

# Ситуационные задачи

## Судебно-психиатрическая экспертиза

[medkeys.ru/product/ekspertiza/](https://medkeys.ru/product/ekspertiza/)



## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Подэкспертный И. 62 года, обвиняется в нанесении тяжких телесных повреждений. В связи с возбуждением уголовного дела направлен на судебно-психиатрическую экспертизу Потерпевший случайный знакомый, с которым вступил в конфликт. В процессе ссоры нанес последнему несколько ударов ножом, затем скрылся с места происшествия.

### Жалобы

\* Головные боли \* головокружения \* плохая переносимость жары, духоты \* вспыльчивость, раздражительность \* «голоса», сообщающие, что ему незачем жить

### Анамнез заболевания

В течение жизни неоднократно переносил травмы головы, злоупотреблял алкоголем, страдает гипертонической болезнью. В последующем стал вспыльчивым, конфликтным, раздражительным. Несколько ухудшилась память. Беспокоили головные боли, головокружения, плохая переносимость жары, духоты

### Анамнез жизни

\* Работал строителем \* женат, имеет детей и внуков \* наблюдался и обследовался у невролога и терапевта с диагнозами «Сотрясение мозга», «Гипертоническая болезнь» \* имеет административные штрафы за употребление алкоголя в общественных местах \* ранее к уголовной ответственности не привлекался \* на учете в ПНД, НД не состоял \* обвиняется в совершении убийства в ходе конфликта знакомого, с которым распивал алкогольные напитки. В ходе следствия давал признательные показания. Содержание алкоголя в крови через 5 часов после убийства составило 2,3 промилле

### Объективный статус

Держится напряженно, сидит, ссутулившись, избегает зрительного контакта, дрожит. На вопросы отвечает после длительных пауз, часто переспрашивает. Сообщает о перенесенных травмах головы, после чего появились головные боли, головокружения, раздражительность, вспыльчивость. Рассказывает, что последние годы у него отмечаются подъемы артериального давления до 180/120 мм рт. ст., наблюдается в поликлинике, получает лечение. Уклончиво говорит о злоупотреблении алкогольными напитками, опохмеление, запои

отрицает, однако соглашается, что из-за этого бывали проблемы в семье и на работе. Предъявляет жалобы на «голоса», доносящиеся из вентиляционного отверстия, которые сообщают ему, что «ему больше не жить», поглядывал в сторону вентиляционного отверстия, следит за реакцией врача.

Демонстративно начинает плакать, поясняет, что «голоса замучили». В отношении правонарушения сообщает, что выпивал со знакомым в строительной бытовке, поссорился с ним, в процессе драки ударил его ножом. В отделении общителен, смотрел телепередачи, обращался к персоналу с различными просьбами. При беседе выявлены эмоциональная лабильность, вспыльчивость, раздражительность, обстоятельность и ригидность мышления, некоторое снижение памяти

### **Для дальнейшего обследования стационаре необходимо провести**

#### **Результаты обследования**

### **Ведущими в клинической картине заболевания являются расстройства**

- неврастенические
- церебрастенические
- астеноипохондрические
- астенодепрессивные

### **Ведущими в клинической картине заболевания являются расстройства**

- аффективные и негативные
- апатоабулические и аффективные
- псевдопсихопатические и эмоционально-лабильные
- эмоционально-волевые и поведенческие

### **В период правонарушения у подэкспертного наблюдалось**

- алкогольный делирий
- патологическое опьянение
- алкогольный галлюциноз
- состояние простого алкогольного опьянения

### **Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии расстройств**

- эндогенной природы
- органического спектра
- личностных расстройств
- умственной отсталости

**Ведущим феноменом в клинической картине в период обследования является**

- расстройство адаптации
- галлюциноз
- шизофреноподобное расстройство
- симуляция

**В данном случае можно говорить о**

- аггравации
- интрасимуляции
- метасимуляции
- постсимуляции

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- аггравации
- интрасимуляции
- метасимуляции
- постсимуляции

**Диагноз**

**Экспертный диагноз следует сформулировать как**

- органическое бредовое расстройство
- органический галлюциноз
- полиморфное психотическое расстройство
- органическое расстройство личности

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F04, Z76.5
- F07, Z76.5
- F10, Z76.5
- Z004, Z76.5

**В период инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими он**

- не мог в полной мере
- мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- не мог

## По своему психическому состоянию в настоящее время он

- не мог в полной мере
- мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- не мог

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Подэкспертный П., 48 лет. Обвиняется в мошенничестве, совершенном в банковской сфере. Являлся главой банка, у которого была отозвана лицензия, в отношении П. возбуждено уголовное дело в связи с мошенничеством в банковской сфере, он направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

### Жалобы

Не предъявляет

### Анамнез заболевания

К уголовному делу приобщены истории болезни, из которых следует, что год назад в ПНД по месту жительства обратилась жена подэкспертного, сообщила, что последнее время П. изменился по характеру, стал раздражительным, нервным, беспричинно ее ревновал, требовал, чтобы его водитель следил за ней, она часто замечала его машину в различных местах. Проверял ее белье, поместил в сотовый телефон метку геоданных, чтобы знать, где она находится. Сам П. при беседе с врачом ПНД настаивал на многочисленных изменах жены. В связи с таким состоянием был направлен в стационар с диагнозом «Хроническое бредовое расстройство? Шизофрения?». Однако предпочел лечиться частным образом, якобы получал нейролептики. После выписки продолжал работать, в этот период из банка были выведены крупные суммы, подделаны банковские документы.

### Анамнез жизни

\* Имеет высшее экономическое образование \* председатель правления банка \* женат, имеет детей \* ранее к уголовной ответственности не привлекался \* на учете в ПНД, НД не состоял \* общителен, имеет друзей. Характеризуется хорошим семьянином

### Объективный статус

Держится естественно, охотно беседует. Жалоб не предъявляет. Высказывает озабоченность настоящим уголовным делом, утверждает, что никаких незаконных финансовых операций не совершал, высказывает предположение, что «недобросовестные коллеги» воспользовались его плохим состоянием.

Считает, что «голова была занята другим», переживал из-за измен жены. П. подтверждает обращение к психиатрам, однако воспроизвести свои жалобы на тот период не может, говорит лишь, что ревновал жену. Предлагает врачу обратиться к истории болезни, «там все написано». Держится естественно, спокойно, настроение ровное. В отделении общителен с персоналом и другими подэкспертными. Нарушений эмоциональной сферы, мышления, критических способностей не выявлялось.

#### **Для дальнейшего обследования стационаре необходимо провести**

- не мог в полной мере
- мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- не мог

#### **Результаты обследования**

##### **Психическое состояние подэкспертного характеризуется**

- бредоподобным фантазированием
- бредом ревности
- отсутствием психических расстройств
- сверхценными идеями

##### **Представленную медицинскую документацию можно расценить как**

- подделку медицинских документов
- симуляцию анамнеза
- объективную оценку психического состояния в тот период
- представление чужой медицинской документации

##### **В период правонарушения у подэкспертного выявлялось**

- острое полиморфное психотическое расстройство
- шизофрения
- бредовое расстройство
- отсутствие каких-либо психических расстройств

##### **Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии**

- личностных расстройств
- эндогенных нарушений
- бредовых концепций
- защитного поведения

**Ведущим феноменом в клинической картине в период обследования является**

- симуляция
- непатологическая ревность
- сверхценные идеи
- паранойя

**В данном случае можно говорить о**

- аггравации
- превентивной симуляции
- постсимуляции
- метасимуляции

**Диагностическое заключение в отношении подэкспертного**

- аггравации
- превентивной симуляции
- постсимуляции
- метасимуляции

**Диагноз**

**Экспертное заключение следует сформулировать**

- страдает хроническим психическим расстройством
- находился в состоянии временного психического расстройства
- страдает иным психическим расстройством
- каким-либо психическим расстройством не страдал и не страдает, симуляция

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- Z004, Z76.5
- F22, Z76.5
- F20, Z76.5
- F76.5, Z76.5

**В период инкриминируемого ему деяния он**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **По своему психическому состоянию в настоящее время он**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

К., 45 лет. обвиняется в нанесении тяжкого вреда приемному ребенку В. После усыновления у ребенка постоянно отмечались проблемы в пищеварении: была рвота, жидкий частый стул, ребенок не прибавлял в весе, был крайне истощен. К. постоянно обращалась к врачам, неоднократно была госпитализирована с ним в клиники по месту жительства и в Москве, ему устанавливались различные диагнозы, однако состояние ребенка не улучшалось. У В. определялась алиментарная кахексия и причина её с самого начала имела экзогенный характер - голодание. При последнем поступлении в стационар у него была диагностирована гипогликемическая кома, что является тяжким вредом здоровью, опасным для жизни человека. В ходе беседы с психологом В. рассказал, что он очень боится мать, что она наказывает его дома лишением еды, каждый день дает ему таблетки, от которых у него сильно болит живот, возникает понос, тошнит. Был замкнут, тревожен. Со слов ребенка, таблетки, которые мама получала в поликлинике на его лечение, она ему не давала, а выкидывала. Исходя из результатов обследования, указывающих на отсутствие истинной органической патологии у ребенка, было заподозрено истощение на фоне голодания и спровоцированная приемной матерью диарея. Ребенок был изъят у приемных родителей, передан в другую семью, где набрал вес, чувствовал себя хорошо. В связи с возбуждением уголовного дела была направлена на судебно-психиатрическую экспертизу



## **Жалобы**

Нет

## **Анамнез заболевания**

Подэкспертная по характеру формировалась спокойной, «правильной», была отличницей, стремилась к похвалам учительницы, любила опекать неуспевающих, оказывала им помощь. С удовольствием воспринимала, когда ее отмечали на школьных собраниях. Была любимицей учителей, ревниво относилась к поощрению других учеников. В институте участвовала во всех комитетах, охотно участвовала в субботниках и других мероприятиях. Вышла замуж за сокурсника, который «обратил на нее внимание». Любви к нему не испытывала, но брак считала счастливым, родила и «правильно» воспитала детей. Когда дети выросли, решили взять ребенка из детского дома. Он был очень маленький и худенький, вызвал жалость, было желание стать для него «образцовой матерью». Всю свою дальнейшую жизнь посвятила «лечению» В. Во время беседы с врачами К. перечисляла диагнозы В. и повторяла, что он неизлечимо болен. Ребенок находился на строгой диете, мать считала, что у нет чувства насыщения, бывают приступы рвоты, которые заканчиваются рвотой и поносом. Она казалась абсолютно безэмоциональной женщиной, которая сидела с «каменным» лицом, не проронила ни слезинки. Сказала, что В. достался им «бракованным» из детского дома. При этом нежности между матерью и ребенком не было, мать пассивно относилась ко всему, кроме того, что касалось госпитализации В. Педиатр характеризовала К. как жесткую, властную женщину. Большой любви и тепла к ребенку она не испытывала. Свидетель ни разу не видела, чтобы она обняла или поцеловала В, чтобы ласково с ним разговаривала. При врачах вела себя более спокойно, но без врачей могла вести себя агрессивно по отношению к нему, ругать его. Считала, что ребенок боялся матери, в ее присутствии он был зажат, не отвечал на вопросы, за него постоянно отвечала мать. Мать постоянно находилась с ребенком, всегда занимала активную позицию по отношению к лечению ребенка, очень интересовалась лечением, состоянием ребенка, но при этом, складывалось впечатление, что ребенок ей нужен для каких-то своих интересов. Предполагала, что К. нравилось нахождение в Москве, в солидных клиниках, внимание по отношению к ней – как к матери такого больного ребенка.

## **Анамнез жизни**

\* Окончила 10 классов, промышленный-экономический техникум по специальности «механизация учета вычислительных работ». \* работала оператором ЭВМ \* проживала в гражданском браке, от брака имеет 2 детей. 10 лет назад между органами опеки и попечительства и подэкспертной был заключен договор о передаче на воспитание в их приемную семью В. Исходя из результатов обследования, указывающих на отсутствие истинной органической

патологии у ребенка, было заподозрено истощение на фоне голодания и спровоцированная приемной матерью диарея. \* ребенок был изъят у приемных родителей, передан в другую семью, где набрал вес, чувствовал себя хорошо, говорил, что мама не давала ему есть.

### **Объективный статус**

Мимика живая, адекватная. Фон настроения ситуационно несколько снижен. Считает себя психически здоровой. Жалоб на самочувствие активно не предъявляет. Имеет двоих детей, но они выросли, жалеет, что не уделяла им достаточно внимания, была молодой, много работала, возможно, была для них недостаточно хорошей матерью. Подчеркивает, что всегда хотела быть образцом, очень гордилась успехами детей, посещала все школьные мероприятия. Сообщает, что решили с мужем усыновить ребенка из детского дома, «подарить ему тепло и любовь». Мальчик В. был больной, слабый, стал наблюдаться у различных специалистов, которые направляли их на обследование и лечение в г. Москву. Сообщает, что В. устанавливали различные диагнозы, при этом последовательно перечисляет установленные ребенку диагнозы, рассказывает об особенностях назначенной диеты, проводимом лечении. Отмечает, что тяжело переживала сложившуюся ситуацию, волновалась за здоровье ребенка, «все свое время посвящала ему», «мы его полюбили». Вину в инкриминируемом ей деянии отрицает. Мышление последовательное, без структурных нарушений. Эмоциональные реакции живые, адекватные. Психотической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций и др. не выявлено. Критика к своему состоянию, сложившейся ситуации сохранена достаточной, соответствует полученному образованию. Логика суждений сохранена. Память не нарушена. Мышление последовательное, без структурных нарушений. Эмоциональные реакции живые, адекватные. Психотической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций и др. не выявлено. Критика к своему состоянию, сложившейся ситуации сохранена.

### **Для дальнейшего обследования стационаре необходимо провести**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

## **Результаты обследования**

### **Психическое состояние подэкспертной характеризуется**

- сверхценными идеями
- акцентуированными личностными чертами
- диссоциативным расстройством
- бредоподобным фантазированием

### **Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии**

- сверхценных идей
- личностных особенностей
- эндогенных нарушений
- бредовых концепций

### **Психологической мотивацией подэкспертной является**

- получение очевидной выгоды
- стремление избавиться от ребенка
- сохранение семьи
- привлечение к себе внимания

### **Данный случай представляет собой**

- симулятивное расстройство
- попытку лечения больного ребенка
- намеренное причинение вреда здоровью
- симулятивное расстройство делегированное (синдром Мюнхгаузена по доверенности)

### **Указанный синдром диагностируется**

- у ребенка
- у матери и ребенка
- у третьего лица
- у матери

### **Симулятивное расстройство делегированное следует дифференцировать с**

- конфабуляциями
- патологическим фантазированием
- нанесением самоповреждений
- симулятивным расстройством

### **Основным критерием симулятивного расстройства делегированного является**

- отсутствие очевидной выгоды
- выгода от болезни опекаемого
- патологическая жестокость
- безмотивность

### **Экспертный диагноз подэкспертной следует сформулировать как**

- отсутствие очевидной выгоды
- выгода от болезни опекаемого
- патологическая жестокость
- безмотивность

### **Диагноз**

#### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F60.4, T74.8
- Z73.1, T74.8
- F20, T74.8
- Z76.5, T74.8

#### **В период инкриминируемого ей деяния подэкспертная**

- не могла в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

#### **По своему психическому состоянию в настоящее время она**

- не могла в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный А. 38 лет, обвиняется в незаконном приобретении и хранении психотропных веществ в крупном размере, в связи с чем направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

### **Жалобы**

Нет

### **Анамнез заболевания**

В течение примерно 15 лет времени употребляет наркотические средства: каннабиноиды, психостимуляторы, галлюциногены, психоделики. В ходе судебного заседания свидетель указала, что иногда А. вел себя очень странно, говорил про «третью мировую войну, конец света, что разговаривает с собаками и понимает их язык». А. сообщил, что он периодически употреблял путем курения марихуану. Также иногда употреблял амфетамин интраназальным способом, «для творческого вдохновения», чтобы писать книги и печатать рассказы, которые хотел объединить в одно большое произведение в жанре приключений и фантастики и в дальнейшем на этой основе создать мультфильм. От подписи в протоколе допроса также отказался. Поставил подпись «Хануман», пояснил, что «Хануман» является его настоящее фамилией. Также сообщил, что может рассказать, когда начнется Третья мировая война, произойдет глобальное потепление и конец света, кто будет следующим Президентом. Указал, что является ясновидящим, так как «все видит», но считал при этом себя здравомыслящим человеком. Заявлял, что «Российской Федерацией управляет злой король – метафорический, из космоса прилетят переселенцы, через 10 лет начнется мировая война, а еще через 10 лет война закончится и король уйдет при загадочных обстоятельствах». Сообщил, что в «2032 году произойдет война с США, он проживал в Воркуте вблизи аномальных зон, в Кемеровской области все будет разрушено, через 24 года растает «полярный лед», вода поднимется на 30 метров». Пояснил, что у него есть тетрадь, в которой он сделал данные записи. В материалах уголовного дела имеется тетрадь под названием «Пророчество о третьей мировой войне, толкование историй и легенд. Крыш мастер Грин», подэкспертный указывал, что стал вести записи в следственном изоляторе. В указанной тетради подэкспертный обстоятельно с детализацией, при этом достаточно

последовательно, рассказывает о том, как он видит будущее, что в 2028 году начнется третья мировая война между людьми и «антропоморфными существами». Указывает, что будет происходить с планетой Земля по окончании третьей войны, останется 90 млн. человек, которые переселятся на космическую станцию. Все описания снабжены детализированными рисунками.

### **Анамнез жизни**

\* Окончил 11 классов общеобразовательной школы. В последующем поступил в торгово-экономический техникум, но на первом курсе учебу оставил \* службу в армии не проходил \* неофициально работал «системным администратором», а также «на жизнь» зарабатывал ремонтом компьютеров и компьютерными играми \* привлекался к уголовной ответственности за кражу, хранение наркотических веществ \* выращивал дома марихуану \* привлечен к уголовной ответственности

### **Объективный статус**

В беседу вступает охотно, держится уверенно, спокойно, несколько демонстративно, с переоценкой, старается занять доминирующую позицию, свести беседу к межличностному взаимодействию. Считает себя «психически здоровым». При этом высказывает желание о том, что неплохо бы отправить его на лечение в больницу, так как у него «иногда случаются провалы в памяти, нервные срывы. Поясняет, что возможной причиной направления на экспертизу явилось его заявление о том, что он обладает «даром предвидения и ясновидения». По поводу наличия в протоколе ознакомления с обвинительным заключением подписи «Хануман», поясняет, что ощущает себя им, что «Хануман» является один из пришельцев, от которых произошли наши предки. В процессе беседы старается представить себя в более выгодном свете, приукрасив отдельные факты своей биографии. Характеризует себя раздражительным, нервным, увлекающимся, «неординарным» человеком. Признает, что для него всегда было значимым мнение о нем окружающих, и он всегда любил быть в центре внимания. Сообщает, что с детства был склонен к фантазированию и много читал литературы на данную тематику. В демонстративной форме начинает рассказывать о том, что его с 3 лет его начали «посещать видения, были короткие сны, перед просыпаниями, как будто третья сила что-то хотела ему показать», Уверяет, что в последующем с помощью «голосов» стал получать команды от «пришельцев, различных исторических персонажей, богов», а также обычных людей. Утверждает, что «голоса» сами ему сообщали информацию, после чего он получал в награду «видения или сны». Утверждает, что является «Нострадамусом» настоящего времени. Утверждает, что он и сейчас выполняет различные миссии, продолжаются видения, «сообщения приходят от пришельцев». С гордостью заявляет, что если пришельцы прилетят на нашу планету, людей смогут спасти наркоманы. При

уточняющих вопросах избегает конкретных ответов, не может пояснить, каким образом, где и как слышит «голоса», с помощью которых он получает информацию. Заявляет, что более подробная информация изложена в тетрадке, которую он предоставил в распоряжение судебных органов. Охотно рассказывает об употреблении наркотических средств, при этом оживляется, сообщает, что они помогали ему в значительной степени развивать свои способности, так как фантазии становились ярче, а видения красочнее. Поясняет, что употреблял различные наркотики: марихуана, ЛСД, кислоты, псилоцибиновые грибы, диметилтриптамин, амфетамин. Сообщает, что на фоне употребления амфетамина не спал по несколько дней, повышалось настроение, возникало чувство эйфории, много мыслей появлялось, увеличивалась работоспособность. Эффект от марихуаны проявлялся в том, что появлялись легкость в голове, а также возникало полное абстрагированное от внешней среды. Рассказывает на фоне приема ЛСД, кислот, псилоцибиновых грибов изменялась реальность, расширялось сознание, возникали всевозможные «видения», «галлюцинации», виделись «различные не существующие предметы», «попадал в различные измерения». Поясняет, что самые «острые» ощущения испытывал на фоне приема диметилтриптамина, когда в течение 10-15 минут находишься «между жизнью и смертью», это все сменяется эйфорией, а затем тебя отпускает. Указывает, что не собирается бросать употребление наркотиков, так как «жизнь угасает» и ему необходимо как можно больше перепробовать различных наркотических средств, чтобы испытать как можно больше ощущений. Мышление последовательное. Память на текущие и прошлые события не нарушена. Эмоциональные реакции адекватны сложившейся ситуации. Критическая оценка своего состояния и сложившейся судебно-следственной ситуации сохранена.

#### **Для дальнейшего обследования стационаре необходимо провести**

- не могла в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

#### **Результаты обследования**

#### **Ведущим в психическом состоянии является синдром**

- фантастического антагонистического бреда
- парафренный
- зависимости от психоактивных веществ
- галлюцинаторно-параноидный

**Зависимость у подэкспертного сформировалась от**

- нескольких психоактивных веществ
- алкоголя
- опиоидов
- табака

**В анамнезе у подэкспертного наблюдались состояния**

- психического автоматизма
- острой интоксикации стимуляторами и галлюциногенами с психотическими симптомами
- психотического с симптомами шизофрении
- патологического опьянения

**Ведущим феноменом в клинической картине в период обследования является**

- галлюциноз
- шизофреноподобное расстройство
- симуляция
- расстройство адаптации

**В данном случае можно говорить о**

- аггравации
- постсимуляции
- сюрсимуляции
- интрасимуляции

**В данном случае можно говорить о**

- истинной симуляции
- метасимуляции
- аггравации
- превентивной симуляции

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- истинной симуляции



- метасимуляции
- аггравации
- превентивной симуляции

## **Диагноз**

### **Экспертный диагноз следует сформулировать как**

- шизофрения
- реактивный психоз
- синдром зависимости от нескольких психоактивных веществ, симуляция
- острое полиморфное психотическое расстройство

### **Шифр диагноза в соответствии с критериями МКБ-10**

- F10, Z 76,5
- F20< Z 76,5
- F23, Z 76,5
- F19.212, Z 76.5

### **В период инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими он**

- не мог
- не мог в полной мере
- мог
- не мог с высокой степенью вероятности

### **По своему психическому состоянию в настоящее время он**

- не мог
- не мог в полной мере
- мог
- не мог с высокой степенью вероятности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный М.С. 35 лет, обвиняется в насильственных действиях сексуального характера в отношении лица не достигшего четырнадцатилетнего возраста, в связи с чем направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

### **Жалобы**

Нет

### **Анамнез заболевания**

Считает себя «Адидэвасурой Свами», что значит, что он «дэв с юга вселенной», хотя с рождения его тело принадлежало Сергею, который был черным магом, но он был недостаточно сильным и перестал контролировать свое тело и тело занял «Митрадэвананда». Однако через 10 лет, якобы, поддавшись уговорам Адидэвасуры, Митрадэвананда выпил 450 таблеток сильнодействующих препаратов и впал в кому, а тело, уснувшее по искусственной причине, занял Адидэвасура. Говорит, что Митрадэв ушел в другой мир, так как его уровень «там, где всегда свет», а ему самому, то есть Адидэвасуре это крайне неприятно, потому, что его уровень «там, где всегда ночь», и, как «хозяин планеты», он сам генерирует темную энергию. С пафосом заявляет, что завладев телом, Сергей все время видел кошмары по ночам, и с двух лет он видел «маски смерти» - как «вторую мимику рядом с лицом человека», или «тени будущих страданий», которые вызывали невыразимый ужас». Увлеченно рассказывает, что во всех воплощениях слышал «голоса».

