетирование;
5. мумификацию;
6. жировоск;
7. торфяное дубление.

Задание № 8

Осмотр трупа на месте происшествия может быть:

1. первичным;
2. дополнительным;
3. повторным;
4. судебным.

Задание № 9

По результатам судебно-медицинского исследования (экспертиза) трупа составляется документ:

1. "заключение эксперта";
2. "акт судебно-медицинского исследования трупа".

Задание № 10

При исследовании семенной жидкости на разрешение экспертам могут быть поставлены следующие вопросы:

1. содержатся ли в пятне сперматозоиды;
2. групповая принадлежность спермы;
3. видовая принадлежность спермы;
4. индивидуальная принадлежность спермы.

Задание № 11

Основанием для назначения стационарной судебно-психиатрической экспертизы служат:

1. данные анамнеза и статуса, позволяющие предположить начальные этапы или стёртые формы заболеваний;
2. случаи тяжёлых правонарушений;
3. случаи обнаружения при амбулаторном освидетельствовании признаков психоза при отсутствии ранее обращений за психиатрической помощью;
4. возраст.

Задание № 12

Какой из перечисленных видов судебно-психиатрической экспертизы может иметь место только в уголовном процессе:

1. экспертиза в кабинете следователя;

2. амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза;
3. стационарная судебно-психиатрическая экспертиза;
4. экспертиза в судебном заседании;
5. посмертная судебно-психиатрическая экспертиза;

Задание № 13

Целесообразно ли разрешать во время стационарной экспертизы какие-либо действия органов следствия с обследуемым лицом:

1. да;
2. нет.

Задание № 14

Меры медицинского характера применяются только в отношении лиц, совершивших предусмотренные уголовным законом противоправные действия в болезненном состоянии и признанных невменяемыми? :

1. да;
2. нет.

Задание № 15

Перечислите группы психических болезненных расстройств, составляющих медицинский критерий недееспособности:

1. временное расстройство психической деятельности;
2. умственная неполноценность;
3. душевная болезнь;
4. хроническое психическое расстройство;
5. иное болезненное состояние психики;
6. слабоумие.

Задание № 16

Основными проявлениями шизофрении являются:

1. бредовые, галлюцинаторные переживания;
2. потеря больными социальных контактов;
3. замкнутость;
4. двигательное возбуждение.

Задание № 17

Выносится ли заключение о вменяемости (невменяемости) лица при проведении экспертизы в кабинете следователя:

1. да;
2. нет;

Задание № 18

Через какой временной интервал происходит переосвидетельствование больных, находящихся на принудительном лечении в стационаре:

1. 1 год ;
2. 6 месяцев;
3. 3 месяца;
4. 1 месяц.

Задание № 19

Укажите виды принудительных мер медицинского характера:

1. принудительное лечение и наблюдение в медсанчасти исправительно-трудового учреждения;
2. амбулаторное принудительное лечение у психиатра;
3. принудительное лечение в психиатрической больнице общего типа;
4. принудительное лечение и наблюдение в условиях следственного изолятора;
5. принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
6. принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Задание № 20

Принудительные меры медицинского характера – это пожизненно применимый критерий?

- Ответ:
1. да;
 2. нет.