### **Анамнез жизни**

\* Окончил школу, учился хорошо \* в 18 лет начал заниматься борьбой \* дважды предпринимал попытки поступить в педагогический институт на математический факультет, но не смог сдать экзамены \* увлекся йогой, читал много литературы по индуизму, занимался гимнастикой йогов \* С. получил новый паспорт в связи со сменой фамилии на Митрадэвананда Свами \* за медицинской помощью в ПНД и НД не обращался, в картотеке диспансера не состоит \* к уголовной ответственности подэкспертный ранее не привлекался \* создал секту псевдоиндуистского толка, куда привлекал в основном женщин с детьми, жил за их счет, переезжал из страны в страну. С женщинами и их детьми устраивал сексуальные оргии под видом религиозных ритуалов, жестоко наказывал детей за малейшие провинности. Женщин заставлял сниматься в порнофильмах и заниматься проституцией. По заявлению родственников членов секты было возбуждено уголовное дело \* обвиняется в насильственных действиях сексуального характера в отношении лица, не достигшего четырнадцатилетнего возраста

### **Объективный статус**

Держится высокомерно, говорит, что «не следит за текущей датой, т.к. время бесконечно» или «я не прибор для определения местоположения». В беседах задает контр-вопросы, стремиться перехватить инициативу, надменно улыбаясь. Говорит негромко, но четко, высокопарными фразами, с нарочитой отстраненностью. Во время разговора предпочитает сидеть в наклоненной позе, однообразно раскачиваясь на стуле, с закрытыми глазами и нахмуривая брови, объясняет такое поведение невозможностью смотреть в глаза земного спектра – «они тусклые, бесцветные, в отличие от привычных для него глаз тех существ,

что живут в его мире, у которых радужки золотые и серебряные». Иногда с осторожностью ведет беседу с врачом, внимательно следит за производимым впечатлением. При уточняющих вопросах заметно раздражается, начинает сильнее раскачиваться, краснеет, просит не перебивать его и выслушать, хотя декларирует безразличие к проводимому экспертному исследованию. Заявляет, что все исследования не имеют для него значения, а истина познается тремя критериями: «садху, шастра и садхана. Для начала беседы требует назвать «кодовое слово для установления контакта». С раздражением говорит, что за время его пребывания на экспертизе в нем сменилось 20 или 30 сущностей, заявляет, что он стал как «проходной двор с осколками прежних владельцев»; этим объясняет наличие взаимоисключающих сведений, так как в беседу с экспертами всегда вступает новая личность. Во время одной из бесед рассказал, что его мучают «фантомы», при этом плакал, заламывал руки, просил помощи, говорил, что они хотят убить его. В дальнейшем настойчиво возвращается к теме «фантомов», их природу определяет всякий раз по-новому, наделяя как положительными, так и отрицательными качествами. Отмечает, что когда к нему обращаются именами «бывших владельцев тела» - это призывает «фантомов», они начинают «мучать» его, поэтому о себе рассказывает в третьем лице и демонстративно печально просит называть его Свами, тихим голосом повторяя: «не будите фантомов...». На уточняющие вопросы отвечает сбивчиво, старается сменить тему, заметно нервничает. Об инкриминируемом деянии говорит с раздражением, активно высказывает версию о политическом преследовании со стороны Следственного Комитета. Уверяет, что сейчас его преследуют за религиозные убеждения. Мышление последовательное, без структурных нарушений. Суждения категоричные, претенциозные, эгоцентричные, своеобразие обусловлено заимствованием из доступной литературы. Память на текущие и прошлые события не нарушена. Интеллект соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Эмоциональные реакции адекватны сложившейся судебной-следственной ситуации. Критическая оценка своего состояния и сложившейся судебной-следственной ситуации сохранена.

#### **Для дальнейшего обследования стационаре необходимо провести**

- не мог
- не мог в полной мере
- мог
- не мог с высокой степенью вероятности

#### **Результаты обследования**

#### **У подэкспертного сформировались личностные особенности**

- ананкастные
- параноидные
- истерические
- эмоционально-неустойчивые

#### **Психическое состояние подэкспертного определяется**

- синдромом психического автоматизма
- истерическим расстройством личности
- множественным расстройством личности
- парафренией

#### **Результаты экспериментально-психологического исследования также свидетельствуют о наличии**

- реактивного состояния
- шизофрении
- симуляции
- бредаподобного фантазирования

#### **В психическом состоянии преобладают признаки**

- симуляции
- шизофрении
- конверсионного расстройства
- множественной личности

#### **В данном случае можно говорить о**

- интрасимуляции
- аггравации
- сюрсимуляции
- постсимуляции

#### **Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- интрасимуляции
- аггравации
- сюрсимуляции
- постсимуляции

#### **Диагноз**

#### **Учитывая результаты сексологического обследования, у М.С. имеются признаки**

- раптофилии
- эфебофилии
- расстройства сексуального предпочтения в форме педофилии в рамках множественного расстройства сексуального предпочтения
- фетишизма

**Экспертный диагноз следует сформулировать как**

- истерическое расстройство личности, расстройства сексуального предпочтения в форме педофилии, симуляция
- шизофрения
- множественное расстройство личности
- реактивный психоз

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F 60.3, F 65.6 , Z76.5
- F 60.4, F 65.6 , Z76.5
- F 20, F 65.6 , Z76.5
- F 44, F 65.6 , Z76.5

**В период инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими он**

- мог
- не мог в полной мере
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог

**По своему психическому состоянию в настоящее время М.С.**

- мог
- не мог в полной мере
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

А, 23 года. Обвиняется в совершении кражи. Совершил кражу из магазина, был задержан на выходе.

## **Жалобы**

\* Головные боли \* вялость \* утомляемость, нежелание чем-либо заниматься \* трудности сосредоточения \* периоды сниженного настроения

## **Анамнез заболевания**

А. формировался послушным ребенком, но в подростковом возрасте стал вялым, пассивным, малообщительным, в школе учился без интереса, слабо. Отмечались периоды сниженного настроения, залеживался в постели, перестал посещать занятия. Время проводил бесцельно, совершал мелкие кражи, на вырученные деньги покупал энергетики и алкоголь. В последующем состояние несколько улучшилось, выровнялось настроение, стал более активным, устраивался на работу

## **Анамнез жизни**

\* В 10 лет перенес ушиб головы \* учился плохо, с 5 класса с трудом переводили из класса в класс, 8 и 9 классы находился на домашнем обучении. \* состоял на учете в полиции в связи с совершением мелких краж \* трудоустраивался на низкоквалифицированные работы, однако нигде не удерживался, с работой не справлялся, увольнялся за прогулы. Последнее время работает курьером \* на учете в ПНД, НД не состоял

## **Объективный статус**

Беседует неохотно, мимика малодифференцированная, сидит в однообразной позе. На вопросы отвечает кратко. Речь обедненная, словарный запас невелик. Эмоциональные реакции нивелированы. Удастся выяснить, что в течение последних лет его беспокоили вялость, не интенсивные головные боли чаще по утрам, сниженное настроение. Отмечает, что «стало трудно думать», «в голове мало мыслей», ничем не хочется заниматься, «как-то изменился по характеру». Более развернуто описать эти изменения не может, вздыхает, пожимает плечами. Свой образ жизни объясняет проблемами со здоровьем после травмы головы. Употребление алкоголя и энергетиков связывает с желанием повысить активность, настроение, общительность. Отмечает некоторое улучшение своего состояния и настроения, выражает желание «наладить свою жизнь». Мышление со снижением целенаправленности, в замедленном темпе. Эмоциональные реакции малодифференцированные. Критические способности снижены.

## **Для дальнейшего обследования стационаре необходимо провести**

- мог
- не мог в полной мере
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог

## **Результаты обследования**

### **У подэкспертного в настоящее время имеются расстройства в виде**

- психоорганических
- умственной отсталости
- депрессивных
- псевдоорганического дефицита

### **В клинической картине заболевания преобладали расстройства**

- психоорганические
- маниакально-депрессивные
- астенодепрессивные
- церебрастенические

### **Употребление алкогольных напитков и энергетиков в данном случае являлось**

- расстройством влечения
- непродуктивной «стратегией совладания» (копинг)
- проявлением личностного расстройства
- синдромом зависимости от алкоголя

### **Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии расстройств**

- эндогенного спектра
- органического спектра
- личностных
- умственной отсталости

### **Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- эндогенного спектра
- органического спектра
- личностных
- умственной отсталости

## **Диагноз**

### **Бедная симптомами шизофрения представляет собой малопрогрессирующий вариант шизофрении**

- недифференцированной
- простой

- кататонической
- параноидной

**Бедную симптомами шизофрению с данным случае следует дифференцировать с**

- органическим астеническим и когнитивным расстройством
- расстройством личности
- деменцией
- параноидной шизофренией

**Бедная симптомами шизофрения относятся к расстройствам**

- адаптации
- соматогенным
- личности
- эндогенного спектра

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F21.3
- F21.1
- F21.4
- F21.5

**В период инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими А.**

- не мог в полной мере
- мог
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог

**По своему психическому состоянию в настоящее время А. нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях**

- не мог в полной мере
- мог
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог

**Условие ситуационной задачи**



## **Ситуация**

Н., 19 лет. Совершил убийство отца, направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

## **Жалобы**

Не предъявляет

## **Анамнез заболевания**

Из медицинской документации и показаний матери известно, что Н. родился от тяжело протекавшей беременности, с детства формировался капризным, возбудимым. В детском саду бил других детей, отнимал у них игрушки. Любил мучить животных. В школе был неусидчивым, друзей не имел, нарушал дисциплину, учителей не слушался. Поджигал парту, в классе курил, издевался над одноклассниками. В 6 классе ударил учительницу, которая сделала ему замечание. С 13 лет начал курить и употреблять алкоголь, появилась сексуальная расторможенность, приставал к девочкам и взрослым женщинам, говорил непристойности учительницам. Стал грубым с родителями, оскорблял их, нецензурно выражался, избивал мать. Многократно помещался в психиатрическую больницу, после выписки состояние ненадолго улучшалось, однако затем становился конфликтным, агрессивным, злоупотреблял алкоголем, уходил из дома, бродяжничал.

## **Анамнез жизни**

\* В связи с неправильным поведением в подростковом возрасте неоднократно помещался в психиатрическую больницу с диагнозами «Несоциализированное расстройство поведения», «Органическое психическое расстройство». \* Окончил 9 классов \* Пытался работать курьером, но плохо справлялся с заданиями, терял предназначенное для доставки, употреблял на работе спиртное, был груб и конфликтен, в связи с чем его увольняли. \* Во время одной из ссор Н, находясь в состоянии алкогольного опьянения, избил отца. Не оказав ему помощи, вышел в магазин, купил спиртное и продолжил употреблять алкоголь. По возвращении продолжил избивать отца, который скончался от побоев на следующий день.

## **Объективный статус**

Формальному контакту доступен, расторможен, держится без чувства дистанции, мимика не соответствует теме беседы. Неусидчив, озирается по сторонам, отвлекается на посторонние раздражители. Жалоб на здоровье не предъявляет, считает себя психически здоровым, но соглашается, что в психиатрическую больницу его помещали из-за нарушений поведения. Со смехом говорит, что «выносил всем мозг», «делал, что хотел». Цель экспертизы понимает формально, считает, что поступил на лечение, так же, как и раньше.

Охотно рассказывает об употреблении спиртного, сообщает, что пил, «пока не упадет», абстинентные явления отрицает. При упоминании правонарушения безразлично говорит, что отец его «достал», «вывел из себя», запрещал выпивать. С улыбкой говорит, что тот «достаточно пожил, пора родителям оставить ему квартиру, чтобы он жил как хочет». В отделении навязчив, провоцирует конфликты с другими подэкспертными. Мышление непоследовательное, эмоциональные реакции неадекватные. Критические способности грубо нарушены

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- не мог в полной мере
- мог
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог

**Результаты обследования**

**У подэкспертного в настоящее время определяется**

- синдром нарастающей шизоидизации
- психастенический синдром
- шизоидное расстройство
- акцентуация характера

**В психическом состоянии подэкспертного определяется расстройство**

- органическое
- эмоционально неустойчивое
- психопатоподобный синдром неустойчивого поведения
- личности и поведения в связи с зависимостью от алкоголя

**Одним из психопатологических синдромов в клинической структуре заболевания подэкспертного является**

- синдром зависимости от алкоголя
- расстройство сексуального предпочтения
- органическое расстройство личности
- синдром патологии влечений

**Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии расстройств**

- органического регистра

- эндогенного спектра
- личностных
- когнитивных (умственной отсталости)

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- органического регистра
- эндогенного спектра
- личностных
- когнитивных (умственной отсталости)

**Диагноз**

**Псевдопсихопатическую шизофрению следует дифференцировать с расстройством личности**

- параноидным
- избегающим
- неустойчивым
- истерическим

**Псевдопсихопатическая, псевдоневротическая и бедная симптомами шизофрения считаются формами**

- шизофрении (малопрогрессирующими)
- шизофрении (прогрессирующей)
- невротических расстройств
- расстройств личности

**Указанное психическое расстройство относится к расстройствам**

- органическим
- адаптации
- эндогенного спектра
- личности

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F21.1
- F21.4
- F21.3
- F21.8

**В период инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими Н.**

- мог
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- не мог в полной мере

**По своему психическому состоянию в настоящее время Н. нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь**

- мог
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- не мог в полной мере

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Ж., 20 лет. В связи с возбуждением уголовного дела (разбойное нападение) назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

Развивался соответственно возрасту. В первом классе учился хорошо, однако не мог усидеть на одном месте, ходил по классу, ложился на парту, отмечалась агрессия к старшеклассникам, говорил, что они его раздражают. После 3 класса поведение изменилось – стал пугливым, при виде драк залезал под парту. У него нарушился сон, он самостоятельно не мог одеться, купался по принуждению; отмечались эпизоды, когда он щипал себя за щеки, говорил, что хочет выколоть себе глаза. В 10 лет стал звонить и сообщать о терактах (минирование школы, дома). Со сверстниками общего языка не находил, дружеских и доверительных отношений ни с кем не имел. На протяжении нескольких лет он испытывал чувство жжения ушей, ходил с бутылкой воды, из которой с помощью распылителя «охлаждал уши» Подэкспертный неоднократно осматривался психиатром и неврологом были диагностированы «Шизотипическое расстройство», «Задержка психического развития», «Логоневроз. Дизартрия. Легкий когнитивный дефицит», «Шизотипическое расстройство с психопатоподобными изменениями по типу навязчивых влечений» Ж. неоднократно совершал правонарушения, сообщал о терактах, поджигал машины, в связи с чем в отношении него возбуждались уголовные дела. Он проходил судебно-психиатрическую экспертизу, устанавливались

диагнозы «шизофрения параноидная, непрерывный тип течения», «шизофрения параноидная, непрерывный тип течения, параноидный синдром на фоне нарастающего дефекта».

### **Анамнез жизни**

\* Школу не закончил \* С матерью постоянно менял место жительства из-за проблем с законом \* Никогда не работал \* За ложное сообщение о минировании объекта, поджоги автомобилей подэкспертный привлекался к уголовной ответственности. \* Признавался невменяемым с диагнозом «Шизофрения» \* Ж., угрожая ножом, заставил сотрудника микрофинансовой организации отдать денежные в размере 6 тысяч рублей и скрылся в неизвестном направлении

### **Объективный статус**

Во время беседы совершает стереотипные движения руками и туловищем, сидит, покачиваясь на стуле. Речь в ускоренном темпе, с заиканием. Настроение неустойчивое, в зависимости от контекста беседы отмечаются реакции раздражения и неадекватно повышенного настроения с дурашливостью. Дистанцию в общении соблюдает не всегда. Движения вычурные, порывистые. На вопросы отвечает многословно, с трудом удерживается в рамках заданной темы, ответы изобилуют малозначимыми деталями. Анамнестические данные сообщает не последовательно, но точно воспроизводя даты различных событий. Рассказывает, что с детства с трудом находил общий язык со сверстниками, не мог играть с ними, портил их игрушки, дрался. Друзей никогда не имел, потому, что с одной стороны «никто не интересовал», с другой – всегда находился под усиленным контролем матери. Рассказывает, что из всех школьных предметов любил только химию, дома проводил опыты с хлором и водородом, иногда что-то загоралось или взрывалось, так как смешивал реактивы наугад, не знал химических законов и принципов взаимодействия. Примерно с 10 лет увлекся «космосом», особенно нравились Марс и спутники Сатурна, фантазировал, что построит ракету на водородном топливе и полетит как турист, сначала на Луну, а потом на Марс. Говорит, что с подросткового возраста в голове появляются мысли о том, чтобы что-то совершить, и эти «мысли никуда не уходят», но если долго не удастся воплотить их в жизнь - появляются другие. Например, в общественных местах всегда появлялась мысль размотать гидрант и всех поливать водой, или воспользоваться огнетушителем, а когда это удавалось сделать, «было очень весело», потому, что все пугались. Оживляется, когда начинает рассказывать о том, что с 10 лет звонит по телефонам экстренных служб и сообщает о готовящихся террористических актах. Все начинается с того, что хочется проверить – найдут его спецслужбы или нет. Ходить по врачам было инициативой матери, а его самого собственное состояние никогда не тяготило. Говорит, что мать своей заботой «много от чего»

его защитила – предотвратила часть звонков и действий, прятала его от правоохранительных органов, переезжая с одного места на другое. Нравилось скрываться в монастырях, там было спокойно. При этом говорит, что такая опека со стороны матери ему надоела, хотелось свободы, поэтому ругался с ней и сбегал от нее все время, однажды даже угрожал ей ножом. Однажды по телевизору видел, как человек с ножом ограбил микрокредитную организацию, поэтому тоже решил «кого-нибудь ограбить». В период нахождения на экспертизе нарушал режим отделения: наносил на стены надписи, отражающие криминальную субкультуру, поджигал бумагу, на воспитательные беседы реагировал формально, говорил, что хотел увидеть, как взорвется зажигалка. Просит содержать его отдельно от других подэкспертных, так как он чувствует от них угрозу. К общению не стремится. Неопрятен, аппетит повышен. Мышление малопродуктивное, аморфное, расплывчатое со склонностью к рассуждательству, элементами соскальзывания. Суждения своеобразные, витиеватые некорректируемые, нечувствителен к противоречиям. Эмоциональные реакции выхолащенные, однообразные, неадекватные. Критическая оценка своего состояния и сложившейся судебно-следственной ситуации грубо нарушена.

#### **Для дальнейшего обследования стационаре необходимо провести**

- мог
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- не мог в полной мере

#### **Результаты обследования**

#### **У подэкспертного в настоящее время отмечается**

- акцентуация характера
- патохарактерологические реакции у подростка с личностными особенностями (патологический пубертатный криз)
- шизоидное расстройство личности
- синдром нарастающей шизоидизации

#### **В психическом состоянии подэкспертного отмечается**

- патохарактерологические реакции у подростка с личностными особенностями (патологический пубертатный криз)
- эмоционально неустойчивое расстройство
- органическое расстройство личности и поведения
- психопатоподобный синдром неустойчивого поведения

**Одним из психопатологических феноменов в клинической структуре заболевания подэкспертного является расстройство**

- органическое
- паранойальное
- личности
- в форме «патологического хобби»

**Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии расстройств**

- интеллектуально-мнестических
- органических
- эндогенных
- личностных

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- интеллектуально-мнестических
- органических
- эндогенных
- личностных

**Диагноз**

**Псевдопсихопатическую шизофрению следует дифференцировать с расстройством личности**

- истерическим
- избегающим
- неустойчивым
- параноидным

**Псевдопсихопатическая, псевдоневрозоподобная и бедная симптомами шизофрения считаются формами**

- расстройства личности
- шизофрении прогредиентной
- шизофрении малопрогредиентной, вялотекущей
- обсессивно-компульсивного синдрома

**Указанное психическое расстройство относится к расстройствам**

- органическим
- личности

- адаптации
- эндогенного спектра

### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F21.3
- F21.4
- F21.8
- F21.1

### **В период инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими Ж.**

- с высокой долей вероятности не мог
- мог
- не мог в полной мере
- не мог

### **По своему психическому состоянию в настоящее время Ж. нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь**

- с высокой долей вероятности не мог
- мог
- не мог в полной мере
- не мог

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Б., 32 года. Обвиняется в подрыве вагона электропоезда, в связи с чем назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

\* Периодические головные боли \* эпизоды головокружения \* трудности засыпания \* страхи \* навязчивое мытье рук

### **Анамнез заболевания**

В детстве у подэкспертного отмечалось заикание. Формировался малообщительным, стеснительным, другие дети его обижали. Б. обращался за консультативной помощью в ПНД по поводу «страха заразиться неизлечимой болезнью», навязчивого мытья рук. Объясняет, что испытывал страх заразиться неизлечимой болезнью, мыл их по 8-10 раз подряд, так как «именно 8 или 10



раз лучше убивают микробов». Замечал, что когда он ел грязными руками, у него появлялись неприятные ощущения в области живота. Ел только домашнюю еду, обычно он не вытирал руки полотенцем, либо только тем, которое специально для него вешала его мать. Когда отключали воду, не мог заснуть, испытывал тревогу, однажды даже мыл руки кипятком. После ареста был осмотрен врачом-психиатром в СИЗО в связи с жалобами на нарушения сна, неустойчивое настроение, «страхи», боялся, что его «кто-нибудь тронет», «не хотел, чтобы с ним разговаривали»

### **Анамнез жизни**

\* Окончил 9 классов и профессиональное училище по специальности «тракторист-слесарь». \* В армии он не служил и-за плохого зрения и перенесенного оскольчатого перелома ноги. \* Работал грузчиком, продавцом на рынке. \* Женат не был, отношений с женщинами никогда не имел. \* Ранее к уголовной ответственности не привлекался. На учете в ПНД, НД не состоит \* Обвиняется в том, что во время стоянки электропоезда поджег воспламеняющуюся смесь, произошел взрыв

### **Объективный статус**

В беседе держится застенчиво, инициативы не проявляет. Настроение сниженное. Сидит в однообразной согбенной позе. Мимика и пантомимика маловыразительные. Характеризует себя как малообщительного, стеснительного, ранимого, говорит, что любит тишину и одиночество. Уточняет, что в детстве имел несколько друзей, которые проживали по соседству, однако даже им особо про себя не рассказывал, в последнее время отношения с ними не поддерживал. Говорит, что с самого детства над ним смеялись сверстники, обзывали его из-за того, что был «тихим», носил очки и длинные волосы, называли «очкариком». Отмечает, что никогда не имел отношений с девушками, так как всегда был стеснительным. Рассказывает, что у него и раньше возникали суицидальные мысли, когда «пытался броситься под бревно, чтобы его придавило», «хотел засунуть проволоку в розетку, наглотаться таблеток», так как «все надоело». Рассказывает, что с детства любил огонь, костер. «Было ощущение, будто кто-то заставляет» его взрывать, объяснить это утверждение затрудняется. Добавляет, что когда он взрывал петарды, «нравилось ощущение, будто жизнь на волоске и нравилось смотреть на огненное облако». «Боялся, что загорюсь, но все равно взрывал», так как впоследствии испытывал удовольствие и облегчение. В другой беседе объясняет инкриминируемое ему деяние, тем, что «мешал именно этот поезд», когда он ходил по рельсам во время прогулок. Рассказывает, что в СИЗО ему «было страшно», казалось, что «кружка шевелилась, полотенце шевелилось», «сбрасывал с себя таракана, которого не было». Сообщает и о других страхах, приводит примеры, что боится мышей, боится, что наступит ночью на жабу.

Демонстрирует врачу сухую кожу рук, внезапно спрашивает, «не заработал ли он рак», объясняет свое предположение тем, что «мыло могло попасть в кровь». Эмоциональные реакции однообразные. Мышление непродуктивное, амбивалентное, суждения нелепые, инфантильные, расплывчатые. Критические способности грубо нарушены.

**Для дальнейшего обследования стационаре необходимо провести**

- с высокой долей вероятности не мог
- мог
- не мог в полной мере
- не мог

**Результаты обследования**

**У подэкспертного в настоящее время имеется**

- акцентуация характера
- синдром нарастающей шизоидизации
- шизоидное расстройство
- психастенический синдром

**В психическом состоянии подэкспертного отмечается**

- бредовая ипохондрия
- невроз навязчивых состояний
- тревожное расстройство личности
- обсессивно-фобический синдром

**Одним из психопатологических феноменов в клинической структуре заболевания подэкспертного является**

- органическая патология
- «патологическое хобби»
- маниакальные симптомы
- паранойяльное расстройство

**Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии расстройства**

- личностного
- умственной отсталости
- эндогенного
- органического

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- личностного
- умственной отсталости
- эндогенного
- органического

**Диагноз**

**Псевдоневротическую шизофрению следует дифференцировать с**

- обсессивно-фобическим синдромом
- бредовой ипохондрией
- тревожным расстройством личности
- расстройством адаптации

**Псевдопсихопатическая, псевдоневротическая и бедная симптомами шизофрения считаются формами**

- шизофрении малопрогрессирующей, вялотекущей
- расстройства личности
- обсессивно-компульсивного синдрома
- шизофрении прогрессирующей

**Указанные психические расстройства относятся к расстройствам**

- личности
- адаптации
- соматогенным
- эндогенного спектра

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F20.0
- F21.3
- F42
- F23.2

**В период инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими Б.**

- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- мог
- не мог в полной мере

**По своему психическому состоянию в настоящее время Б. нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь**

- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- мог
- не мог в полной мере

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный М., 24 года. В связи с возбуждением уголовного дела назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

\* тревога \* «нервозность» \* колебания настроения

### **Анамнез заболевания**

С 2-х месячного возраста наблюдался по поводу левосторонней мышечной кривошеи, задержки речевого развития, головных болей. В раннем возрасте наблюдался энкопрез, головные боли, «тики», был направлен к психоневрологу. Устанавливался диагноз: «Перинатальная энцефалопатия». По характеру был не общительным, вспыльчивым, не терпел обид. Постоянно конфликтовал, дрался. В подростковом возрасте стал очень вспыльчивым, злопамятным. В 14 лет стал употреблять спиртные напитки. Дружил с больным шизофренией, который периодически давал ему свои лекарства. В 2013 г. говорил, что у него «крыша едет», постоянно просил у матери прощения, говорил, что хочет повеситься, написал предсмертную записку: «в моей смерти прошу винить бывшего начальника», не спал по ночам. Постоянно держал возле себя нож, матери говорил, что если она вызовет психиатров, тогда зарежет себя. Устанавливались диагнозы «Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип. Декомпенсация». «Депрессивный эпизод». Злоупотреблял алкоголем и каннабиноидами.

### **Анамнез жизни**

\* В 8 классе был переведен на домашнее обучение, в 9 классе учился в школе для детей с ослабленным здоровьем. \* После окончания средней школы поступил в ПТУ по специальности «скорняк», однако через год учебу оставил. Экстерном окончил 11 классов. \* В армии не служил в связи с установленным диагнозом «Вегетососудистая дистония». \* Жил в съемной квартире, где выращивал марихуану. \* Работал кладовщиком, продавцом автозапчастей,

менеджером по продажам. Часто конфликтовал с окружающими, в связи с чем увольнялся. Порой не выплачивали зарплату, тогда «выбивал деньги силой». Трудоустраивался неофициально. \* Был осужден условно за нанесение удара ногой полицейскому, уничтожение чужого имущества, угрозы убийством прокурору и следователю. \* Воевал на Донбассе в составе нацистского добровольческого батальона, состоял на учете в центре противодействия экстремизму \* Состоял на учете в наркологическом диспансере с диагнозом «Расстройство личности и поведения в связи с употреблением алкоголя» \* Неоднократно лечился в психиатрических больницах \* Поджег входную дверь прокуратуры, использовал газовый баллончик в отношении судебного пристава, высказывал угрозы убийством следователям и прокурорам

### **Объективный статус**

Мимика невыразительная. Оживляется при беседе на политические темы, начинает неадекватно улыбаться, активно включается в разговор. Себя характеризует, как доброго, справедливого, «всегда за правое» дело. Сообщает, что с детства имел отличную от окружающих точку зрения, «родился выпавшим из системы». Поменял 3 школы из-за нарушений поведения, с детства собирал взрывные устройства, а в подростковом возрасте увлекался стрельбой из винтовки. О предыдущих привлечениях к уголовной ответственности говорит раздраженно, агрессивно, что все было «подстроено». Утверждает, что над ним «издевались» сотрудники прокуратуры, за что ненавидит служащих правоохранительных органов. Сообщает, что с 2014 года активно начал участвовать, а в последующем и организовывать политические митинги, когда неоднократно задерживали и ставили на учет в центре противодействия экстремизму. В 2015 году уехал на Украину, где принимал участие в боевых действиях на Донбассе в составе батальона «Азов». Указывает, что является «анархистом» и «нацистом», а своими действиями выражает неприязнь к правовой системе страны, собирался застрелить прокурора, «пусть дали бы больше лет, зато было бы интереснее». Убежден, что «тот заслуживает смерти, и в любом случае он постарается завершить начатое». Ажитированно заявляет, что его поступки – это «ответ за многих людей, страдающих из-за несправедливости власти в России». Охвачено рассказывает, что до задержания начал проводить опыты со взрывчатыми веществами, которые планирует применить после освобождения. Считает, что за ним периодически следят сотрудники правоохранительных органов, «наблюдают через камеры», «прослушивают телефон». Говорит, что периодически, выходя из дома, сначала «разведывает» обстановку. В отделении режиму пассивно подчинен, необщителен. Эмоциональные реакции маловыразительные, но неустойчивые, склонен к раздражению, агрессии. Мышление непоследовательное, склонен к

рассуждательству. Критика к своему состоянию и судебно-следственной ситуации нарушена.

**Для дальнейшего обследования стационаре необходимо провести**

- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- мог
- не мог в полной мере

**Результаты обследования**

**У подэкспертного в настоящее время отмечается**

- синдром нарастающей шизоидизации
- акцентуация характера
- шизоидное расстройство личности
- патохарактерологическая реакция у подростка с личностными особенностями (патологический пубертатный криз)

**В психическом состоянии подэкспертного отмечается**

- эмоционально неустойчивое расстройство
- психопатоподобный синдром неустойчивого поведения
- органическое расстройство личности и поведения
- патохарактерологические реакции у подростка с личностными особенностями (патологический пубертатный криз)

**Одним из психопатологических феноменов в клинической структуре заболевания подэкспертного является расстройство**

- органическое
- в форме «патологического хобби»
- личности
- паранойяльное

**Одним из психопатологических феноменов в клинической структуре заболевания подэкспертного является синдром**

- зависимости от алкоголя
- зависимости от нескольких психоактивных веществ
- патологии влечений
- зависимости от каннобиноидов

**Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии расстройств**

- расстройств органических
- личностных
- эндогенных
- умственной отсталости

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- расстройств органических
- личностных
- эндогенных
- умственной отсталости

**Диагноз**

**Псевдопсихопатическую шизофрению следует дифференцировать с расстройством личности**

- истерическим
- избегающим
- параноидным
- неустойчивым

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F21.3
- F21.1
- F21.4
- F21.8

**Псевдопсихопатическая, псевдоневротическая и бедная симптомами шизофрения считаются формами**

- шизофрении прогрессивной
- шизофрении малопрогрессивной, вялотекущей
- расстройства личности
- обсессивно-компульсивного синдрома

**В период инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими М.**

- мог
- с высокой степенью вероятности не мог

- не мог в полной мере
- не мог

**По своему психическому состоянию в настоящее время М. нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь**

- мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- не мог в полной мере
- не мог

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Л., 39 лет. В связи с возбуждением уголовного дела (убийство, похищение человека, изнасилование) назначено проведение судебно-психиатрической экспертизы.

### **Жалобы**

\* Слабость \* вялость \* раздражительность \* головные боли

### **Анамнез заболевания**

Отец Л. злоупотреблял спиртными напитками, был вспыльчивым, бил жену, после развода «преследовал» ее, затем подкараулил в подъезде и нанес ножевые ранения мужчине, за которого собиралась выйти замуж. Мать подозрительная, конфликтная, не общалась с родственниками, верила в колдовство и магию, ездила по «бабкам» и целителям. Состоит на учете у психиатра с диагнозом «Шизофрения». Примерно 12 лет назад Л. изменился по характеру, стал подозрительным, считал, что сын рожден не от него, бросил работу, целыми днями «просто лежал дома». После развода он не участвовал в воспитании сына, не помогал, не интересовался его судьбой, ни разу не поздравил сына с днем рождения или с новым годом, ни разу не дал денег на жизнь своему сыну. Мать Л. указывала, что после расставания сына с супругой обнаружили «две кучки земли с кладбища», решила, что их принесла бывшая супруга Л., чтобы «свести их в могилу», в дальнейшем обращались к колдунам, которые сказали, что на подэкспертного «был наложен венец безбрачия». Отмечала, что бывшая супруга отнимала у Л. «мужскую силу», после чего «лечила его у бабушки», «были вынуждены продать квартиру», купили дом в селе. Друзей у него не было, он вел скрытный образ жизни, с жителями села не общался.



### **Анамнез жизни**

\* Окончил 9 классов и ПТУ. \* В армии не служил в связи с заболеванием сердца. \* Непродолжительное время работал охранником. \* Был женат, имеет сына. \* Не работал. \* Ранее к уголовной ответственности не привлекался. \* На учете у психиатра, нарколога он не состоит. \* Обвиняется в убийстве женщины, с которой познакомился в соцсетях, а также в похищении, удержании и изнасиловании своей знакомой. Мать Л. сообщила, что подэкспертный познакомился с потерпевшей через сайт знакомств, в течение 2 лет они поддерживали близкие отношения, после знакомства с ней у Л. стал агрессивный, употреблял спиртное, срывался на нее, говорил, что «если бы не она», то он продолжил бы жить с бывшей супругой. После расставания преследовал ее, караулил у дома, носил в пакете нож, угрожал убийством, избил ее соседку. Насильно удерживал ее в доме в течение 8 дней, избивал, насиловал. Также совершил убийство женщины, с которой познакомился в интернете. Мать высказывала предположение, что потерпевшая «очень сильная колдунья», так как после расставания Л. постоянно стремился к ней, у него «испортилось поведение». Считала, что «был сильный приворот», он «довел» Л. до убийства.

### **Объективный статус**

Мимика обедненная. Фон настроения сниженный, раздражителен. На вопросы отвечает излишне детализировано, не всегда последовательно. Суждения преимущественно носят внешнеобвиняющий характер, склонен к преувеличениям, гиперболизации. Старается давать социально одобряемые ответы, при этом затрудняется передать эмоциональное состояние знакомых, с которыми общался, объяснить мотивы их поведения. В ходе беседы постоянно вспоминает мать, говорит о своей привязанности к ней, о том, что она «очень сильный человек», под ее влиянием у него «изменились взгляды на жизнь, мать навязала свое мнение». Отмечает, что в детстве имел лишь двух близких друзей, однако потерял контакты с ними, в последнее время общается только с матерью. Сообщает, что с юношеского возраста у него возникает эпизоды сниженного настроения, когда не выходил из дома, ничем не занимался. Неохотно, после настойчивых расспросов сообщает, что примерно с 25 лет у него «начались проблемы, не складывались длительные серьезные отношения, не было детей», добавляет, что отмечалась «слабость эрекции». Мать «настраивала» его против жены, говорила, что она «нагуляла ребенка», настаивала на генетической экспертизе. «Плохо себя чувствовал, на стенку лез, была нервозность, рука дергалась», нарушились сон и аппетит, похудел, не мог сконцентрироваться, чем-либо заниматься. Признается, что своими переживаниями делился с матерью, которая настаивала на том, чтобы он обратился к знахарке. Говорит, что мать и он убеждены в том, что после

расставания жена на него «навела порчу». «Порча» была наведена и на мать, она «похудела, лежащая стала». Они с матерью обращались к врачу – «не помогло». Отмечал благоприятное воздействие «гипноза знахарки» – «был прилив сил, душа успокаивалась». При этом аффектируется, рассуждает о грехах, суеверии. Воскликает: «Вы не понимаете, что такое порча!». Затем заявляет, что зря все это сказал, замыкается. Мышление непоследовательное, с единичными соскальзываниями. Эмоциональные реакции однообразные. Критические способности нарушены.

**Для дальнейшего обследования стационаре необходимо провести**

- мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- не мог в полной мере
- не мог

**Результаты обследования**

**У подэкспертного в настоящее время отмечается**

- шизоидное расстройство
- психастенический синдром
- синдром нарастающей шизоидизации
- акцентуация характера

**У подэкспертного имеются признаки синдрома**

- психоорганического
- галлюцинационного
- ипохондрического бреда
- астеноипохондрического

**Мышление подэкспертного можно характеризовать как**

- теоретическое
- магическое
- эгоцентрическое
- религиозное

**Высказывания о «порче» следует отнести к**

- параноиду
- парафрении
- конформному бреду
- паранойе

**Поведение подэкспертного в отношении потерпевшей является отражением**

- сверхценных идей
- параноидного бреда
- дисфории
- аффективного расстройства

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- сверхценных идей
- параноидного бреда
- дисфории
- аффективного расстройства

**Диагноз**

**Псевдоневротическую шизофрению следует дифференцировать с расстройством**

- невротическим
- бредовой ипохондрией
- когнитивным
- поведения

**Псевдопсихопатическая, псевдоневродоневротическая и бедная симптомами шизофрения считаются формами**

- расстройств личности
- шизофрении (прогредиентной)
- шизофрении (малопрогредиентными)
- невротических расстройств

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F21.3
- F21.8
- F21.4
- F21.1

**В период инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими Л.**

- не мог в полной мере
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог

- мог

**По своему психическому состоянию в настоящее время Л. нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь**

- не мог в полной мере
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- мог

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный С., 32 года. Обвиняется в убийстве целительницы-экстрасенса, в связи с возбуждением уголовного дела назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

\* Сниженное настроение \* тревога

### **Анамнез заболевания**

С детства формировался малообщительным, замкнутым, одиноким. В подростковом возрасте появились опасения неизлечимо заболеть, прислушивался к телесным ощущениям. Появились периоды сниженного настроения, пессимистично оценивал будущее. Стал еще более замкнутым, одиноким. В дальнейшем постоянно обследовался в разных медицинских центрах, однако признавался здоровым. На обследование потратил 600 тысяч, брал кредиты. По совету знакомого обратился к целительнице, которая провела с ним ритуалы, дала какие-то порошки. После этого почувствовал себя хуже, пытался с ней объяснить. Целительница стала его запугивать, сказала, что если не продолжить ритуал, то умрет он и его близкие. У подэкспертного на фоне усугубления ипохондрических расстройств развилось психотическое состояние, в этом состоянии он и совершил убийство. В следственном изоляторе он в течение 2 месяцев находился в психиатрическом отделении с диагнозом «Шизофрения». К моменту экспертизы из психотического состояния он вышел.

### **Анамнез жизни**

\* Постоянно проходил обследования у различных специалистов \* Работал курьером \* Наблюдался и обследовался у невролога и терапевта с диагнозами

«Вегето-сосудистая дистония», «Неврастения», «Гастрит» \* Ранее к уголовной ответственности не привлекался \* На учете в ПНД, НД не состоял

### **Объективный статус**

Держится несколько напряженно, настроение снижено. Контакт доступен, подробно рассказывает, что целительница «стала тянуть из него деньги». Когда он указал на невозможность дальше оплачивать ее услуги, стала угрожать, сказала, что с ним и его близкими случится «что-то ужасное». Вскоре после этого появились крайне неприятные ощущения в области желудка, чувство распирания, переливания, как будто его надули воздухом. Испытывал страх, настроение резко снизилось. Внезапную смерть сестры воспринял как реализацию угроз целительницы, понял, что она будет его преследовать, пока он и его семья не умрет. Чувствовал себя игрушкой в ее руках, появилось желание покончить с собой, чтоб не подвергаться «пыткам с ее стороны». Решил поехать к ней и поговорить, просить, чтоб она оставила его в покое. Стал умолять ее не губить. Она же смотрела на него странным взглядом, делала вид, что не понимает, о чем он говорит. Ее взгляд будто «выжигал его изнутри, впивался в мозг», вызвал страх и панику. Плохо помнил, как задушил ее и выбежал из квартиры. После ареста, несмотря на следственную ситуацию, почувствовал себя лучше, «избавился от страшного». Предъявляет жалобы на тревогу, сниженное настроение, утомляемость, вялость, опасения, что болен. Подробно описывает различные неприятные телесные ощущения. С подозрением относится к предлагаемой еде, спрашивает, не может ли это ему повредить. Намеревается продолжить обследования, интересуется возможностью различных консультаций и анализов. Больше озабочен состоянием здоровья, чем сложившейся судебно-следственной ситуацией. Мышление с тенденцией к резонерству, эмоциональные реакции маловыразительные, критические способности снижены.

### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- не мог в полной мере
- не мог
- с высокой степенью вероятности не мог
- мог

### **Результаты обследования**

### **У больного в настоящее время имеются расстройства**

- астеноипохондрические
- маниакальные
- бредовые

- сознания

**В период правонарушения у подэкспертного наблюдался синдром**

- амнестический
- истеро-ипохондрический
- депрессивно-параноидный
- парафренный

**Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии расстройств**

- умственной отсталости
- личностных расстройств
- эндогенного спектра
- органической патологии

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- умственной отсталости
- личностных расстройств
- эндогенного спектра
- органической патологии

**Диагноз**

**Псевдоневротическую шизофрению следует дифференцировать с расстройством**

- когнитивным
- поведения
- невротическим, связанным со стрессом и соматоформным
- бредовой ипохондрией

**Психическое расстройство, наблюдавшееся в период правонарушения, следует расценивать как**

- диссоциативный (истерический) психоз
- приступ шизофрении
- психогенный реактивный психоз
- шизофреническую реакцию

**Экспертный диагноз следует сформулировать как**

- псевдоневротическая шизофрения, в период инкриминируемого ему деяния шизофреническая реакция
- шизофрения параноидная, эпизодическое течение
- расстройство личности, декомпенсация
- эскалация шизофренического процесса

**Указанные психические расстройства относятся к расстройствам**

- личности
- соматогенным
- эндогенного спектра
- адаптации

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F20.0, F21.2
- F23.2 , F21.2
- F43.0, F21.2
- F21.3, F21.2

**В период инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими С.**

- мог
- не мог в полной мере
- с высокой степенью вероятности не мог
- не мог

**По своему психическому состоянию в настоящее время С. нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь**

- мог
- не мог в полной мере
- с высокой степенью вероятности не мог
- не мог

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Больная М., 26 лет. Привлечена к уголовной ответственности по ст. 111 ч. 4 УК РФ, в ходе следствия ей назначена судебная стационарная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. Находится в судебно-психиатрическом

экспертном отделении. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; вменяемости; определения соответствия ранее примененных к М. мер профилактики общественной опасности ее психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства М. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида. По заключению комиссии экспертов рекомендовано признать М. невменяемой.

### **Жалобы**

На раздражительность

### **Анамнез заболевания**

М. родилась недоношенная весом 2,2 кг. Наследственность отягощена алкоголизмом родителей. С раннего детства отставала в физическом и психическом развитии. После смерти отца мать лишена родительских прав, М. определена в дом-интернат. С 5 лет появились приступы «агрессии», во время которых «кричит, бьет, кусает детей, бросает игрушки, ломает мебель, нецензурно бранится». С 7 лет обучалась во вспомогательной школе, училась слабо, пропускала занятия, бесцельно бродила по городу. Алкогольные напитки употребляет с 11 лет, с 14 лет сформировался абстинентный синдром, толерантность составляет 1 литр крепких спиртных напитков в день. Окончила 9 классов специальной коррекционной школы. В 18 лет поступила в училище по специальности «швея». За период обучения отмечались «эпизоды агрессивности, била стекла, раскидывала вещи, злоупотребляла алкогольными напитками», образование не завершила. Вместе с братом как сироты получили двухкомнатную квартиру, через несколько месяцев больная устроила в квартире пожар с суицидальной целью по причине того, что «брат с ней мало общается, не обращает на нее внимание». В последующем постоянного места жительства не имела, жила у случайных знакомых, бродяжничала, злоупотребляла алкоголем. Не работала, пособие по безработице, пенсию по инвалидности не оформляла. Имелись приводы в полицию, неоднократно привлекалась к административной ответственности. С частотой примерно один раз в год попадала в поле зрения психиатров. Записи в амбулаторной карте: «живет с братом, доставлена в центральную районную больницу в состоянии опьянения»; «конфликтовала с братом, была агрессивна, были приводы в полицию «за пьянство»; «осмотрена в изоляторе временного содержания, куда была доставлена в связи с неадекватным поведением, данных о психозе нет»; «доставлена сотрудниками полиции на экспертизу опьянения; живет с сожителем, ведет асоциальный образ жизни; нигде не работает, постоянно употребляет алкоголь». Лечения не получала, под диспансерным наблюдением у психиатра и психиатра-нарколога не состоит.



### **Анамнез жизни**

Родители М. алкоголизировались, отец умер, когда больной было 4 года, мать лишена родительских прав. М. воспитывалась в доме-интернате. Окончила 9 классов вспомогательной школы. Специальности не имеет. В 17 лет родила ребенка, которого оставила в роддоме, дальнейшую его судьбу не отслеживала. Постоянного места жительства не имеет, не работает. В состоянии алкогольного опьянения М. нанесла гражданину А. множественные удары гвоздодером, от полученных повреждений последний скончался.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Ориентирована верно. Настроение снижено, контакту доступна, беседует неохотно. Эмоциональные реакции неустойчивые, склонна к повышенной раздражительности, импульсивным поступкам. На вопросы отвечает кратко. Фиксирует внимание на том, что у нее бывает состояние, «когда злость нападает», при этом не может сдержаться, ведет себя агрессивно – вступает в драки, наносит телесные повреждения окружающим. Активно, с бравадой рассказывает о многолетней ежедневной алкоголизации. Описывает попытку суицида, во время которой устроила пожар в квартире. Бравирует своим поведением. Аффективно неустойчива, легко раздражается, при расспросе на неприятные для нее темы повышает голос, кричит. Галлюцинаторно-бредовых расстройств не выявлено. Мышление конкретное, тугоподвижное, абстрагирование не доступно. Однако ориентирована в бытовых вопросах. Навыки чтения, счета, письма сформированы. Критика к своему состоянию и совершенному правонарушению отсутствует. В период пребывания в экспертном отделении отмечались вспышки беспричинной агрессии к окружающим на фоне тоскливо-злобного аффекта. По данным психологического обследования: значительные изменения эмоционально-волевой сферы (нарушения контроля поведения и проявления эмоций, импульсивность, выраженный дефицит навыков планирования, прогнозирования деятельности, критических способностей). Коэффициент умственного развития 67. Низкий уровень актуальных и потенциальных способностей интеллекта, недоразвитие основных мыслительных операций (конкретность мышления, недоступность абстрагирования, слабость аналитико-синтетических функций), низкая способность к обучению, переносу усвоенного способа действий на аналогичные условия, отсутствие познавательной активности в рамках олигофренического патопсихологического симптомокомплекса на фоне замедленности темпа умственной деятельности, инертности психических процессов, явлений трудной вработываемости в сочетании с истощаемостью при однообразной нагрузке.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 М. можно поставить диагноз**

- мог
- не мог в полной мере
- с высокой степенью вероятности не мог
- не мог

## **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, мерой первичной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к М. в период до совершения правонарушения, является**

- консультативно-лечебная помощь
- активное диспансерное наблюдение
- обязательное лечение у психиатра-нарколога
- диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к факторам риска общественно опасного поведения М. относится**

- недоступность абстрагирования
- низкая способность к обучению
- зависимость от алкоголя
- отсутствие познавательной активности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению М. повторных общественно опасных действий, относятся**

- когнитивные нарушения
- расстройства схемы тела
- парамнезии
- выраженные нарушения поведения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период проведения судебно-психиатрической экспертизы потенциальная общественная опасность М.**

- отсутствует
- сохраняется
- значительно снизилась
- низкая

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в настоящее время М. нуждается в**

- лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, на общих основаниях
- обязательном лечении от алкоголизма
- направлении в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами
- назначении принудительных мер медицинского характера

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при выборе вида принудительных мер медицинского характера в отношении М. следует учитывать**

- низкий уровень интеллекта
- сниженную способность к обучению
- высокую степень нарушения когнитивных функций
- наличие выраженных нарушений поведения и эмоциональной сферы

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для профилактики повторного общественно опасного поведения М. необходимо назначить принудительное**

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа
- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, целями применения принудительных мер медицинского характера в отношении М. являются**

- улучшение психического состояния и социальная реабилитация
- улучшение психического состояния и предупреждение совершения новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части Уголовного кодекса Российской Федерации
- достижение ремиссии психического заболевания и восстановление трудоспособности
- излечение от психического расстройства и решение социальных вопросов

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной М. должно быть обеспечено**

- комплексное применение психофармакотерапии и электросудорожной терапии
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- назначение антипсихотических препаратов второго поколения

**Продолжительность применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной М. будет определяться**

- формированием приверженности терапии
- психическим состоянием
- выполнением индивидуальной программы реабилитации
- тяжестью совершенного правонарушения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для прекращения применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния М. с отсутствием**

- формированием приверженности терапии
- психическим состоянием
- выполнением индивидуальной программы реабилитации
- тяжестью совершенного правонарушения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Ш., 40 лет. Привлечена к уголовной ответственности по ч.1 ст. 161, ч.3 ст. 30, п. «б» ст.158, ч.1 ст. 139 УК РФ (в попытке кражи сотового телефона, продуктов питания, проникновении в чужое жилище). В ходе следствия Ш. назначена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза. Находится в амбулаторном отделении судебно-психиатрических экспертиз. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; вменяемости; определения соответствия ранее примененных к Ш. мер профилактики общественной опасности ее психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства Ш. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида. По заключению комиссии экспертов в момент совершения инкриминируемых ей деяний она не могла осознавать фактический характер и общественную

опасность своих действий и руководить ими, рекомендовано признать Ш. невменяемой.

### **Жалобы**

На периодически возникающие головные боли.

### **Анамнез заболевания**

Беременность у матери протекала с угрозой прерывания в первом триместре. После рождения у Ш. был выявлен правосторонний гемипарез. В 1992 г. развился первый эпилептический пароксизм с потерей сознания; был установлен диагноз: «киста правого бокового желудочка, правосторонний гемипарез, синдром Джексона». Оформлена II группа инвалидности по общему заболеванию. С 1995 г. Ш. наблюдалась психиатром с диагнозом: «киста правого бокового желудочка, правосторонний гемипарез, Джексоновская эпилепсия». С 18 лет злоупотребляла алкогольными напитками, толерантность – 1 литр крепких спиртных напитков в день, имели место амнестические формы опьянения. С 20 лет неоднократно находилась на лечении в психиатрических и наркологических стационарах, состояла под диспансерным наблюдением у психиатра. В 2002 г. в связи с зависимостью от алкоголя была поставлена на учет в наркологический диспансер. В 2006 г. с суицидальной целью Ш. приняла большую дозу феназепама, лечилась в отделении токсикологии (выписной эпикриз отсутствует). В 2013 г., находясь в местах лишения свободы, была госпитализирована в специализированную психиатрическую больницу УФСИН по Ярославской области, где находилась в течение двух месяцев. Причина госпитализации - наличие эмоциональных расстройств, сопровождавшихся нарушением поведения, тревогой. В период стационарного лечения на электроэнцефалограмме была выявлена пароксизмальная эпилептиформная активность в виде комплексов «острая медленная волна» в лобных отведениях с акцентом на левое полушарие. Выписывалась с диагнозом: «органическое расстройство личности в связи с кистой мозга, редкими генерализованными судорожными припадками, тревожно-фобическими расстройствами». С 31.01.2014 г. по 02.02.2014 г. лечилась в МСЧ УФСИН с диагнозом: «криптогенная эпилепсия с частыми генерализованными тонико-клоническими судорогами». После освобождения из мест лишения свободы алкоголизировалась, неоднократно переносила травмы головы с потерей сознания, за медицинской помощью не обращалась. Лечение по поводу имеющейся неврологической, психической и наркологической патологии не получала, психиатра и психиатра-нарколога не посещала. Конфликтовала с родственниками и соседями, в связи с чем привлекалась к административной ответственности.

## **Анамнез жизни**

Родилась третьим ребенком в неблагополучной семье - родители алкоголизировались, привлекались к уголовной ответственности. Раннее развитие Ш. протекало без особенностей. С трех лет посещала детский сад. В 6 лет поступила в школу, пропускала занятия, нарушала школьную дисциплину, с программой обучения не справлялась, в 6 классе обучение прекратила. В дальнейшем не училась, специальности не имеет. Проживала вместе с матерью и старшей сестрой. В 17 лет вышла замуж, первая беременность была прервана по медицинским показаниям в связи с наличием у Ш. неврологической патологии (киста правого бокового желудочка головного мозга), которая в тот период времени осложнилась гидроцефалией. В возрасте 18 лет родила дочь. Проживала вместе с мужем, не работала. Алкоголизировалась, неоднократно совершала правонарушения (кражи, грабежи), отбывала наказание в местах лишения свободы. В ночь на 25.06.2017 г., находясь в состоянии алкогольного опьянения, через окно проникла в чужую квартиру и уснула в кровати рядом с незнакомой женщиной-инвалидом, напугав последнюю. Обвиняется в попытке кражи сотового телефона, продуктов питания, проникновении в чужое жилище.

## **Объективный статус**

Соматическое состояние: Состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается мраморность кожных покровов. В надлобковой области застарелый рубец от кесарева сечения, на левом бедре и в подколенной области застарелые посттравматические рубцы, на левом предплечье от кисти до начала плечевой области свежий продольный порез. В анамнезе хронический спастический колит, дисбактериоз. Неврологическое состояние: Заключение невролога: «Последствия поражения ЦНС сложного генеза (травматического, интоксикационного). Эписиндром». Психическое состояние: Сознание ясное, правильно ориентирована в месте, времени, собственной личности. Контакту доступна, на вопросы отвечает в плане заданного, обстоятельно. Выражение лица грустное. Сообщает, что с детства росла «нервной», вспыльчивой, обидчивой, плаксивой, часто беспокоили головные боли, головокружения, «страх того, что с ее родными может что-нибудь произойти», с 10 лет отмечались судорожные припадки, последний был примерно 1,5 года назад. С 18 лет «для улучшения настроения, успокоения», «улучшения сна» начала употреблять спиртные напитки, в том числе содержащие спирт аптечные настойки, сформировалась психическая и физическая зависимость от алкоголя. В состоянии алкогольного опьянения совершала суицидальные попытки, правонарушения, по поводу которых ранее была осуждена. О правонарушениях говорит, что была «пьяная», «не соображала». Суждения поверхностные, облегченные. Отмечается негрубое снижение памяти, интеллекта. Эмоциональные реакции неустойчивые,

настроение переменчивое, часто отмечается пониженный фон, склонна к повышенной раздражительности, плаксивости, обидчивости, импульсивным поступкам, аутоагрессии. Волевые побуждения снижены. Критика к своему состоянию и совершенному правонарушению нарушена. При психологическом исследовании \* \_ \_ \* выявляется способность Ш. к выполнению основных мыслительных операций, при этом отмечается невысокий уровень обобщения, в единичных случаях с актуализацией латентных свойств предметов. Испытуемая в целом способна передать условный смысл известных ей пословиц и метафорических выражений, однако отмечается некоторая нечеткость формулировок. Логические отношения устанавливает преимущественно с организующей коррекцией. Вербальные ассоциации в основном соответствуют словам-стимулам, при этом в некоторых случаях отмечается увеличение латентного времени ответа на более сложные стимулы. Темп ассоциирования средний. Непосредственная механическая память без нарушений. Внимание недостаточной концентрации, истощаемо. Личностные особенности характеризуются эгоцентричностью, упрямством, требовательностью к другим, сензитивностью в отношении собственной личности, обидчивостью, раздражительностью, склонностью к застреванию на отрицательно окрашенных переживаниях, нетерпимостью к внешнему давлению. При этом отмечается эмоциональная холодность в отношении окружающих, низкий уровень эмпатии, склонность к внешнеобвиняющим тенденциям, агрессии.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Ш. можно поставить диагноз**

- формированием приверженности терапии
- психическим состоянием
- выполнением индивидуальной программы реабилитации
- тяжестью совершенного правонарушения

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза мерой первичной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной Ш. в период до совершения правонарушения, является**

- обязательное лечение у психиатра-нарколога
- диспансерное наблюдение
- активное диспансерное наблюдение
- консультативно-лечебная помощь

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам риска общественно опасного поведения больной Ш. относится**

- поверхностность суждений
- психоорганический синдром
- когнитивный дефицит
- зависимость от алкоголя

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к клинко-психопатологическим факторам, способствующим совершению Ш. повторных общественно опасных действий, относятся**

- конфабуляции
- сверхценные идеи
- выраженные нарушения эмоциональной сферы
- расстройства восприятия

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в период проведения судебно-психиатрической экспертизы потенциальная общественная опасность Ш.**

- значительно снизилась
- низкая
- сохраняется
- отсутствует

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса Ш. нуждается в**

- направлении в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами
- обязательном лечении от алкоголизма
- назначении принудительных мер медицинского характера
- недобровольной госпитализации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при выборе вида принудительных мер медицинского характера в отношении Ш. следует учитывать наличие**

- расстройств восприятия
- выраженных нарушений эмоциональной сферы
- когнитивных нарушений
- интеллектуального снижения



**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для профилактики повторного общественно опасного поведения Ш. необходимо назначить принудительное**

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса противопоказанием для вынесения судебными психиатрами-экспертами рекомендаций о назначении Ш. принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях является**

- неспособность к абстрагированию
- низкий уровень интеллекта
- нарушение трудоспособности
- зависимость от алкоголя

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной Ш. должно быть обеспечено**

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- назначение антипсихотических препаратов с преимущественно седативным действием
- комплексное применение психофармакотерапии и трудотерапии
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием

**Продолжительность применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной Ш. будет определяться**

- психическим состоянием
- характером совершенного правонарушения
- выполнением индивидуальной программы реабилитации
- повышением социальной адаптации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для прекращения применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Ш. с отсутствием**

- психическим состоянием
- характером совершенного правонарушения
- выполнением индивидуальной программы реабилитации
- повышением социальной адаптации

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Больная Д., 32 года. Привлечена к уголовной ответственности по п. «в» ч. 2 ст. 158 УК РФ (кража). В ходе следствия ей назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Находится в судебно-психиатрическом экспертном отделении. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; вменяемости; определения соответствия ранее примененных к Д. мер профилактики общественной опасности ее психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства Д. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида. Решаются вопросы: адекватности ранее примененных к Д. мер профилактики общественной опасности; наличия связи психического расстройства Д. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; эффективных мерах предупреждения повторного противоправного поведения Д.; назначения и выбора вида принудительных мер медицинского характера, особенностей их исполнения. По заключению комиссии экспертов рекомендовано признать Д. невменяемой.

**Жалобы**

На слабость, «отсутствие сил».

**Анамнез заболевания**

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Роды у матери были стремительные. С раннего детства Д. была капризной, склонной к истерическим формам реагирования, не смогла адаптироваться в детском дошкольном учреждении. Воспитывалась в условиях потворствующей гиперопеки: «всего добивалась криками и истерикой». В течение последних десяти лет употребляла различные психоактивные вещества: амфетамины, кокаин, анаша, героин, алкоголь, энергетические напитки. Был трехмесячный

период, когда ежедневно употребляла опиаты. Сформировался абстинентный синдром, который пыталась облегчить приемом алкоголя. Стала совершать кражи и продавать из дома вещи, брала кредиты. В 2011 г. Д. находилась на лечении в наркологическом стационаре с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления нескольких психоактивных веществ. Синдром зависимости. Синдром отмены средней степени тяжести». В процессе наблюдения была конфликтна с пациентами, выписана в сопровождении матери досрочно. В 2012 г. Д. совершила кражу вещей из супермаркета, находилась под следствием. Уголовное дело было прекращено по ст. 25 УПК РФ. Со слов матери, странности в поведении Д. наблюдались с 2012 г., когда она стала говорить, что ее «короновали», считала, что на нее «навели порчу ее подруга и гражданский муж». Появились ритуальные действия: входила в дверь, прыгая через порог, при этом смотрела вверх и вниз несколько раз, молилась и заставляла молиться мать. Своего поведения никак не объясняла. Включала стиральную машину на режим полоскания по шесть раз подряд. Постоянно опасалась заражения СПИДом, отрицательные анализы ее не убеждали, все равно была уверена, что больна. Рассказывала матери о том, что бывший молодой человек, находящийся в местах лишения свободы, «подсылает убийц, которые следят за ней». Вела праздный образ жизни: спала до обеда, а потом уходила гулять, иногда пропадала на несколько дней. Конфликтовала с матерью, угрожала ей. В 2016 г. Д. дважды лечилась в психиатрическом стационаре с диагнозом «Психотическое расстройство, связанное с употреблением амфетаминов, преимущественно с маниакальными симптомами». При поступлении находилась в состоянии психомоторного возбуждения, настроение было приподнятое с дисфорическим оттенком, в период одной из госпитализаций ударила заведующую отделением кулаком в лицо, угрожала окружающим расправой, нецензурно бранилась, оскорбляла врача. На фоне терапии антипсихотическими препаратами и анксиолитиками состояние улучшалось. Выписывалась под наблюдение участкового нарколога с рекомендацией приема поддерживающей терапии. После выписок к психиатру и наркологу не обращалась, назначенные препараты не принимала. Продолжала общаться с социально неблагополучными приятелями, употреблять психоактивные вещества. Конфликтовала с матерью и соседями. Будучи помещенной в следственный изолятор по данному уголовному делу, предъявляла жалобы на навязчивые мысли, переживания о том, что с ней случится «что-то плохое». Сообщала, что периодически слышит «голос», который «оказывает поддержку, веселит». Была эмоционально лабильна, могла смеяться без причины. Высказывала угрозы в адрес консультировавшего ее психиатра, соседей по камере. Вербальной коррекции поддавалась с трудом. Критика к состоянию

была нарушена. Проводилась психофармакотерапия рисполептом, труксалом, хлорпротексеном, карбамазепином, сероквелем.

### **Анамнез жизни**

Воспитывалась единственным ребенком в неполной семье (матерью). В детском и подростковом возрасте у Д. обнаружилось способности к гуманитарным дисциплинам, посещала театральный кружок. В школу пошла с 8 лет, окончила 9 классов. Обучалась в колледже по специальности «юриспруденция», однако стала пропускать занятия, а затем обучение прекратила. Некоторое время посещала «курсы моделей». Обучалась в экономическом ВУЗе, который не окончила. В течение трех лет работала танцовщицей в ночном клубе. Замужем официально не была, состояла в гражданском браке, детей не имеет. В последнее время проживала с матерью, не работала. Совершила кражу денежных средств, в связи с чем привлечена к уголовной ответственности.

### **Объективный статус**

Соматическое состояние. Среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Вены в области предплечий уплотнены, склерозированы. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 уд/мин. Артериальное давление 115/70 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Заключение терапевта: «Хронический пиелонефрит. Хронический бронхит. Хронический токсический гепатит». Заключение эндокринолога: «Дисфункция яичников репродуктивного возраста. Гиперпролактинемия. Вторичная аменорея». Заключение невролога: «Последствия поражения ЦНС сложного генеза (раннего, токсического). Остеохондроз поясничного отдела позвоночника». Психическое состояние. Контакт с подэкспертной носит формальный малопродуктивный характер в связи с выраженными структурно-логическими нарушениями мышления, цель направления на экспертизу недопонимает. В суждениях непоследовательна, на вопросы отвечает преимущественно не по существу. Свои предыдущие госпитализации в психиатрический стационар связывает с употреблением наркотиков, говорит, что амфетамин «давал ей общение, без него была не уверена в себе, не нравилась внешность». Вне контекста беседы начинает кричать на членов комиссии: «чего вы здесь сидите, вы ничего не понимаете, я наркоманка, вы даже не знаете, что такое наркоманка!». Данные медицинской документации опровергает: «я что, похожа на танцовщицу в баре?», «я – администратор в маминном салоне!». Напряжена, подозрительна, аффективно неустойчива, возбуждена. Высказывает идеи, что окружающие ее обсуждают, понимает это «по их взглядам, разговорам». Отмечает у себя плохое самочувствие, слабость,

отсутствие сил, «гриппозное состояние». Считает, что ее «заразили» сокамерницы «через карамельки». Высказывает мысли, что ей в пищу «подмешивают ядовитые вещества», ощущает их вкус и запах. Поначалу считала, что это делает одна из подэкспертных, в дальнейшем заявляет о вине санитарок, буфетчицы. В отношении инкриминируемого ей деяния амбивалентна: то признает совершение кражи, то категорически отрицает ее. Внезапно заявляет: «сильно в яму не упала, но стояла над падением, ребенка не продала и не съела». Мышление со смысловыми соскальзываниями, нецеленаправленное, с тенденцией к резонерству, элементами разорванности, паралогичностью; критические и прогностические способности грубо нарушены. В отделении адаптировалась постепенно, была манерной, нелепой и непоследовательной в суждениях, неряшливой, болезненные переживания диссимилировала, конфликтовала с соседкой по палате, проявила агрессию к ней, жаловалась на «приступы удушья, нехватки воздуха».

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 Д. можно поставить диагноз**

- психическим состоянием
- характером совершенного правонарушения
- выполнением индивидуальной программы реабилитации
- повышением социальной адаптации

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза мерой первичной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной Д. в период до совершения правонарушения, является**

- наблюдение у психиатра-нарколога
- постановка диагноза хронического психического расстройства с последующим диспансерным наблюдением психиатра
- недобровольная госпитализация в наркологический стационар
- обязательное лечение у психиатра-нарколога

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам риска общественно опасного поведения больной Д. относится**

- ускорение темпа мыслительной деятельности
- отсутствие приверженности труду
- низкий уровень образования
- зависимость от психоактивных веществ

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в период проведения судебно-психиатрической экспертизы потенциальная общественная опасность Д.**

- значительно снизилась
- низкая
- сохраняется
- отсутствует

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к клинико-психопатологическим факторам, определяющим потенциальную общественную опасность Д., относятся**

- когнитивные нарушения
- персонифицированные бредовые идеи отравления
- эмоционально-волевые нарушения
- расстройства мышления в виде паралогичности, разорванности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса Д. нуждается в**

- недобровольной госпитализации
- назначении принудительных мер медицинского характера
- лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, на общих основаниях
- обязательном лечении от наркомании

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при выборе вида принудительных мер медицинского характера в отношении Д. следует учитывать наличие**

- продуктивной психопатологической симптоматики с выраженным нарушением поведения, зависимости от психоактивных веществ
- патологии восприятия со слуховыми и обонятельными галлюцинациями
- зависимости от алкоголя с выраженными нарушениями поведения и эмоциональной сферы
- нарушения мыслительных процессов в виде резонерства, паралогичности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для профилактики повторного общественно опасного поведения Д. необходимо назначить принудительное**

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа
- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса целями применения принудительных мер медицинского характера в отношении Д. являются**

- достижение ремиссии психического заболевания и восстановление трудоспособности
- улучшение психического состояния и предупреждение совершения новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части УК РФ
- излечение от психического расстройства и решение социальных вопросов
- улучшение психического состояния и социальная реабилитация

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной Д. должно быть обеспечено**

- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- комплексное применение психофармакотерапии и трудовой терапии
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием

**Продолжительность применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной Д. будет определяться**

- психическим состоянием
- характером совершенного правонарушения
- выполнением индивидуальной программы реабилитации
- поведением в период исполнения принудительного лечения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для прекращения применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Д. с отсутствием**

- психическим состоянием
- характером совершенного правонарушения
- выполнением индивидуальной программы реабилитации
- поведением в период исполнения принудительного лечения

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больная С., 45 лет. Привлечена к уголовной ответственности по ч. 1 ст. 105 УК РФ (убийство). В ходе следствия ей назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Находится в судебно-психиатрическом экспертном отделении. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; вменяемости; определения соответствия ранее примененных к С. мер профилактики общественной опасности ее психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства С. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида. По заключению комиссии экспертов в момент совершения инкриминируемого ей деяния С. не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, рекомендовано признать ее невменяемой.

### Жалобы

На «спутанность мыслей», нарушение сна

### Анамнез заболевания

Наследственность отягощена алкоголизацией родителей. Раннее развитие без особенностей. В детском возрасте обращала на себя внимание упрямством, неумением ладить с детьми. Время предпочитала проводить в одиночестве дома, подруг не имела, гулять не любила. С младшей сестрой отношения всегда были напряженные, проявляла к ней агрессию. В возрасте 15-16 лет стала черствой и холодной в общении с родителями; появились новые интересы - увлеклась эзотерической и религиозной литературой; стала рассуждать на религиозные темы; увлеклась культом Вуду; интересовалась «строением мозга выдающихся людей». Стала рассеянной, перестала справляться с работой, уходила из дома, бесцельно бродила по улицам. Нарушился сон, ничего не ела, очень похудела. Высказывания носили нелепый характер. Заявляла, что «два месяца уже как умерла, должна снова стать человеком». Часто раздражалась, проявляла физическую агрессию к сестре и отцу. 14.06.2003 г. возникло психомоторное возбуждение - избивала сестру и мать. По скорой помощи госпитализирована в психиатрический стационар. В приемном покое была возбуждена, внутренне напряжена, тревожна. Кричала, что она «колдунья», «превратила в себя другого человека через ментальный канал». Сообщала, что перенесла инсульт и клиническую смерть. Испытывала путаницу мыслей - «поэтому трудно говорить». Была не доступна продуктивному контакту из-за выраженных расстройств мышления в виде аморфности, паралогичности.



Проявляла агрессию к медицинскому персоналу и больным. Установлен диагноз «шизофрения, простая форма», определена 2 группа инвалидности. После выписки из стационара первое время принимала поддерживающую терапию, пыталась работать мойщицей посуды. Через 6 месяцев прекратила прием препаратов, состояние ухудшилось - стала напряженной, злобной, нарушился сон, испытывала страх, тревогу. В последующем неоднократно госпитализировалась в психиатрический стационар в недобровольном порядке в связи с агрессией к близким. В медицинских картах стационарного больного описывались бредовые идеи отношения, высокого происхождения. Диагноз оставался прежним. Критика к заболеванию у С. отсутствовала, участкового психиатра не посещала, после выписок из стационара поддерживающую терапию не принимала. В 2009 г. на фоне отказа от поддерживающей терапии вновь стала нарастать злобность, чувство внутреннего напряжения, нарушился сон. В ходе ссоры с сестрой нанесла ей удар ножом в область расположения жизненно важных органов. Привлекалась к уголовной ответственности по ст. 30 ч.3, ст.105 ч.1 УК РФ (покушение на убийство). По заключению стационарной судебно-психиатрической экспертизы была признана невменяемой, рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. В период исполнения принудительных мер медицинского характера пыталась совершить побег. Критика к заболеванию и совершенному правонарушению отсутствовала. Через 1,5 года принудительное лечение в психиатрическом стационаре было изменено на принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях. В дальнейшем С. многократно госпитализировалась в психиатрический стационар в связи с агрессией по отношению к близким, бредовыми идеями отношения, воздействия. После выписок отказывалась от приема поддерживающей терапии, вновь становилась возбужденной, агрессивной. Высказывала бредовые идеи отношения, «бросалась с ножом на отца», наносила телесные повреждения родителям, о чем имеются записи участкового психиатра в амбулаторной карте. 31.07.17г. С. нанесла отцу не менее 4 ударов ножом в шею и спину, от чего наступила его смерть.

### **Анамнез жизни**

Больная старшая из двоих детей, воспитывалась в полной семье. Взаимоотношения с родителями, сестрой были напряженные. В школу пошла с 7 лет, училась удовлетворительно. Окончила 11 классов, затем медицинское училище. Непродолжительное время работала медицинской сестрой в реанимационном отделении. Уволилась в связи с тем, что перестала справляться с работой. В последующем не работала. Не замужем, проживала с родителями и младшей сестрой.

## **Объективный статус**

Соматическое состояние. Состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, пульс 78 ударов в 1 минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. В анамнезе хронический гастрит, гиперпролактинемия, аменорея, нейроциркуляторная дистония по кардиологическому типу. Заключение невролога. Отдаленные последствия поражения ЦНС сложного генеза. Психическое состояние. Больная многословна, напряжена, неусидчива, тревожна, речь ускорена по темпу, непоследовательная, мышление паралогичное, с разорванностью, соскальзываниями. Активно высказывает бредовые идеи отношения и преследования, заявляет, что ее родные мать и отец генетики, отец был профессором генетики, мать также была генетиком. Люди, с которыми жила до сих пор, выжили настоящих родителей из квартиры и убили их. Считает, что сестра так же не настоящая. Говорит, что сестра убила одну из пациенток в период, когда она (больная) работала в медицинском учреждении. Якобы сестра влила в дыхательную трубку раствор сальбутамола. Заявляла, что в связи с этим ее регулярно вызывали в суд и последний раз в суде угрожали расстрелом. Заявляет, что сестра хотела отравить и ее – «вместо витаминов подложила удобрение». Наличие «голосов» отрицает, галлюцинирующей не представляется. Критика к состоянию, правонарушению отсутствует. В период пребывания в экспертном отделении отмечались колебания настроения, нарушения сна. Постоянно высказывала бредовые идеи отношения в адрес сестры, высказывания носили нелепый характер, выявлялись идеаторные автоматизмы, повышенная раздражительность, конфликтность.

## **На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной С. можно поставить диагноз**

- психическим состоянием
- характером совершенного правонарушения
- выполнением индивидуальной программы реабилитации
- поведением в период исполнения принудительного лечения

## **Диагноз**

## **На основании анализа данных анамнеза мерой первичной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной С. в период до совершения первого правонарушения, является**

- постановка диагноза «параноидная шизофрения» с установлением за больной активного диспансерного наблюдения

- длительная госпитализация в психиатрический стационар в добровольном порядке
- постановка диагноза «параноидная шизофрения» и оказание больной консультативно-лечебной помощи в психоневрологическом диспансере
- направление в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами

**На основании анализа данных анамнеза мерой предупреждения повторного совершения правонарушения, которую следовало применить к больной С. в период исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях, является**

- семейная психотерапия
- изменение вида принудительного лечения с амбулаторного на стационарный
- назначение антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- психофармакотерапия антипсихотиками первого поколения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам риска общественно опасного поведения больной С. относится**

- отсутствие приверженности лечению с отказом от приема психофармакотерапии
- наличие диагноза «шизофрения»
- асоциальный образ жизни
- злоупотребление психоактивными веществами

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в период проведения судебно-психиатрической экспертизы потенциальная общественная опасность С.**

- низкая
- значительно снизилась
- отсутствует
- сохраняется

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к клинко-психопатологическим факторам, определяющим риск совершения С. нового (повторного) правонарушения, относятся**

- бредовые идеи отношения, направленные против сестры
- расстройства мышления в виде паралогичности, разорванности
- интеллектуальные расстройства

- эмоциональные и волевые нарушения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса С. нуждается в**

- длительном помещении в психиатрический стационар
- лечении и наблюдении у врача-психиатра по месту жительства
- назначении принудительных мер медицинского характера
- длительной недобровольной госпитализации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при выборе вида принудительных мер медицинского характера в отношении С. следует учитывать наличие**

- нарушений мыслительных процессов с эмоционально-волевым снижением
- расстройств восприятия со слуховыми и обонятельными галлюцинациями
- частых психотических обострений психического расстройства с аффективно насыщенными бредовыми идеями
- когнитивных нарушений

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при выборе вида принудительных мер медицинского характера в отношении С. следует учитывать наличие**

- психопатоподобных нарушений на фоне интеллектуального снижения
- анамнестических сведений о нарушениях режима психиатрического стационара
- синдрома Котара
- дисморфомании с выраженным депрессивным аффектом

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для профилактики повторного общественно опасного поведения С. необходимо назначить принудительное**

- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной С. должно быть обеспечено**

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и трудовой терапии
- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для прекращения применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния С. с отсутствием**

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и трудовой терапии
- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Г., 31 год. Привлечена к уголовной ответственности по ч. 1 ст. 105 УК РФ (убийство). В ходе следствия ей назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Находится в судебно-психиатрическом экспертном отделении. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; вменяемости; определения соответствия ранее примененных к Г. мер профилактики общественной опасности ее психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства Г. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида. По заключению комиссии экспертов в момент совершения инкриминируемого ей деяния Г. не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, рекомендовано признать ее невменяемой.

### **Жалобы**

Не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

Данных о наследственной отягощенности нет. Г. воспитывалась в неблагополучной семье. Родители злоупотребляли алкогольными напитками, воспитанием детей не занимались. С детства Г. отставала в психическом и физическом развитии, отмечались снововорение, снохождение. В общеобразовательную школу поступила своевременно, но с программой не справлялась, дублировала 1 и 2 классы. Была консультирована психиатром, при осмотре отмечено, что Г. дезориентирована во времени и месте, речь ее дизартрична, она имеет низкий уровень интеллекта и нарушение памяти, ее суждения примитивны и не соответствуют возрасту. По решению медико-педагогической комиссии Г. продолжила обучение во вспомогательной школе-интернате, где училась пропускала занятия, конфликтовала с другими учащимися и администрацией, бродяжничала, совершала мелкие кражи. После окончания трех классов обучение прекратила. В дальнейшем не училась. Со слов Г. – она неоднократно переносила травмы головы с потерей сознания, за медицинской помощью не обращалась. Алкоголь употребляет с 12 лет. С подросткового возраста сформировался синдром зависимости от алкоголя – алкоголизировалась в компании лиц, ведущих асоциальный образ жизни, толерантность составляла более литра крепких спиртных напитков в день. Употребляла алкоголь и его суррогаты, в том числе технический спирт. Состояла под диспансерным наблюдением у психиатра, ей была определена 2 группа инвалидности. В 2012 году в связи с переездом в другой город с диспансерного наблюдения была снята. По новому месту жительства к психиатру не обращалась, на дому не посещалась.

### **Анамнез жизни**

Воспитывалась в многодетной семье. Мать убили, когда Г. было 13 лет, в последующем она проживала с отцом. Окончила 3 класса вспомогательной школы-интерната. Специальности не имеет. Является инвалидом 2 группы бессрочно. После смерти отца общения с братьями не поддерживала; замужем не была, детей нет. После продажи дома она не имеет постоянной регистрации. Неоднократно Г. привлекалась к административной ответственности за распитие спиртных напитков и появление в общественных местах в нетрезвом виде. Проживала с сожителем, по месту жительства характеризовалась отрицательно - систематически употребляла спиртные напитки, на нее неоднократно поступали жалобы от соседей в РОВД по поводу шумных компаний в квартире. Соседи указывали, что по характеру Г. вспыльчивая, неуравновешенная, в состоянии алкогольного опьянения ведет себя агрессивно, неуправляема, конфликтная, хитрая, изворотливая, склонна к обману. Дважды она была осуждена по ст. 158 УК РФ (совершение краж) к условному сроку лишения свободы. 18 августа 2017 года, будучи в состоянии

алкогольного опьянения, нанесла сожителю удар ножом в область сердца, от чего последний скончался на месте.

### **Объективный статус**

Соматическое состояние. Среднего роста, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски и влажности. На внутренней поверхности правого предплечья, передней и боковой поверхности шеи следы от самопорезов, в области левого предплечья рубец от ожога, на передней брюшной стенке два рубца, многочисленные рубцы волосистой части головы. Травматическое искривление костей носа. Тоны сердца ясные. АД 110/80. Дыхание жесткое, прослушивается с обеих сторон. Хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Заключение терапевта: «Хронический гастрит». Заключение эндокринолога: «Нарушения углеводного обмена. Гиперпролактинемия». Заключение невролога. «Последствия поражения ЦНС сложного генеза (раннего, травматического, токсического)». Психическое состояние. Ориентирована формально верно. Правильно называет свои фамилию, имя. Знает, что находится в психиатрическом стационаре, называет текущий месяц, год, но путается в текущей дате. Мимика маловыразительная, однообразная. На вопросы отвечает в плане заданного, односложно, не полно, противоречиво, после пауз, затрудняется в указании точных дат. Некоторые вопросы не осмысливает. Речь короткими фразами, словарный запас беден. Считает себя психически здоровым человеком. Цель проведения экспертизы не понимает. В процессе беседы периодически раздражается, замолкает, на вопросы не отвечает, через некоторое время сама возобновляет беседу. Сообщает, что алкогольные напитки употребляет с 12 лет, в последнее время пила по несколько дней, употребляла суррогаты алкоголя. В состоянии опьянения неоднократно получала травмы головы. В последнее время проживала с сожителем, нигде не работала, «жили на пенсию». О правонарушении рассказывает по-разному, то «не убивала, спала», то «была пьяная, разозлил». Суждения примитивны, поверхностны. Смысл метафор и пословиц не объясняет, запас общеобразовательных знаний мал. За время пребывания в отделении определенных занятий не имеет, возникали неоднократные конфликтные ситуации с другими подэкспертными. Мышление конкретное, замедленное по темпу, суждения поверхностные. Память и интеллект недоразвиты. Эмоциональные реакции неустойчивые, склонна к повышенной раздражительности, вспыльчивости, агрессивности, импульсивным поступкам. Фон настроения переменчив. Обманы восприятия отрицает. Бредовых идей не высказывает. Критика к своему состоянию и совершенному правонарушению нарушена. При психологическом исследовании испытуемая способна к проведению несложных обобщений с выделением практически значимых признаков функционального уровня.

Условный смысл широко известных метафорических выражений и пословиц не понимает. Ориентирована на поверхностные внешние связи между объектами. Содержание рассказа передать не смогла, общий смысл усвоила не в полном объеме, несмотря на настойчивую коррекцию. Внимание недостаточной концентрации, неравномерное. Непосредственная и опосредованная память нарушены. Коэффициент умственного развития 41. Личностные особенности характеризуются личностной примитивностью, выявляются трудности конструктивного разрешения проблемных и конфликтных ситуаций. Также отмечается уязвимое самолюбие, ранимость в отношении критических замечаний со стороны окружающих, обидчивость, эгоцентрическая сосредоточенность на своих проблемах в сочетании с потребностью в одобрении и поощрении. Выявляются эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражительность, тенденция к аффективным вспышкам. Прогностические и критические способности нарушены.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Г. можно поставить диагноз**

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и трудовой терапии
- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием

## **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, мерой профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной Г., является**

- диспансерное наблюдение
- обязательное лечение у психиатра-нарколога
- консультативно-лечебная помощь
- активное диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к факторам риска общественно опасного поведения Г. относится**

- низкая способность к обучению
- нарушение трудоспособности
- асоциальный образ жизни
- диагноз умственной отсталости



**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению Г. общественно опасных действий, относятся**

- когнитивные нарушения
- выраженные нарушения поведения
- неоднократно перенесенные травмы головы
- расстройства восприятия

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период проведения судебно-психиатрической экспертизы потенциальная общественная опасность Г.**

- значительно снизилась
- отсутствует
- сохраняется
- низкая

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в настоящее время Г. нуждается в**

- активном диспансерном наблюдении
- назначении принудительных мер медицинского характера
- обязательном лечении от алкоголизма
- направлении в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при выборе вида принудительных мер медицинского характера в отношении Г. следует учитывать**

- снижение способности к обучению
- низкий реабилитационный потенциал
- тяжесть совершенного противоправного деяния
- наличие выраженных нарушений поведения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для профилактики повторного общественно опасного поведения Г. необходимо назначить принудительное**

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа
- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса противопоказанием для вынесения судебными психиатрами-экспертами рекомендаций о назначении Г. принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях является наличие**

- нарушений поведения с отсутствием критики к заболеванию
- нарушений мышления с эмоционально-волевым снижением
- расстройств восприятия
- нарушений памяти и интеллекта

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, рекомендация комиссии судебных психиатров-экспертов о назначении Г. принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа**

- целесообразна, так как Г. не представляет особой опасности для себя и окружающих
- нецелесообразна в связи с наличием выраженных нарушений поведения и зависимости от алкоголя
- нецелесообразна в связи с наличием выраженных нарушений памяти и интеллекта
- целесообразна, так как Г. не нуждается в специальных реабилитационных мероприятиях

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной Г. должно быть обеспечено**

- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- назначение антипсихотических препаратов с преимущественно седативным действием
- длительное применение трудотерапии с формированием приверженности труду
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса продолжительность применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной Г. будет определяться**

- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- назначение антипсихотических препаратов с преимущественно седативным действием
- длительное применение трудотерапии с формированием приверженности труду
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная В., 45 лет. Привлечена к уголовной ответственности по ч. 1 ст. 105 УК РФ (убийство). В ходе следствия ей проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). По заключению комиссии экспертов В. установлен диагноз «органическое поражение головного мозга с выраженными изменениями психики», рекомендовано признать ее невменяемой и назначить принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. Определением суда в связи с наличием обстоятельств дела, которые не были отражены в акте амбулаторной СПЭ, а также отсутствием аргументации при ответах на ряд экспертных вопросов, назначено проведение повторной стационарной СПЭ. Находится в судебно-психиатрическом экспертном отделении. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; определения соответствия ранее примененных к В. мер профилактики общественной опасности ее психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства В. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида.

### **Жалобы**

Не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

Отставала в психическом развитии, до 5 лет страдала энурезом. Консультирована психиатром, рекомендовалось обучение во вспомогательной школе. С программой вспомогательной школы не справлялась, дублировала 3-й класс, окончила четыре класса. Конфликтовала с воспитателями, была дерзкой,

грубой, неоднократно переводилась в различные детские дома, откуда из протеста уходила, бродяжничала, попрошайничала. Вела асоциальный образ жизни. Многократно привлекалась к уголовной ответственности за совершение краж, в течение 5 лет находилась в местах лишения свободы. С февраля по август 1995 года в связи с наличием выраженных нарушений поведения находилась на лечении в психиатрическом стационаре уголовно-исполнительной системы. В 2000 г. в ходе следствия по одному из дел ей проводилась стационарная СПЭ. Рекомендовалось считать В. невменяемой и назначить принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. Длительность исполнения принудительного лечения составила 4 4 месяца. В период пребывания в стационаре ей была установлена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию. После отмены принудительных мер медицинского характера непродолжительное время (в течение 3 месяцев) состояла под активным диспансерным наблюдением (АДН), получала поддерживающее лечение. В последующем (после отмены АДН) участкового психиатра не посещала. Через 5 месяцев после отмены принудительного лечения вновь привлечена к уголовной ответственности за совершение кражи, в последующем имела 3 судимости. В 2005 г. ей проводилась амбулаторная СПЭ, рекомендовано считать В. невменяемой и назначить принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа. Решением суда В. была признана невменяемой, в применении принудительных мер медицинского характера судом было отказано, так как «оснований полагать о том, что психическое расстройство В. представляет опасность для нее и других лиц, не имеется». В дальнейшем многократно госпитализировалась в психиатрический стационар в связи с конфликтами с сыном, раздражительностью. После выписки поддерживающее лечение не принимала. Трижды была прооперирована по поводу инородного тела желудка – с суицидальной целью глотала иглы. Под диспансерным наблюдением у психиатра не находилась, лечение не получала.

### **Анамнез жизни**

Данных о наследственной отягощенности, раннем периоде развития нет. Родителей не знает, с рождения воспитывалась в детских домах. Окончила 4 класса вспомогательной школы. С 17 лет проживала самостоятельно, профессии не имеет, кратковременно трудоустраивалась на низкоквалифицированные работы. Многократно совершала правонарушения. Находясь в местах лишения свободы, родила сына. Во время отбывания наказания конфликтовала с администрацией, осужденными, вступала в драки, подвергалась наказаниям. В периоды между судимостями проживала в общежитии с ребенком, не работала, воспитанием сына не занималась. В сентябре 2017 г. В. привлечена к

уголовной ответственности по ст. 105 ч. 1 УК РФ (убийство К. путем нанесения ударов топором).

### **Объективный статус**

Соматическое состояние. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, несколько приглушены, пульс 78 уд. в 1 минуту, АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Послеоперационный рубец по средней линии живота от мечевидного отростка до лобка, старый послеоперационный рубец в правой подвздошной области. В анамнезе язвенная болезнь желудка, оперированный желудок, хронический гастрит, дискинезия желчевыводящих путей. Неврологическое состояние. Отдаленные последствия поражения ЦНС сложного генеза (раннего, травматического и постнаркозного). Психическое состояние. При поступлении в экспертный стационар психическое состояние В. характеризовалось выраженными аффективными расстройствами с резкими сменами настроения, дисфориями, грубыми психопатоподобными нарушениями с преобладанием истерических форм реагирования, импульсивности, повышенной раздражительности на фоне интеллектуально-мнестического снижения с нарушением критики. \_В период проведения комиссии.\_ Мимика обеднена. В контакт вступает охотно, на вопросы отвечает в плане заданного, преимущественно односложно. Речь несколько невнятна из-за отсутствия зубов. Словарный запас беден, суждения примитивные, часто противоречивые, использует слова с уменьшительно-ласкательными суффиксами: «нормальненько», «сладенькая» и т. д., а также слова – связки: «ага, ага», «вот, вот», «угу», в беседе старается дотронуться до врача. На лице неадекватная улыбка. Поясняет, что бывают плохие мысли в голове, что не хочется жить. Периодически раздражается. Не отрицает, что персонал отделения неоднократно находил у нее режущие металлические предметы, при этом опускает глаза, улыбается. Познавательные интересы отсутствуют. Мышление конкретное, обстоятельное, ригидное. Фон настроения неустойчив. Отмечаются его колебания от сниженного, раздражительно-гневливого до благодушного. Психотической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций не выявлено. Критика к своему состоянию и правонарушению отсутствует. Психологическое исследование. Отмечается низкий уровень интеллектуального развития, несформированность навыков чтения, письма и счета, ограниченный словарный запас, замедленный темп умственной деятельности. Обнаруживаются нарушения мышления в виде выраженного снижения уровня обобщения с преимущественной актуализацией признаков конкретного и конкретно-ситуативного уровня и неспособность оперировать переносными смыслами. Также выявляется недоступность операций сравнения. Ассоциации невысокого категориального уровня. Критика к своему состоянию и ситуации

правонарушения отсутствует. Личностные особенности характеризуются неадекватно завышенной самооценкой, эгоцентризмом, лживостью, личностной примитивностью, недостаточно реалистичностью планов и продумывания конкретных действий по достижению намеченного.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной В. можно поставить диагноз**

- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- назначение антипсихотических препаратов с преимущественно седативным действием
- длительное применение трудотерапии с формированием приверженности труду
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, мерой внебольничной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной В., является**

- диспансерное наблюдение
- активное диспансерное наблюдение
- консультативно-лечебная помощь
- обязательное лечение у психиатра

**На основании анализа данных анамнезов жизни и заболевания, в 2000 г. в отношении больной В. целесообразным было вынесение экспертных рекомендаций о назначении принудительного**

- наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа
- лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению больной В. повторных общественно опасных действий, относятся**

- расстройства восприятия
- интеллектуальные нарушения
- когнитивные нарушения
- выраженные нарушения поведения и эмоциональной сферы

**На основании анализа данных анамнеза продолжительность исполнения ранее назначенного В. принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа была**

- недостаточной вследствие сохранения связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц
- достаточной с учетом не тяжкого характера совершенного правонарушения
- достаточной вследствие отсутствия связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц
- избыточной с учетом совершения правонарушения, не связанного с насилием

**На основании анализа данных анамнезов жизни и заболевания, продолжительность ранее установленного в отношении В. активного диспансерного наблюдения была**

- достаточной в связи с отсутствием у В. приверженности терапии
- достаточной вследствие отсутствия склонности к совершению общественно опасных действий
- достаточной с учетом не тяжкого характера совершаемых В. правонарушений
- недостаточной вследствие сохранения склонности к совершению общественно опасных действий

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период проведения судебно-психиатрической экспертизы потенциальная общественная опасность В.**

- отсутствует
- сохраняется
- значительно снизилась
- низкая

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в настоящее время В. нуждается в**

- обязательном наблюдении у психиатра по месту жительства
- назначении принудительных мер медицинского характера
- длительном лечении в психиатрическом стационаре
- направлении в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при выборе вида принудительных мер медицинского характера в отношении В. следует учитывать**

- высокую степень нарушения памяти и внимания
- наличие выраженных нарушений поведения и эмоциональной сферы
- отсутствие способности к обучению и приверженности труду
- выраженную интеллектуальную несостоятельность

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для профилактики повторного общественно опасного поведения В. необходимо назначить принудительное**

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа
- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной В. должно быть обеспечено**

- назначение антипсихотических препаратов преимущественно седативного действия
- назначение антипсихотиков-корректоров поведения
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса продолжительность применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной В. будет определяться**



- назначение антипсихотических препаратов преимущественно седативного действия
- назначение антипсихотиков-корректоров поведения
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная П., 34 года. Привлечена к уголовной ответственности по ст. 111 УК РФ (причинение тяжкого вреда здоровью). В ходе следствия ей назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза. Находится в судебно-психиатрическом экспертном отделении. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; вменяемости; определения соответствия ранее примененных к П. мер профилактики общественной опасности ее психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства П. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида. По заключению комиссии экспертов в момент совершения инкриминируемого ей деяния П. не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, рекомендовано признать ее невменяемой.

### **Жалобы**

На головные боли, слабость в ногах

### **Анамнез заболевания**

Данных о наследственной отягощенности нет. Родители злоупотребляли алкогольными напитками. С раннего возраста П. отставала в развитии, речь появилась к 3 годам. По характеру формировалась замкнутой, необщительной. Обучение в школе начала в возрасте 7 лет. С детьми в классе не дружила. Материал не усваивала, повторить прочитанное не могла, все забывала. Читала по слогам, выделить главную мысль прочитанного, пересказать не могла. Допускала ошибки и пропуски слов, не справлялась с грамматическими заданиями, логическое и абстрактное мышление были развиты слабо. В связи со школьной неуспеваемостью консультирована психиатром. При осмотре контакту была доступна. Обобщать предметы не умела, мышление было конкретное, внимание неустойчивое, слуховая память низкая. Отмечалась эмоциональная лабильность. Устанавливался диагноз: «Умственная отсталость

наследственного генеза». П. была переведена во вспомогательную школу, с программой которой справлялась, освоила швейное дело, наблюдалась детским психиатром. Во время обучения самовольно уходила из дома, бродяжничала, в 11 лет попробовала алкогольные напитки, в возрасте 12 лет наносила себе самопорезы «из-за неразделенной любви». С 20-летнего возраста П. злоупотребляет алкоголем, толерантность – 1 литр крепких спиртных напитков в день. Были периоды употребления спиртосодержащих средств бытовой химии. Время проводила в компаниях лиц, ведущих асоциальный образ жизни. В состоянии алкогольного опьянения становилась агрессивной. В 2012 г. «в течение года пила каждый день, не могла остановиться», после чего длительное время лечилась в неврологическом стационаре с нарушением функций тазовых органов, ходьбы, ей устанавливалась 3 группа инвалидности по общему заболеванию. Состояла на учете у психиатра с диагнозом: «Умственная отсталость».

### **Анамнез жизни**

Родилась четвертым ребенком в семье. Окончила 10 классов вспомогательной школы и училище по специальности «штукатур-маляр», проработала по специальности в течение 4-х месяцев, в дальнейшем нигде не работала. Неоднократно привлекалась к уголовной ответственности за совершение краж, грабеж, по заключению судебно-психиатрических экспертных комиссий признавалась вменяемой, отбывала наказание в местах лишения свободы. Замужем не была, детей нет, проживала с матерью, злоупотребляющей алкогольными напитками. В гости часто приходила старшая сестра, с которой совместно употребляли алкогольные напитки, отношения с сестрой были неприязненные, между ними часто возникали конфликты. 17.07.2016 г. П. в результате конфликта в состоянии алкогольного опьянения нанесла сестре удар ножом в область грудной клетки, причинив ей колото-резаное проникающее ранение грудной клетки справа, повлекшее тяжкий вред здоровью.

### **Объективный статус**

Соматическое состояние. Кожные покровы бледной окраски. Рубцы от самопорезов в области предплечий. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, несколько приглушены, пульс 76 ударов в 1 минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, на боковой поверхности слева имеется послеоперационный рубец. В анамнезе псориаз, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь. Заключение невролога. Токсическая энцефалопатия вследствие злоупотребления алкоголем с вялым тетрапарезом, сенситивной атаксией на фоне резидуальных явлений патологии раннего периода развития. Психическое состояние. На вопросы отвечает односложно, после длительной паузы, не сразу понимает смысл вопроса. Отношение к беседе негативное, эмоционально неустойчива, раздражительна,

конфликтна. Цели экспертизы не знает. Часто на глазах появляются слезы. Речь замедленная по темпу, с бедным словарным запасом, с трудом подбирает нужное слово, повторяет одни и те же короткие формулировки. Характеризует себя «нелюдимой» - «не могла поддерживать разговор», поэтому «любила одиночество», «всего боялась», «душа болела». Рассказывает, что с 15 лет начала употреблять спиртные напитки, вскоре появилась потребность опохмеляться, часто пила по несколько дней подряд, в дальнейшем запои длились до месяца. В состоянии абстиненции чувствовала себя разбитой, не могла спать. Постоянно обижалась на сестру, конфликтовала с ней, считала, что сестра «не любила мать», «хотела ее смерти». Убеждена, что сестра и ее «ненавидела», «угрожала сдать в дом престарелых». Говорит, что у нее «всегда плохое настроение, резала себе руки». Критика к правонарушению отсутствует - говорит, что «только заступилась за мать», которую сестра снова хотела побить. Отрицает очевидные факты, утверждает, что в прошлом никогда к ответственности не привлекалась. Эмоционально неустойчива, обидчива, раздражительна, огрублена. Память на прошлое и способность к запоминанию нарушены. Внимание истощаемое, мышление замедленное по темпу, малопродуктивное, суждения конкретны, поверхностны, незрелы. Круг интересов ограничен сферой непосредственного удовлетворения собственных потребностей. Критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации недостаточная. При психологическом исследовании на фоне дефицита общих сведений и знаний, личностной примитивности выявляются нарушения мышления в виде снижения уровня обобщения с актуализацией признаков конкретного и конкретно - ситуативного уровня, трудности в оперировании переносными смыслами и в осуществлении операций сравнения. Коэффициент умственного развития равен 59. Индивидуальные особенности испытуемой характеризуются дефицитностью волевой активности, внушаемостью, пассивностью личностной позиции, ограниченностью мотивов, недостаточной сформированностью социальных потребностей, отсутствием конструктивных навыков разрешения конфликтных ситуаций, что в сочетании с несформированностью моральных нормативов поведения облегчает реализацию импульсивных поступков.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной П. можно поставить диагноз**

- назначение антипсихотических препаратов преимущественно седативного действия
- назначение антипсихотиков-корректоров поведения
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации

- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии

## **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, мерой внебольничной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной П., является**

- диспансерное наблюдение
- консультативно-лечебная помощь
- обязательное лечение у психиатра-нарколога
- активное диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, мерой профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной П., является**

- недобровольное психиатрическое освидетельствование
- оформление в психоневрологический интернат
- лечение зависимости от алкоголя
- консультативно-лечебная помощь врача-психиатра по месту жительства

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к факторам риска общественно опасного поведения П. относится**

- асоциальный образ жизни
- нарушение трудоспособности
- диагноз умственной отсталости
- отсутствие специальности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению больной П. общественно опасных действий, относятся**

- выраженные нарушения поведения и эмоциональной сферы
- неоднократно перенесенные травмы головы
- нарушения когнитивных функций
- нарушения памяти и интеллекта

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период проведения судебно-психиатрической экспертизы потенциальная общественная опасность П.**

- сохраняется
- значительно снизилась
- низкая
- отсутствует

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в настоящее время П. нуждается в**

- назначении принудительных мер медицинского характера
- активном диспансерном наблюдении
- консультативно-лечебной помощи психиатра
- направлении в психоневрологический интернат

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при выборе вида принудительных мер медицинского характера в отношении П. следует учитывать**

- наличие выраженных нарушений поведения и эмоциональной сферы
- тяжесть совершенного противоправного деяния
- низкий уровень интеллекта
- наличие диагноза «умственная отсталость»

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для профилактики повторного общественно опасного поведения П. необходимо назначить принудительное**

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса противопоказанием для вынесения судебными психиатрами-экспертами рекомендаций о назначении больной П. принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа, является наличие**

- расстройств восприятия
- нарушений мышления с эмоционально-волевым снижением
- выраженных нарушений памяти и интеллекта

- нарушений поведения и асоциальных установок

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса рекомендация комиссии судебных психиатров-экспертов о назначении П. принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях**

- целесообразна, так как П. не представляет особой опасности для себя и окружающих
- нецелесообразна в связи с наличием зависимости от алкоголя и асоциальным образом жизни
- нецелесообразна в связи с наличием выраженных нарушений памяти и интеллекта
- целесообразна, так как П. не нуждается в специальных реабилитационных мероприятиях

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной П. должно быть обеспечено**

- целесообразна, так как П. не представляет особой опасности для себя и окружающих
- нецелесообразна в связи с наличием зависимости от алкоголя и асоциальным образом жизни
- нецелесообразна в связи с наличием выраженных нарушений памяти и интеллекта
- целесообразна, так как П. не нуждается в специальных реабилитационных мероприятиях

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной О., 27 лет. Привлечен к уголовной ответственности по ч. 1 ст. 111 (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью), ч. 2 ст. 158 УК РФ (кражи). В ходе следствия ему проведена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). По заключению комиссии экспертов О. установлен диагноз «Умственная отсталость легкой степени», рекомендовано признать его невменяемым и назначить принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. В связи с «недостаточным обоснованием экспертных выводов», судом вынесено определение о проведении повторной стационарной судебно-психиатрической экспертизы. Находится в судебно-психиатрическом экспертном отделении. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; определения соответствия ранее примененных к О.

мер профилактики общественной опасности его психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства О. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида.

### **Жалобы**

На «плохую память».

### **Анамнез заболевания**

Воспитывался в неблагополучной семье, оба родителя злоупотребляли алкоголем. По характеру О. формировался вспыльчивым, мстительным, злопамятным, конфликтовал с окружающими, дрался. С 2001 г. он находился в реабилитационном центре, где во время осмотров психиатром у него отмечались низкий интеллект, конкретность мышления, облегченность суждений, бедность словарного запаса, низкий уровень школьных знаний, эмоциональная неустойчивость, примитивность, выставлен диагноз: «легкая умственная отсталость». В дальнейшем О. обучался в школе по общеобразовательной программе, однако интереса к учебе он не проявлял, был невнимателен, неусидчив, часто прогуливал занятия, бродяжничал. В связи с нарушениями поведения в 2003 г. находился на стационарном лечении в психиатрическом стационаре. В дальнейшем он был переведен в коррекционную школу–интернат, где проявил себя с отрицательной стороны, постоянно сбегал, грабил детей, вдыхал пары клея «Момент», ночевал на свалках, в подъездах, коллекторных колодцах, попрошайничал. Был конфликтным, стремился к лидерству среди сверстников, часто ввязывался в драки. Школьную программу не усваивал. Оставлен на повторный год обучения в 4–ом классе и поставлен на учет в психоневрологический диспансер. 05.07.2005 г. О. совершил кражу. В связи с постоянными нарушениями режима, побегами из интерната, кражами, асоциальным поведением он был госпитализирован в подростковое отделение психиатрической больницы, находился на лечении с диагнозом «легкая умственная отсталость с выраженными эмоционально–волевыми расстройствами». В последующем три раза привлекался к уголовной ответственности. Признавался невменяемым, назначалось принудительное лечение (ПЛ): дважды в стационаре общего типа, один раз –специализированного типа. В период исполнения ПЛ держался без чувства дистанции, нарушал режим отделения - конфликтовал с больными по незначительному поводу, пытался совершать побеги. Продолжительность всех трех госпитализаций составляла менее года. После отмены ПЛ поддерживающее лечение не получал, участкового психиатра не посещал, вел асоциальный образ жизни. С 2013 г. О. находился на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении, при посещении диспансера жалоб не

предъявлял, психофармакотерапия не назначалась. В августе 2014 г. амбулаторное принудительное лечение было прекращено, переведен в группу активного диспансерного наблюдения. Дважды являлся на прием к участковому психиатру. Из записей в амбулаторной карте известно что после ПЛ трудоустроен не был, своего жилья не имел, жил у знакомого. В дальнейшем психоневрологический диспансер не посещал. Известно, что О. в тот период времени неоднократно привлекался к административной ответственности за распитие алкоголя в общественных местах, мелкое хулиганство.

### **Анамнез жизни**

Родился третьим из четырех детей. Отец отбывал наказание в местах лишения свободы, умер в 2001 г., мать лишена родительских прав, умерла в 2003 г. С 8 лет О. был определен в детский дом. Окончил 4 класса коррекционной школы–интерната. Специальности не имеет. Связь с родственниками не поддерживает, постоянного места жительства не имеет. Не женат, проживал у случайных знакомых, непродолжительное время работал грузчиком.

### **Объективный статус**

Заключение невролога. Резидуальные явления органического поражения ЦНС смешанного генеза. Рассеянная микросимптоматика. Психическое состояние. Подэкспертный ориентирован всесторонне верно, цель экспертизы понимает правильно, активно интересуется ее результатами, считает себя психически больным, просит направить его на лечение. Фон настроения неустойчивый, преимущественно повышенный. Многословен, расторможен, улыбчив, дистанцию соблюдает не всегда, при этом старается держаться с достоинством. На вопросы отвечает в плане заданного, по существу, несколько сумбурно, склонен к рассуждательству с использованием различных понятий и формулировок усложненного характера без достаточного понимания их содержания и значения. Речь дизартричная, словарный запас бедный. Обнаруживает низкий запас общеобразовательных знаний, но в бытовых вопросах ориентирован достаточно. Испытывает трудности при устном счете, таблицу умножения не знает, скорость чтения и объем воспринимаемой информации низкие, смысл пословиц и поговорок понимает конкретно. Уклончив при затрагивании отрицательно характеризующих фактов его биографии. Признается, что он вспыльчивый, раздражительный, при этом «человек добрый» и «многие этим пользуются». Первую судимость объясняет тем, что «попал в плохую компанию» и его «подставили». Сообщает, что в детстве, пока проживал в интернате, вдыхал пары клея, уверен, что его заболевание связано именно с этим – «полмозга атрофировалось». Свои неоднократные госпитализации в психиатрические больницы объясняет «плохим поведением в детстве». Уверяет, что с возрастом стал спокойнее, сдержаннее. Вину в инкриминируемых ему деяниях не отрицает, раскаивания



не высказывает. Сообщает, что совершал их в алкогольном опьянении. Активно интересуется результатами экспертизы, спрашивая у врачей, будут ли они «продлевать ему диагноз». В отделении в один из дней стал требовать сигареты, при этом кричал, вел себя агрессивно, на замечания не реагировал. Мышление конкретного типа. Суждения примитивные, поверхностные, облегченные. Интеллект низкий. Мнестические функции снижены. Эмоциональные реакции неустойчивые. Отмечаются эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность. Склонен к импульсивным, малообдуманным поступкам, внешнеобвиняющим высказываниям. Обманы восприятия, бредовые идеи не выявляются. Критика к своему состоянию и сложившейся судебно–следственной ситуации нарушена.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз, выставленный О. судебными психиатрами-экспертами при первичной судебно-психиатрической экспертизе по настоящему уголовному делу**

- не нуждается в уточнении
- не соответствует психическому состоянию больного
- нуждается в уточнении с указанием наличия нарушений поведения
- нуждается в уточнении с изменением степени умственной отсталости

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больному О. можно поставить диагноз**

- не нуждается в уточнении
- не соответствует психическому состоянию больного
- нуждается в уточнении с указанием наличия нарушений поведения
- нуждается в уточнении с изменением степени умственной отсталости

## **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнезов жизни и заболевания, продолжительность исполнения ранее назначенного О. принудительного лечения в психиатрическом стационаре была**

- достаточной вследствие отсутствия связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц
- достаточной с учетом не тяжкого характера совершенного правонарушения
- избыточной с учетом характера совершенного правонарушения, не связанного с насилием

- недостаточной вследствие сохранения связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц

**На основании анализа данных анамнезов жизни и заболевания, продолжительность ранее установленного в отношении О. активного диспансерного наблюдения была**

- достаточной в связи с отсутствием приверженности терапии
- достаточной с учетом не тяжкого характера совершенных правонарушений
- достаточной вследствие отсутствия склонности к совершению общественно опасных действий
- недостаточной вследствие сохранения склонности к совершению общественно опасных действий

**На основании анализа данных анамнезов мерой профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больному О. до первичного привлечения к уголовной ответственности, является**

- консультативно-лечебная помощь
- обязательное лечение у психиатра
- активное диспансерное наблюдение
- диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период проведения судебно-психиатрической экспертизы потенциальная общественная опасность О.**

- сохраняется
- значительно снизилась
- низкая
- отсутствует

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинко-психопатологическим факторам, способствующим совершению больным О. повторных общественно опасных действий, относятся**

- расстройства восприятия
- когнитивные нарушения
- выраженные нарушения поведения и эмоциональной сферы
- интеллектуальные нарушения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в настоящее время О. нуждается в**

- длительном лечении в психиатрическом стационаре
- назначении принудительных мер медицинского характера
- направлении в психоневрологический интернат
- наблюдении у психиатра по месту жительства

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при выборе вида принудительных мер медицинского характера в отношении О. следует учитывать**

- выраженную интеллектуальную несостоятельность
- высокую степень нарушения памяти и внимания
- отсутствие способности к обучению и приверженности труду
- наличие выраженных нарушений поведения и эмоциональной сферы

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для профилактики повторного общественно опасного поведения О. необходимо назначить принудительное**

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больного О. должно быть обеспечено**

- назначение антипсихотических препаратов преимущественно седативного действия
- назначение антипсихотиков-корректоров поведения
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса продолжительность применения принудительных мер медицинского характера в отношении больного О. будет определяться**

- назначение антипсихотических препаратов преимущественно седативного действия
- назначение антипсихотиков-корректоров поведения
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный А., 35 лет. Привлечен к уголовной ответственности по п. «в», ч.3 ст.158 УК РФ (кража). В ходе следствия ему назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). Находится в судебно-психиатрическом экспертном отделении. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; вменяемости; определения соответствия ранее примененных к А. мер профилактики общественной опасности его психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства А. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида. По заключению комиссии экспертов рекомендовано признать А. невменяемым.

### **Жалобы**

На онемение рук, плохой сон, неприятные ощущения в области сердца, одышку.

### **Анамнез заболевания**

Данные о наследственной отягощенности психическими расстройствами отсутствуют. Отец злоупотреблял спиртными напитками. С 2008г. А. начал внутривенно употреблять героин и курить анашу. С целью получения средств на приобретение наркотиков совершил кражу, был задержан. Вскоре госпитализирован в медсанчасть следственного изолятора (СИЗО) с диагнозом: «Резаная рана шеи. Суицидальная попытка. Ситуационная реакция». После выписки вновь нанёс себе самоповреждения в области шеи. Находился на лечении с диагнозом: «Шизотипическое расстройство личности». Сообщал, что в 2007г. стал слышать незнакомые мужские и женские «голоса», которые «говорили куда идти, что делать», «иногда голоса оскорбляли», «иногда

высказывали одобрение». Вспоминал, что «видел на улице людей, которые в разговорах между собой обсуждали его поступки, давили на его мысли». Подчеркивал, что под этим влиянием «перегружались мозги, появлялась раздражительность»; «состояние было таким тяжелым, что не хотелось жить, пытался уйти из жизни». В процессе лечения состояние улучшилось, настроение выровнялось. Находясь в СИЗО, повторно наносил себе повреждения в области шеи с суицидальной целью. Проходил стационарную СПЭ. Эксперты пришли к заключению, что у А. обнаруживались признаки временного психического расстройства в форме депрессивного эпизода тяжелой степени (F32.2). Рекомендовалось направить его на принудительное лечение (ПЛ) в психиатрический стационар специализированного типа до выхода из указанного временного психического расстройства с последующим направлением на СПЭ для решения диагностических и экспертных вопросов. С 2009г. по 2010г. подэкспертный находился на ПЛ. После проведенного курса активной терапии психическое состояние улучшилось, поведение приобрело упорядоченный характер. По постановлению районного суда вид ПЛ был изменен на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Однако участкового психиатра не посещал, лечение не получал. Вскоре после выписки из стационара совершил кражу. В ходе следствия А. была проведена амбулаторная СПЭ. Сообщил экспертам, что с 25 лет у него стали появляться «голоса» неприятного содержания внутри головы. Казалось, что окружающие знают его мысли, поэтому стремился к одиночеству. Временами возникали суицидальные мысли, так как посторонние люди «делали ему намеки, что у него ВИЧ»; считал, что они могли знать, что он ранее пробовал наркотики. Эмоционально был холоден, однообразен. Критика к своему состоянию и содеянному отсутствовала. С диагнозом «шизофрения» был признан невменяемым, направлен на принудительное лечение в стационар специализированного типа. С момента поступления на лечение психическое состояние А. было неустойчивое, постоянно находился в движении, не реагировал на замечания медицинского персонала, ни с кем не общался. Находясь в отделении, без внешней провокации внезапно нанес удар в лицо мед. брату. В последующем рассказал, что чувствовал, что «этот человек желает зла, ухудшает состояние». Продолжительность ПЛ составила 2 года. На момент отмены ПЛ контакт с А. носил формальный характер. Мышление было паралогичное. Бредовых идей активно не высказывал. Критика к своему состоянию, совершенному деянию была формальная. Со слов подэкспертного, после выписки из психиатрического стационара он однократно посетил участкового психиатра. В последующем психиатром не наблюдался, не лечился.

### **Анамнез жизни**

Родился младшим из трех детей в семье. После развода родителей остался

жить с матерью и сестрами. Детский сад не посещал. В школу пошел с 7 лет, учился удовлетворительно. Окончил 9 классов общеобразовательной школы, после чего поступил в ПТУ, где получил специальность мастер сельскохозяйственного производства. В армии не служил, так как уклонялся от призыва. Работал в автосервисе, занимался покраской машин. В ноябре 2004г. был осужден по ст.30 ч.3; ст.158 ч.2 п. «в» УК РФ и приговорен к 1 году лишения свободы. Освободившись в 2005г., не работал. В июне 2006г. был вновь осужден по ст.30 ч.3; ст.158 ч.2 п. «а, в, г» УК РФ и приговорен к 1 году 4 месяцам лишения свободы. Освободился в июле 2007г. В последующем нигде не работал, проживал с матерью. Еще трижды привлекался к уголовной ответственности за совершение краж. После отмены ПЛ А. жил у знакомого, через 8 месяцев, находясь в вагоне электропоезда, тайно похитил у потерпевшего имущество на общую сумму 321990 рублей.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Ориентирован формально верно. Цель обследования понимает правильно, считает себя психически больным. Контакт носит малопродуктивный характер. Понимает содержание вопросов, но отвечает избирательно, после длительных пауз, кратко. В ответах часто ссылается на забывание, объясняя это тем, что «помнит только хорошее». Сидит ссутулившись, руки сцеплены в замок, периодически начинает раскачиваться из стороны в сторону. Во время беседы напряжен, негативистичен, высказывания зачастую амбивалентны. Мимика однообразная, монотонен, голос маломодулирован. Утверждает, что в течение дня у него часто меняется настроение, «в голове слишком много мыслей» из-за чего «не может сконцентрироваться». Сообщает, что перед сном плохо себя чувствует, «шизофрения конкретная начинается, всё раздражает». Жалуется на тревогу, напряжение, неуравновешенность, неусидчивость, мнительность. Отмечает, что за последний год «голоса» изменились, каким именно образом не поясняет. В процессе беседы то внезапно раздражается, то смеется без причины. Анамнестические сведения сообщает избирательно, кратко, малоинформативно. Рассказывает, что начал слышать «голоса», когда ему было 25 лет. Характеризуя их, сообщает, что слышит «женские и мужские голоса, которые вызывают помутнение в голове». Не охотно сообщает, что ранее употреблял наркотические вещества, зависимость от которых отрицает. Затрудняется ответить из-за чего наносил себе порезы в области шеи. Формально говорит, что «плохо себя чувствовал», возникали мысли о самоубийстве. Амбивалентно высказывается о наличии суицидальных мыслей в настоящее время. Об инкриминируемом ему деянии рассказывать отказывается, но свою вину признает, объясняя свое поведение тем, что «болен». Мышление непоследовательное, паралогичное, малопродуктивное,

суждения амбивалентные. Эмоционально холоден, однообразен, напряжен, склонен к реакциям раздражения, импульсивным действиям. Критика к своему состоянию и сложившейся судебной-следственной ситуации грубо нарушена. В отделении был назойлив и стеничен в своих требованиях. Диктовал врачу какие именно препараты следует ему назначить. Следом же просил отменить назначенные лекарства, причину не пояснял. К общению с другими подэкспертными не стремился, заявлял, что не может найти «единомышленников» среди них. Требовал встречи с заведующей отделением – «чтобы выяснить свою группу крови». Просил, чтобы ему «проверили кровь на ВИЧ», поясняя это тем, что «имел интимную связь с женщиной». Неоднократно нарушал режим отделения – прятал режущие предметы, конфликтовал с соседом по палате, проявил агрессию, высказывал угрозы в адрес медицинского персонала.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертному А. можно поставить диагноз**

- назначение антипсихотических препаратов преимущественно седативного действия
- назначение антипсихотиков-корректоров поведения
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, внебольничной мерой профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больному А., является**

- недобровольное психиатрическое освидетельствование
- активное диспансерное наблюдение
- обязательное лечение от наркомании
- консультативно-лечебная помощь психиатра по месту жительства

**На основании анализа данных анамнеза, продолжительность исполнения назначаемого ранее в отношении А. принудительного лечения была**

- достаточной, так как совершенное правонарушение не было направлено против личности
- избыточной с учетом того, что совершенное правонарушение не было связано с насилием

- достаточной вследствие отсутствия связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц
- недостаточной вследствие сохранения связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для себя или других лиц

**На основании анализа данных анамнеза, одномоментная отмена назначаемого ранее в отношении А. принудительного лечения без изменения его вида была**

- обоснована, так как больной нуждался в переводе в психоневрологический интернат
- обоснована, так как по психическому состоянию больной не представлял опасности для окружающих
- обоснована в связи с возможностью продолжения лечения в стационаре на общих основаниях
- не обоснована

**На основании анализа данных анамнеза, после отмены предыдущего принудительного лечения в психиатрическом стационаре внебольничной мерой профилактики повторного общественно опасного поведения, которую следовало применить к больному А., является**

- недобровольное психиатрическое освидетельствование
- обязательное лечение от наркомании
- консультативно-лечебная помощь психиатра по месту жительства
- активное диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению А. повторных общественно опасных действий, относится**

- эмоционально-волевое снижение
- наличие криминального опыта
- психопатоподобное поведение
- интеллектуальное снижение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в период проведения судебно-психиатрической экспертизы потенциальная общественная опасность А.**

- отсутствует
- низкая



- сохраняется
- значительно снизилась

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса А. нуждается в**

- назначении принудительных мер медицинского характера
- недобровольной госпитализации
- лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, на общих основаниях
- обязательном лечении от наркомании

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при выборе вида принудительных мер медицинского характера в отношении А. следует учитывать наличие**

- выраженных нарушений поведения с ауто- и гетероагрессией
- когнитивных нарушений
- нарушений мыслительных процессов в виде резонерства, паралогичности
- выраженного эмоционально-волевого снижения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для профилактики повторного общественно опасного поведения А. необходимо назначить принудительное**

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении А. должно быть обеспечено**

- назначение антипсихотических препаратов первого поколения
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для прекращения применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния А. с отсутствием**

- назначение антипсихотических препаратов первого поколения
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный М., 30 лет, обвиняется по ст. 111 ч. 4 УК РФ (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, повлекшее смерть потерпевшей). В ходе следствия ему назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). Находится в стационарном отделении судебно-психиатрических экспертиз. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; вменяемости; определения соответствия ранее примененных к М. мер профилактики общественной опасности его психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства М. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида. По заключению комиссии экспертов во время совершения преступления в силу психического расстройства М. не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

### **Жалобы**

На головные боли, перепады давления, раздражительность, нарушение сна.

### **Анамнез заболевания**

Воспитывался в неблагополучной семье - родители злоупотребляли алкогольными напитками. Согласно школьной характеристике, М. «нарушал дисциплину, к обучению не стремился - читал с трудом, обобщал с ошибками, от написания диктанта отказывался, в поведении был агрессивен, часто ссорился с ребятами». Консультирован психиатром, установлен диагноз: «задержка интеллектуального развития, гиперкинетический синдром». В последующем сохранялись нарушения школьной дисциплины, успеваемость была снижена. Вновь консультирован психиатром. Во время осмотра «был ориентирован всесторонне правильно, контакт формальный. Мнестико-

интеллектуальные функции снижены, в суждениях был поверхностным, примитивным. Упрям, периодически агрессивен». Установлен диагноз: «олигофрения в степени легкой дебильности». На протяжении жизни отличался эмоциональной неустойчивостью, склонностью к импульсивному поведению с агрессией к окружающим. С 18 лет начал алкоголизироваться, толерантность составляет 1 литр крепких спиртных напитков в день, сформирован абстинентный синдром, имели место амнестические формы опьянения. Согласно характеристике от участкового инспектора, М. злоупотреблял спиртными напитками, в состоянии алкогольного опьянения становился агрессивным, неуправляемым, возбужденным. Отношения с родителями были натянутые. Был склонен к совершению преступлений против личности. На учете у психиатра-нарколога не состоял, с января 1998 г. по март 2014 г. получал консультативную помощь врача-психиатра.

### **Анамнез жизни**

Младший из двоих детей в семье. В школу пошел с 7 лет, классы не дублировал. После окончания 9 классов общеобразовательной школы, поступил в профессиональное училище, где получил специальности «слесарь», «кассир», «продавец». В армии не служил из-за «слепоты на правый глаз». Работал разнорабочим, экспедитором, слесарем. Был уволен из-за систематических прогулов по причине употребления спиртных напитков. В течение 4 лет не работает. Неоднократно привлекался к уголовной ответственности, а также систематически совершал административные правонарушения. М. обвиняется в том, что 25.02.2017 г., действуя умышленно, подошел к матери и нанес ей удар в область головы, от которого она упала на пол. После чего М. склонился над потерпевшей и нанес ей три удара руками в область головы, а затем нанес еще три удара ногой в область головы и один удар в область грудной клетки. От полученных травм потерпевшая скончалась.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Ориентирован всесторонне верно. Правильно понимает цель обследования. Контакт доступен. Понимает содержание вопросов и отвечает по существу. Во время беседы напряжен, сидит ссутулившись, руки сцеплены в замок. Когда речь заходит об инкриминируемом ему деянии раздражается, становится агрессивным, повышает голос и начинает активно жестикулировать. Фон настроения лабилен. Сообщает, что скоро «бомбить» будет, «всё с нервами связано, не знаю что делать». Склонен к внешнеобвиняющим тенденциям. Считает себя психически здоровым. Анамнестические сведения сообщает последовательно, датирует основные события своей жизни. Рассказывает, что родители злоупотребляли алкогольными напитками, из-за чего часто с ними ссорился, дрался с отцом. Сообщает, что с 18 лет он начал употреблять алкогольные напитки. Бравирует

большим количеством выпиваемого алкоголя. Сообщает, что в состоянии опьянения становился более общительным, но если его провоцировали, то был агрессивен. В состоянии похмелья испытывал головные боли, вялость. Ориентирован в сложившейся судебно-следственной ситуации. Вину в инкриминируемом ему деянии категорически отрицает, заявляет: «глупость то, что я здесь, я ничего не сделал, я не знаю что произошло». Считает, что его задержали, так как он «насолил» полицейским. Утверждает, что доказательств вины нет. Говорит, что его «побили», поэтому он написал признательные показания. Заявляет, что «отомстит» полицейским за то, что они ему не позволили похоронить мать. Добавляет: «если я выйду, то сорвусь и начну мстить!». Мышление со склонностью к конкретизации, суждения поверхностные, облегченные. Однако задания на сравнение, обобщение выполняет верно, передает переносный смысл пословиц. Эмоциональные реакции огрубленные, неустойчивые, легко дает реакции раздражения и оппозиции. Нарушал режим отделения – конфликтовал с подэкспертными и персоналом. Обманов восприятия, бредовых идей не выявляется. Интеллектуально-мнестические способности соответствуют полученному образованию и образу жизни. Критика к своему состоянию и сложившейся судебно-следственной ситуации сохранена. \_Экспериментально-психологическое исследование\_. У М. на фоне ограниченности круга интересов, формальности контакта выявляются эмоциональная неустойчивость, легкость возникновения реакций раздражения и оппозиции с проявлениями агрессии. Так же для него характерны демонстративность в поведении, черты аффективной ригидности, упрямство. Выявляется поверхностная общительность, облегченность с тенденцией к доминированию в межличностных контактах. Основные мыслительные операции подэкспертный выполняет: выделяет практически значимые функциональные свойства объектов, оперирует распространенными категориями. Верные логические зависимости устанавливает; условный смысл известных метафор и пословиц передает. Ассоциативные образы в основном формальны; пояснения к ним краткие. Вербальные ассоциации в основном достаточного семантического уровня, в целом по содержанию соответствуют предложенным словам-стимулам. Мнестические функции без нарушений. Темп работы достаточный.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 М. можно поставить диагноз**

- назначение антипсихотических препаратов первого поколения
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения

- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии

## **Диагноз**

### **На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам, способствующим противоправному поведению М., относится**

- интеллектуальное снижение
- нарушение когнитивных функций
- патология памяти и внимания
- эмоциональная неустойчивость с нарушением контроля импульсивности

### **На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам, способствующим противоправному поведению М., относится**

- зависимость от алкоголя
- когнитивный дефицит
- психоорганический синдром
- расстройство восприятия

### **На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к медицинским мерам профилактики противоправного поведения М. относится**

- лечение зависимости от алкоголя
- оформление в психоневрологический интернат
- госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке
- недобровольное психиатрическое освидетельствование

### **На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к медицинским мерам профилактики противоправного поведения М. относится**

- коррекция эмоциональной неустойчивости и нарушений поведения
- длительная госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке
- формирование приверженности труду
- купирование дефицитарных психопатологических нарушений

### **На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в период проведения судебно-психиатрической экспертизы психическое расстройство М.**

- не связано с возможностью причинения им иного существенного вреда, а также с опасностью для других лиц
- связано с опасностью для себя, вероятностью аутоагрессивного поведения
- связано с неспособностью отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими
- связано с возможностью причинения им иного существенного вреда, а также с опасностью для других лиц

#### **На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса М.**

- нуждается в добровольном лечении от алкоголизма
- нуждается в направлении в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами
- не нуждается в назначении принудительных мер медицинского характера
- нуждается в назначении принудительных мер медицинского характера

#### **Вид принудительных мер медицинского характера в отношении М.**

- определяется судом с учетом особенностей психического состояния
- определяется комиссией врачей-психиатров уголовно-исполнительной системы
- определен уголовным законодательством в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- определяется комиссией судебных психиатров-экспертов с учетом особенностей психического состояния подэкспертного

#### **В отношении М. суд может назначить**

- принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением

#### **Принудительные меры медицинского характера в отношении М. будут исполняться**

- в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа

- в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- в медицинских организациях государственной системы здравоохранения
- по месту отбывания лишения свободы

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении М. должно быть обеспечено**

- комплексное применение психофармакотерапии и трудотерапии
- назначение антипсихотических препаратов с преимущественно седативным действием
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации

**В период исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях при изменении психического состояния, требующем лечения в стационарных условиях, помещение М. в психиатрический стационар возможно**

- комплексное применение психофармакотерапии и трудотерапии
- назначение антипсихотических препаратов с преимущественно седативным действием
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Б., 34 года, обвиняемый по ст.158 ч.2 п.«в» УК РФ, ст.158 ч.2 п.«в» УК РФ, ст.158 ч.2 п.«в» УК РФ, ст.30 ч.3, ст.158 ч.2 п.«в» УК РФ (в совершении ряда краж). В ходе следствия ему назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). Находится в стационарном отделении судебно-психиатрических экспертиз. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; вменяемости; определения соответствия ранее примененных к Б. мер профилактики общественной опасности его психическому состоянию и действующей нормативной правовой

базе; наличия связи психического расстройства Б. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида. По заключению комиссии экспертов во время совершения преступления в силу психического расстройства Б. не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

### **Жалобы**

Не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

Отец злоупотреблял спиртными напитками. Подэкспертный родился в двойне, недоношенным, с явлениями внутриутробной гипоксии, синдромом мышечной дистонии, конъюгационной желтухой, анемией. В первые дни жизни перенес пневмонию, был переведен в отделение патологии новорожденных, где находился до 2-х месячного возраста. Развивался с задержкой. До 4-х лет наблюдался неврологом с диагнозом «перинатальная энцефалопатия, гидроцефальный, гипертензионный синдромы». В 1989 г. при осмотре неврологом патологии выявлено не было, был снят с учета. Мать подэкспертного характеризовала сына неусидчивым, невнимательным, очень подвижным ребенком. В школе обучаться начал своевременно. Согласно школьной характеристике, отмечался низкий уровень познавательной деятельности; был неусидчив, легко отвлекаем, конфликтовал со сверстниками. С 10-летнего возраста стал пропускать школьные занятия, уходить из дома на длительный срок, бродяжничал, попрошайничал, совершал кражи. С этого же времени стал злоупотреблять токсическими веществами, вдыхал пары летучих растворителей. Переносил травмы головы с потерей сознания (участвовал в драках), за медицинской помощью не обращался. В связи с выраженными нарушениями поведения дважды находился на лечении в психиатрической больнице с диагнозом «Умственная отсталость легкой степени с нарушениями поведения. Синдром зависимости от летучих растворителей». Был поставлен на учет в наркологический диспансер по поводу «II стадии зависимости вследствие злоупотребления средств бытовой химии». В 2001г. совершил ряд краж, проходил амбулаторную психолого-психиатрическую судебную экспертизу. С диагнозом «органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями» был признан невменяемым, судом назначено принудительное лечение (ПЛ) в психиатрическом стационаре общего типа. В период госпитализации совершил побег из стационара, через несколько дней был возвращен в отделение. Продолжительность стационарного ПЛ составила менее года. В 2003 г. вид ПЛ изменен на амбулаторный. Несмотря на неоднократные вызовы на прием, Б. в психоневрологический диспансер не являлся. Состоял на учете у нарколога с диагнозом: «Психические и



поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей. Синдром зависимости. Периодическое употребление, средняя стадия». Бродяжничал, в характеризующем материале отмечается изменчивый характер Б. – «он мог быть добрым, спокойным, а через какое-то время проявлять жестокость, агрессивность, неуравновешенность». В 2003г. совершил ряд краж и покушение на угон автомобиля. Проводилась амбулаторная СПЭ. С диагнозом «органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями» был признан невменяемым, рекомендовалось применение мер медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. С 2004 по 2010 гг. находился на ПЛ., после его отмены в отношении Б. установлено активное диспансерное наблюдение. Токсические вещества более не употреблял. Дважды посещал психиатра, от приема поддерживающей терапии отказался, в последующем психиатром не наблюдался. В 2012 г. вновь совершил кражи, находился на стационарной СПЭ, был признан вменяемым. Назначено условное наказание с испытательным сроком 5 лет. С 2012г. психиатра не посещал, не работал.

### **Анамнез жизни**

Старший из двоих детей в семье. Окончил 9 классов общеобразовательной школы, специальности не имеет. Непродолжительное время (менее года) трудоустраивался разнорабочим. Проживал с матерью и сестрой, нигде не обучался и не работал, вел асоциальный образ жизни. Неоднократно привлекался к уголовной ответственности. Б. обвиняется в совершении ряда краж.

### **Объективный статус**

Неврологическое состояние. В области волосистой части головы посттравматические шрамы. Деформация грудины. Глазные щели симметричные. Зрачки равномерные, фотореакции сохранены. Конвергенция ослаблена слева. Легкая асимметрия носогубных складок. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук, с ног равномерные, оживлены. Брюшные рефлексы живые. Симптом Якобсона–Ласка справа. В позе Ромберга легкая неустойчивость. Пальценосовые, коленопяточные пробы выполняет с интенцией. Легкий гипергидроз стоп и кистей. Заключение невролога: неврологическая микросимптоматика резидуально-органического характера (вследствие патологии раннего периода развития, травматического и токсического генеза). Психическое состояние. Подэкспертный ориентирован всесторонне верно. Цель экспертизы понимает правильно. Настроение приподнятое, временами посмеивается. В беседу вступает охотно, на вопросы отвечает в плане заданного, порой излишне обстоятельно. Затрудняется четко датировать основные события своей жизни. Себя считает психически здоровым

человеком. Обнаруживает низкий запас общеобразовательных знаний, бедный словарный запас, однако в бытовых вопросах ориентирован. Рассказывает, что в период обучения в школе «учиться не нравилось», «сбегал» с занятий. Время проводил с друзьями, вдыхал пары летучих растворителей, совершал противоправные действия, «было весело». Сообщает, что с подросткового возраста употребляет спиртные напитки, но злоупотребление отрицает. Употребление токсических веществ в течение последних 5 лет отрицает. Себя характеризует человеком спокойным, уравновешенным. Одновременно с этим заявляет, что не может сидеть на одном месте, привык находиться «в движении». Утверждает, что ему не хватает усидчивости, чтобы в течение длительного времени заниматься каким-либо одним занятием. Этим объясняет и свою неспособность к работе в течение сколько-нибудь длительного времени. Отмечает, что периодически, в ответ на какие-либо замечания, «придирки», становится раздражительным, вспыльчивым. При расспросе об инкриминируемых ему деяниях сообщает сведения согласно своим показаниям в уголовном деле. Поясняет, что кражи не планировал, все происходило случайно, когда он находился в состоянии алкогольного опьянения, утверждает, что «трезвым на это не осмелился бы». Свою ответственность не отрицает, уточняет, что правонарушения совершал не один, при этом подчеркивает, что всю вину взял на себя. Мышление последовательное, достаточное по темпу. Суждения легковесные, облегченные. Память несколько снижена. Эмоциональные реакции неустойчивые, лабильные. Склонен к непосредственной реализации возникающих побуждений. Волевая сфера характеризуется незрелостью. Обманов восприятия, бредовых идей нет. Критика к своему состоянию и сложившейся судебно-следственной ситуации снижена. В период пребывания в отделении конфликтовал с подэкспертными по незначительным поводам.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 Б. можно поставить диагноз**

- комплексное применение психофармакотерапии и трудотерапии
- назначение антипсихотических препаратов с преимущественно седативным действием
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, назначение Б. в 2001 г. принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа было**

- достаточным в связи с не тяжким характером совершенных правонарушений, не связанных с насилием
- недостаточным для профилактики повторной общественной опасности с учетом наличия выраженных нарушений поведения и эмоциональной сферы, асоциального образа жизни
- достаточным в связи с не тяжким характером совершенных правонарушений, не направленных против других лиц
- недостаточным вследствие повторности совершения тяжких правонарушений

**На основании анализа данных анамнеза, продолжительность исполнения назначенного Б. в 2001 г. принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа была**

- достаточной с учетом не тяжкого характера совершенного правонарушения
- недостаточной вследствие сохранения связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для других лиц
- избыточной с учетом не тяжкого характера совершенного правонарушения
- достаточной вследствие отсутствия связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц

**На основании анализа данных анамнеза, продолжительность ранее установленного в отношении Б. активного диспансерного наблюдения была**

- достаточной в связи с отсутствием приверженности терапии
- недостаточной вследствие сохранения склонности к совершению общественно опасных действий
- достаточной вследствие отсутствия склонности к совершению общественно опасных действий
- достаточной с учетом не тяжкого характера совершенных правонарушений

**На основании анализа данных анамнеза, согласно действующей нормативной базе, в период активного диспансерного наблюдения, Б. подлежал обследованию участковым психиатром**

- не реже одного раза в месяц

- не чаще одного раза в месяц
- один раз в неделю
- не менее 1 раза в 3 месяца

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам, способствующим противоправному поведению Б., относится**

- эмоционально-волевое снижение
- интеллектуальное снижение
- эмоциональная неустойчивость
- патология памяти и внимания

**На основании анализа данных анамнеза, мерой профилактики повторного общественно опасного поведения, которую следовало применить к больному Б. после прекращения принудительного лечения в психиатрическом стационаре, является**

- обязательное лечение у психиатра
- диспансерное наблюдение
- консультативно-лечебная помощь психиатра по месту жительства
- активное диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к медицинским мерам профилактики повторного противоправного поведения Б. относится**

- купирование дефицитарных психопатологических нарушений
- длительная госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке
- формирование приверженности труду
- коррекция эмоциональной неустойчивости и нарушений поведения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в период проведения судебно-психиатрической экспертизы психическое расстройство Б.**

- связано с неспособностью отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими
- не связано с возможностью причинения им иного существенного вреда, а также с опасностью для других лиц
- связано с опасностью для себя, вероятностью аутоагрессивного поведения
- связано с возможностью причинения им иного существенного вреда, а также с опасностью для других лиц

### **На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса Б.**

- не нуждается в назначении принудительных мер медицинского характера
- нуждается в назначении принудительных мер медицинского характера
- нуждается в обязательном лечении у психиатра в уголовно-исполнительной системе
- нуждается в добровольном лечении у психиатра по месту жительства

### **Вид принудительных мер медицинского характера в отношении Б.**

- определяется комиссией судебных психиатров-экспертов с учетом особенностей психического состояния подэкспертного
- определяется комиссией врачей-психиатров уголовно-исполнительной системы
- определен уголовным законодательством в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- определяется судом с учетом особенностей психического состояния

### **Принудительные меры медицинского характера в отношении Б. будут исполняться**

- определяется комиссией судебных психиатров-экспертов с учетом особенностей психического состояния подэкспертного
- определяется комиссией врачей-психиатров уголовно-исполнительной системы
- определен уголовным законодательством в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- определяется судом с учетом особенностей психического состояния

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный К., 30 лет, обвиняемый по ст.131 ч. 2 п. «б» (в совершении изнасилования с угрозой убийством потерпевшей). В ходе следствия ему проведена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). По заключению комиссии экспертов К. установлен диагноз «легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения», рекомендовано признать его невменяемым и назначить принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. В связи с «недостаточным обоснованием экспертных выводов», вынесено судебное определение о проведении повторной стационарной судебно-психиатрической экспертизы. Находится в судебно-психиатрическом экспертном отделении.

Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; определения соответствия ранее примененных к К. мер профилактики общественной опасности его психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства К. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида.

### **Жалобы**

На головные боли, сонливость

### **Анамнез заболевания**

Подэкспертный с детства отставал в развитии - плохо разговаривал, не мог самостоятельно одеваться. Посещал специальную коррекционную школу. Из характеристики: «в случае оскорбления становился неадекватным, его поведение было непредсказуемым и если К. не успокаивали, то мог нанести телесные повреждения окружающим. У него было чрезмерно сильное сексуальное влечение к противоположному полу». Смог окончить лишь 3 класса по программе вспомогательной школы, после чего прекратил обучение – навыками чтения, письма, счета не овладел. В 2011 г. в связи с нарушениями поведения К. находился на стационарном лечении в психиатрической больнице с диагнозом: «Легкая умственная отсталость неясной этиологии с нарушением поведения». Из описания психического состояния в истории болезни: «Внешне неряшлив, ссутулившись сидел на стуле, голос тихий, монотонный. Мышление конкретное, замедленное по темпу. Абстрактные понятия, обобщение недоступны. Не читал, писать умел только свою фамилию, считать не умел. Интересы физиологические. Настроение снижено. Тосковал по матери, попросил написать ей письмо с просьбой приехать к нему. При выписке был спокоен. Активно помогал по отделению».

### **Анамнез жизни**

Родился младшим из четырех детей в семье. Отец умер, когда К. было около трех лет. Мать воспитанием не занималась, так как злоупотребляла спиртными напитками. Специальности не имеет. Неоднократно привлекался к уголовной ответственности по ст.158 (кража). В течение 3 лет находился в местах лишения свободы. В последующем не работал, группа инвалидности не оформлялась, до 2016 г. проживал с матерью, которая алкоголизировалась. Со слов подэкспертного в последнее время ночевал в кустах на улице, просил у прохожих деньги в качестве милостыни, на что покупал себе продукты питания. Согласно справкам, К. на учете у врача-нарколога и врача-психиатра не состоял. Как следует из материалов уголовного дела, К. в августе 2017 года совершил с потерпевшей (1997 г.р.), против ее воли половое сношение с применением насилия, соединенное с угрозой убийством.

## **Объективный статус**

Неврологическое состояние. Определяются стигмы дизэмбриогенеза – «высокое твердое небо», деформация грудины, приращение мочки ушей. Легкая асимметрия взора влево. Асимметрия носогубных складок. Девиация языка вправо. Симптом Якобсона-Ласка с двух сторон положительный. В пробе Ромберга легкая неустойчивость. Наблюдается вегетативная лабильность. Нарушена осанка. На рентгенограмме черепа структура костей не изменена, форма и размеры турецкого седла обычные, отмечается обызвествление твердой мозговой оболочки. Заключение невролога: «Резидуально-органическое поражение ЦНС. Синдром вегетативной дисфункции».

Психическое состояние. дезориентирован во времени и месте, может сообщить только свои паспортные данные. Контакт формально доступен. Цель обследования не понимает, сообщает, что прибыл для того, чтобы «убираться». Не всегда понимает содержание вопросов, отвечает кратко. Высказывания носят противоречивый характер. В начале беседы сидит, откинувшись назад, далее горбится, начинает стучать пальцами по зубам, поглаживает себя по шее и лбу. Часто не к месту смеется. Использует нецензурные выражения, на замечания не реагирует. Дистанцию не соблюдает. Фон настроения лабилен. Сообщает, что его раздражает другой подэкспертный, так как «тот всё время бормочет». Утверждает, что ударил одного из подэкспертных, так как «тот ползал по полу». Анамнестические сведения сообщает непоследовательно, путается в них. Утверждает, что является единственным ребенком в семье, но при уточняющем вопросе о наличии других родственников, сообщает, что у него есть два старших брата и сестра. Сообщает, что в школу пошел с 6 лет, где получал «одни пятерки». Утверждает, что окончил 9 классов общеобразовательной школы, после чего пошел работать грузчиком, сторожем и «купил себе машину». Говорит, что умеет ездить на машине, при этом затрудняется ответить за счёт чего работает автомобиль. Говорит, что употребляет только «свой самогон». Утверждает, что делает его из «воды и дрожжей». Сообщает, что дома жил с матерью, которая «пьет и не работает, живем на ее пенсию». Говорит, что когда отбывал наказание в местах лишения свободы, два раза пытался совершить суицид, так как его избивали, но при повторном опросе заявил, что пытался «повеситься» из-за отсутствия сигарет. Заявляет, что «встречался со всеми девочками», при этом уточняет, что «женат и имеет трехлетнюю дочь». Склонен к примитивному фантазированию. Свою вину в инкриминируемом ему деянии формально признает. Мышление конкретное, суждения облеченные, крайне примитивные. Эмоциональные реакции неустойчивые. Интеллектуально-мнестические функции снижены. Критика к своему состоянию и сложившейся судебной ситуации отсутствует. Нарушал режим отделения – конфликтовал с подэкспертными.

Экспериментально-психологическое исследование. На фоне низкого

интеллектуального уровня подэкспертного, имеющих у него трудностей концентрации внимания и недостаточности мотивационно-волевых ресурсов, а также сложностей усвоения и удержания инструкций, провести исследование в полном объеме не представилось возможным. Коэффициент умственного развития 39. Отмечаются выраженные трудности установления продуктивных межличностных контактов и решения конфликтных ситуаций, сочетающиеся с неустойчивостью фона настроения, вспыльчивостью, а также наличием агрессивных тенденций с субъективной приемлемостью деструктивных форм поведения.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз, выставленный К. судебными психиатрами-экспертами при первичной судебно-психиатрической экспертизе по настоящему уголовному делу**

- нуждается в уточнении с изменением степени умственной отсталости
- нуждается в уточнении с изменением степени выраженности нарушений поведения
- правильный
- не соответствует психическому состоянию больного

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больному К. можно поставить диагноз**

- нуждается в уточнении с изменением степени умственной отсталости
- нуждается в уточнении с изменением степени выраженности нарушений поведения
- правильный
- не соответствует психическому состоянию больного

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, мерой профилактики повторного общественно опасного поведения, которую следовало применить к больному К., является**

- консультативно-лечебная помощь психиатра по месту жительства
- обязательное лечение у нарколога
- обязательное лечение у психиатра
- активное диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в период проведения настоящей судебно-психиатрической экспертизы потенциальная общественная опасность К.**



- сохраняется
- низкая
- значительно снизилась
- отсутствует

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению К. повторных общественно опасных действий, относятся**

- значительные нарушения поведения на фоне интеллектуальной несостоятельности
- выраженные интеллектуальные нарушения с неспособностью к самообслуживанию
- расстройства восприятия с дезорганизацией поведения
- когнитивные нарушения с отсутствием трудоспособности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в настоящее время К. нуждается в**

- длительном лечении в психиатрическом стационаре
- назначении принудительных мер медицинского характера
- направлении в психоневрологический интернат
- наблюдении у психиатра по месту жительства

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при выборе вида принудительных мер медицинского характера в отношении К. следует учитывать**

- отсутствие способности к обучению и приверженности труду
- выраженную интеллектуальную несостоятельность
- высокую степень нарушения памяти и внимания
- наличие значительных нарушений поведения

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса, назначение принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях для профилактики повторного общественно опасного поведения К. является**

- достаточным и соответствующим характеру психического расстройства
- достаточным с учетом характера совершенного правонарушения
- недостаточным и не соответствующим характеру психического расстройства
- недостаточным с учетом тяжести совершенного правонарушения

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса, назначение лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа, для профилактики повторного общественно опасного поведения К. является**

- недостаточным с учетом тяжести совершенного правонарушения
- достаточным и соответствующим характеру психического расстройства
- недостаточным и не соответствующим характеру психического расстройства
- достаточным с учетом характера совершенного правонарушения

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса, для профилактики повторного общественно опасного поведения К. необходимо назначить принудительное**

- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса, назначение К. принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа**

- показано в связи с наличием значительного интеллектуального снижения
- показано в связи с тяжким характером совершенного правонарушения
- не показано в связи с отсутствием продуктивной психопатологической симптоматики
- показано в связи с наличием значительных нарушений поведения, асоциальным образом жизни

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для прекращения применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния К. с отсутствием**

- показано в связи с наличием значительного интеллектуального снижения
- показано в связи с тяжким характером совершенного правонарушения
- не показано в связи с отсутствием продуктивной психопатологической симптоматики

- показано в связи с наличием значительных нарушений поведения, асоциальным образом жизни

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Б., 49 лет, обвиняемый по ст. 282 ч.1 УК РФ, ст. 280 ч.1 УК РФ (в организации экстремистского сообщества и публичных призывах к осуществлению экстремистской деятельности). В ходе следствия ему назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). Находится в судебно-психиатрическом экспертном отделении. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; вменяемости; определения соответствия ранее примененных к Б. мер профилактики общественной опасности его психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства Б. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида. По заключению комиссии экспертов рекомендовано признать Б. невменяемым.

### **Жалобы**

Предъявляет жалобы на повышенную утомляемость.

### **Анамнез заболевания**

Наследственность психопатологически не отягощена. В возрасте 11 лет Б. стал ранимым, находил у себя физические недостатки, считал, что сверстники насмеются над ним, в связи с чем пребывал в подавленном состоянии, практически ни с кем не общался. В период обучения в институте у него также отмечались пониженное настроение, переживания по поводу своей внешности - «толстого носа». На 3 курсе возникали колебания настроения - от веселого до подавленного, консультирован психиатром. Из описания психического состояния известно, что Б. «был вял, отмечал замедленное течение мыслей; сообщал, что иногда уму кажется, что о нем говорят. Рассматривал свое лицо, искал недостатки». Устанавливался диагноз: «Шизофрения, дебют». Лечился в психиатрическом стационаре. При поступлении обнаруживалось сниженное настроение, вялость, говорил, что ему «трудно думать», беспокоился, что в таком состоянии его «сочтут за дурака», «неспособного». Был ипохондричен. Выявлялись эмоциональная монотонность, тусклость, маловыразительность. К своему состоянию относился критически, просил «вылечить его». Выписан с диагнозом: «Аффективная психопатия с преобладанием гипотимии. Шизофрения вялотекущая?». В последующем неоднократно обращался в психоневрологический диспансер с теми же жалобами, получал лечение.

Одновременно у него наблюдались периоды повешенного настроения, когда становился активным, обнаруживал у себя творческие способности - к музыке и поэзии. Часто менял места работы, так как конфликтовал с руководством - делал бестактные замечания. В 1997 г. подэкспертный привлекался к уголовной ответственности за спекуляцию (скупал и перепродавал книги). По данному делу проводилась амбулаторная СПЭ. Комиссией экспертов рекомендовано признать Б. невменяемым с диагнозом «шизофрения», направить под «активное наблюдение при психиатрическом диспансере по месту жительства». В течение 2-х лет посещал участкового психиатра. При этом продолжал заниматься перепродажей книг. С 2001 г. практически перестал вступать в контакт с окружающими, время проводил за чтением книг, просмотром политических передач, посещением митингов. Примерно с 2000 г. возникало «чувство скованности мышления, чуждости себя». Дважды лечился в психиатрическом стационаре. Жаловался на тревогу, бессонницу, «застывание» неприятных мыслей, а также чувство тяжести в голове. Устанавливался диагноз: «Шизофрения вялотекущая с нарастанием эмоционально-волевого дефекта». Определена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию. После выписки периодически посещал участкового психиатра, под диспансерным наблюдением не состоял.

### **Анамнез жизни**

Единственный ребенок в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Посещал детские дошкольные учреждения. В школе стал обучаться своевременно. По характеру был пассивным, застенчивым. В 1-3 классах успевал хорошо, в дальнейшем успеваемость снизилась. Окончил 10 классов и инженерно-строительный институт по специальности «инженер-механик». Трудоустраивался оператором, инженером. Часто менял места работы. С 2008 г. нигде не работал – «помогал матери по дому». С 2010 г. (после смерти матери) проживал один, с родственниками не общался, одиночеством не тяготился.

Как следует из материалов уголовного дела, Б. обвиняется в том, что в феврале 2016 г., в ходе оперативно-розыскного мероприятия «проверочная закупка», за денежные средства передал старшему оперуполномоченному книги, в тексте которых содержалась совокупность психологических и лингвистических признаков возбуждения национальной розни, также предложил приобрести другую экстремистскую литературу, после чего был задержан. При осмотре места происшествия в квартире Б. была обнаружена экстремистская литература.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Ориентирован формально правильно, контакту доступен, цель экспертного исследования осознает. Фон настроения несколько снижен. Сидит ссутулившись, постоянно совершает стереотипные движения

(теребит ухо, потирает рот). Держится несколько напряженно, настороженно. Голос тихий, маломодулированный. Мимика маловыразительная. Периодически начинает посмеиваться не к месту. На вопросы отвечает не всегда в плане заданного. Анамнестические сведения сообщает непоследовательно, отвлекается на побочные ассоциации, перескакивает с одной темы на другую. Рассказывает, что рос замкнутым, застенчивым ребенком, авторитетом среди одноклассников не пользовался. Говорит, что друзей практически не имел, сверстники не хотели общаться с ним, сам же в больших компаниях чувствовал себя неловко и некомфортно. Отмечает, что неоднократно слышал от них, что он «странный», «чудной», по поводу чего переживал. Сообщает, что однажды однокурсник сказал ему, что он «умрет под забором», что принял близко к сердцу, длительное время переживал по этому поводу, не мог спать, постоянно думал о том, что так и случится. Рассказывает, что в последующем у него стали возникать «тревожные состояния», он «терял взаимопонимание с людьми», беспокоили «напряженность», стойкие головные боли. В дальнейшем состояние «ухудшалось по нарастающей», головные боли становились более сильными, обострялись тревога и беспокойство, появились нарушения сна, «тяжело было соображать», «голова совсем отупела», «мысли шли очень медленно». Такие состояния сменялись периодами «активности», когда настроение повышалось, однако контакт с окружающими так же был затруднен, предпочитал одиночество. Холодно говорит о матери, поясняет, что она «забирала» у него много сил, после ее смерти «стало легче». С безразличием рассказывает об отношениях с противоположным полом, поясняет, что когда-то задумывался об этом, но «особого желания» создать семью не возникало. Сообщает, что на работах удерживался непродолжительное время, не мог подолгу заниматься каким-либо делом - «голова начинала тупеть», все делал медленно, после чего вовсе ослабевал. Вину в инкриминируемом деянии признает частично. Поясняет, что действительно занимался распространением книг, однако не с экстремистскими целями. Сообщает, что не задумывался о том, что они могут быть запрещены. Говорит, что политикой не интересуется, сидя дома просматривает «разные передачи», но в целом к ним безразличен. Мышление подэкспертного непоследовательное, нецеленаправленное, аморфное. Эмоциональные проявления бедные, маловыразительные. Волевая сфера снижена. Критика к своему состоянию и сложившейся судебной ситуации нарушена. \_В ходе экспериментально-психологического исследования\_ у Б. на фоне недостаточности контролирующей функции мышления выявляются неравномерность уровня и качества ответов с привлечением, наряду со значимыми, субъективных оснований, а также широких обобщений низкого качества; нарушения в смысловой сфере в виде нечеткости решений с элементами смещения, искажения; нарушение

целенаправленности суждений с трудностями дифференциации существенно и второстепенного, а также соскальзыванием на побочные ассоциативные связи; тенденция к интерпретации содержательного контекста причинно-следственных связей исходя из субъективных критериев, сочетание буквального и переносного смыслов. Для обследуемого характерны такие личностные особенности, как избирательность в общении, трудности в межличностных контактах, вызванные подозрительностью с ожиданием недоброжелательного отношения к нему со стороны других людей, тенденцией ориентироваться в своем поведении на собственные устоявшиеся, но отличающиеся субъективностью и своеобразием критерии и оценки при недостаточном понимании мотивов действий окружающих, аффективная ригидность. Критические возможности в оценке своего поведения и высказываний снижены.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертному Б. можно поставить диагноз**

- показано в связи с наличием значительного интеллектуального снижения
- показано в связи с тяжким характером совершенного правонарушения
- не показано в связи с отсутствием продуктивной психопатологической симптоматики
- показано в связи с наличием значительных нарушений поведения, асоциальным образом жизни

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, решение комиссии судебных психиатров-экспертов о направлении Б., совершившего правонарушение в состоянии невменяемости, под «активное наблюдение при психиатрическом диспансере по месту жительства», является**

- достаточным для предупреждения повторной общественной опасности с учетом характера совершенного правонарушения, не связанного с насилием
- достаточным для предупреждения повторной общественной опасности и соответствующим характеру психического расстройства
- недостаточным для предупреждения повторной общественной опасности с учетом тяжести совершенного правонарушения
- недостаточным для предупреждения повторной общественной опасности и не соответствующим характеру психического расстройства

**На основании анализа данных анамнеза, после совершения первого правонарушения, Б. нуждался в**

- длительном лечении в психиатрическом стационаре
- консультативном наблюдении у психиатра по месту жительства
- назначении принудительных мер медицинского характера
- направлении в психоневрологический интернат

**На основании анализа данных анамнеза, после совершения первого правонарушения, Б. было целесообразно назначить принудительное**

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа
- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением

**На основании анализа данных анамнеза, мерой внебольничной профилактики повторного общественно опасного поведения, которую следовало применить к больному Б., является**

- активное диспансерное наблюдение
- обязательное лечение у психотерапевта
- консультативно-лечебная помощь психиатра по месту жительства
- обязательное лечение у психиатра

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам риска повторного противоправного поведения Б. относится**

- наличие криминального опыта с отсутствием критики к совершенным противоправным действиям
- эмоционально-волевое снижение
- материальное неблагополучие
- когнитивный дефицит с нарастанием социальной дезадаптации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в период проведения настоящей судебно-психиатрической экспертизы потенциальная общественная опасность Б.**

- сохраняется
- отсутствует
- низкая
- значительно снизилась

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в настоящее время Б. нуждается в**

- длительном помещении в психиатрический стационар
- недобровольной госпитализации
- назначении принудительных мер медицинского характера
- лечении у психиатра на общих основаниях

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса, назначение Б. принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях в настоящее время является**

- достаточным для предупреждения повторной общественной опасности и соответствующим характеру психического расстройства
- достаточным для предупреждения повторной общественной опасности с учетом характера совершенного правонарушения, не связанного с насилием
- недостаточным для предупреждения повторной общественной опасности с учетом тяжести совершенного правонарушения
- недостаточным для предупреждения повторной общественной опасности с учетом имеющихся факторов риска

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса, к противопоказаниям для назначения Б. принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях в настоящее время относится**

- тяжесть совершенного правонарушения
- наличие апато-абулического дефекта
- повторность совершения противоправных действий с нарастанием социальной дезадаптации
- наличие продуктивной психопатологической симптоматики

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса, для профилактики повторного общественно опасного поведения Б. необходимо назначить принудительное**

- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа



- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса, к показаниям для назначения Б. лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, относится**

- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Р., 39 лет, обвиняемый по ст.132 ч. 4 п. «б» УК РФ (в совершении насильственных действий сексуального характера в отношении своей дочери 2009 г.р.). В ходе следствия ему назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ). Находится в стационарном отделении судебно-психиатрических экспертиз. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; вменяемости; определения соответствия ранее примененных к Р. мер профилактики общественной опасности его психическому состоянию и действующей нормативной правовой базе; наличия связи психического расстройства Р. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; назначения принудительных мер медицинского характера и выбора их вида. По заключению комиссии экспертов Р. хроническим психическим расстройством, слабоумием, иным болезненным состоянием психики, которые лишали бы его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, не страдал и не страдает в настоящее время.

### **Жалобы**

Не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

Отец злоупотреблял спиртными напитками. В подростковом возрасте Р. непродолжительное время вдыхал пары летучих растворителей, в 16 лет стал

курить марихуану, употреблял ее в течение 7 лет с периодичностью 1-2 раза в неделю. С 2006г. подэкспертный стал злоупотреблять спиртными напитками, сформировался абстинентный синдром, толерантность составляет более 1 литра крепких спиртных напитков в день. В состоянии алкогольного опьянения становился агрессивным, вступал в драки, в последующем не помнил действий, совершенных им в состоянии алкогольного опьянения. В ноябре 2011 г. «закодировался», но без спиртного продержался менее трех месяцев. Бывшая жена подэкспертного пояснила, что у Р. «были обострены два инстинкта - пищевой и половой, он был сексуально расторможен, вел беспорядочную половую жизнь». Отметила, что после того, как они с подэкспертным перестали вместе проживать, она разбирала диски и обнаружила один с порнографическими видеозаписями - поняла, что этот диск принадлежал Р.

### **Анамнез жизни**

Подэкспертный родился единственным ребенком в семье. Посещал детские дошкольные учреждения. В школу был определен своевременно. Успевал удовлетворительно, классы не дублировал. Окончил 9 классов, затем железнодорожный техникум по специальности «техник-технолог по эксплуатации вагонов и вагонного хозяйства», а также университет путей сообщения по специальности «инженер-механик путей сообщения». С 2003г. работал в эксплуатационном вагонном депо. За время работы зарекомендовал себя добросовестным, грамотным, исполнительным работником. Обладал хорошим практическим и теоретическим умением и навыком. Ориентировался в сложной обстановке и принимал правильные решения. Всю поставленную работу выполнял качественно и в срок. Пользовался заслуженным авторитетом среди работников депо. Не допускал нарушений трудовой дисциплины и правил внутреннего распорядка. Неоднократно премировался начальником депо за добросовестный труд на железнодорожном транспорте. С 2004г. по 2005г. проходил службу во внутренних войсках РФ. Как следует из служебной характеристики, за время прохождения службы программу боевой и общественно-государственной подготовки усвоил с оценкой «хорошо». Добросовестно относился к выполнению своих обязанностей. Пользовался авторитетом в коллективе, принимал активное участие в общественной жизни подразделения. По характеру был спокоен, уравновешен. В 2005г. вступил в брак, от которого имеет дочь 2009 г.р. Бывшая жена подэкспертного охарактеризовала его как человека вспыльчивого, возбудимого, вплоть до агрессии, также отметила, что он был заботливым и хозяйственным семьянином. По месту жительства Р. характеризуется удовлетворительно, жалоб со стороны родственников и соседей на него не поступало. Ранее к уголовной ответственности подэкспертный не привлекался. Разведен, проживает один, в течение последних 3-х лет не имеет постоянного места

работы. На учете у психиатра и нарколога не состоит. \_Как следует из материалов уголовного дела\_, Р. обвиняется в том, что в период с мая 2016г. по июль 2016г., он, находясь в состоянии алкогольного опьянения, трогал половые органы своей дочери, 2009г.р., касался их половым членом, происходящее фиксировал при помощи фото и видеосъемки.

### **Объективный статус**

\_Заключение невролога:\_ последствия токсического воздействия на центральную нервную систему с рассеянной невротической симптоматикой, вегетативной неустойчивостью. \_Психическое состояние\_. Подэкспертный ориентирован всесторонне верно. Контакт доступен. Фон настроения ровный. На вопросы отвечает в плане заданного, по существу, кратко. Словарный запас невелик, в беседе использует упрощенные формулировки. Анамнестические сведения сообщает последовательно. Рассказывает, что рос спокойным и коммуникабельным. Вспоминает, что в период обучения в университете «частенько» выпивал, отмечались запойные состояния до 2-х дней, вместе с тем наблюдались продолжительные периоды воздержания от спиртных напитков, порядка нескольких месяцев. Сообщает, что спустя полгода после женитьбы (в возрасте 25 лет) стал выпивать каждые выходные, в течение двух дней выпивал по 1,5 бутылки водки в день, на третий день «шел на уменьшение». Не отрицает, что неоднократно являлся на работу в состоянии алкогольного опьянения, в связи с чем у него возникали проблемы, был уволен. Отмечает, что когда выпивал «сверх меры», становился раздражительным, порой агрессивным. Рассказывает, что с женой у него складывались конфликтные отношения, что объясняет ее «истеричным» характером и своим злоупотреблением спиртными напитками. Говорит, что после развода «почувствовал свободу» - чаще «уходил в запой», просматривал различные порнографические видеоролики в интернете, беспорядочно знакомился с женщинами. Сообщает, что однажды обнаружил фильм с участием маленьких девочек, который заинтересовал его и с того момента он стал задумываться об интиме с ними, фантазировал об этом во время половых актов с женщинами. При затрагивании данной темы краснеет, отмечается потливость, постоянно потирает руки, стремится избежать визуального контакта. Поясняет, что в периоды совершения правонарушения находился в состоянии алкогольного опьянения. Отмечает, что спиртное помогало расслабиться и снять напряжение. Сообщает, что понимал противоправность своих действий, однако в тот момент об этом не задумывался, лишь «выходя из запоя, начинал чувствовать свою вину». Смущаясь, но при этом откровенно рассказывает о том, что намеревался постепенно приучить дочь к сексуальным отношениям, а в последующем вступать с ней в половые акты. Мышление последовательное, ближе к конкретному типу. Эмоциональные реакции несколько огрубленные. Ряд

суждений носит поверхностный, облегченный характер. Выраженных интеллектуально-мнестических нарушений не выявлено. Противоправность и наказуемость своих действий осознает. Бредовых идей, обманов восприятия нет. Критика к своему состоянию, сложившейся судебной-следственной ситуации сохранена. В отделении режим не нарушает, общается с другими подэкспертными, утаивает от них детали своего правонарушения.

Сексологическое исследование. Отмечает, что более 2х лет в его сексуальных фантазиях была дочь, подобные фантазии возникали вне связи с какими-либо внешними причинами. При этом ощущал «дискомфорт и тяжесть внутри», «настроение падало». Поясняет, что «старался подавлять свое влечение к ней», «лучше становилось только когда выпивал». В тоже время, оставаясь с дочерью наедине, отмечал более навязчивый характер фантазий, - тогда «брался за бутылку». В состоянии алкогольного опьянения чувствовал как «спадает напряжение», начинал «приставать к дочери ни задумываясь ни о чем». Рассказывает, что впоследствии «планировал с ней сексуальные отношения», поясняет, что «хотел сначала научить ее делать минет», до 10летнего возраста «заниматься с ней анальным сексом», а потом «лишить ее девственности». С грустью в голосе сообщает, что просматривая фото и видеоматериал со своей дочерью, «всегда несколько раз мастурбировал». После чего «чувствовал стыд», «удалял фото и видео». Через некоторое время вновь «ощущал сильное влечение к дочери». Знал, что подобные действия запрещены законом, однако в тот период «не думал об этом».

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 Р. можно поставить диагноз**

- наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа
- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам, способствующим повторному противоправному поведению Р., относится наличие**

- продуктивной психопатологической симптоматики

- эмоционально-волевых нарушений
- расстройства сексуального предпочтения в виде педофилии
- интеллектуального снижения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к факторам, способствующим повторному противоправному поведению Р., относится наличие**

- эмоционально-волевых нарушений
- зависимости от алкоголя
- продуктивной психопатологической симптоматики
- патологии восприятия

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к медицинским мерам профилактики повторного противоправного поведения Р., относится**

- лечение расстройства сексуального предпочтения в виде педофилии
- коррекция интеллектуальных нарушений с повышением уровня социальной адаптации
- купирование продуктивной психопатологической симптоматики
- повышение уровня социальной адаптации с формированием приверженности труду

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к медицинским мерам профилактики повторного противоправного поведения Р., относится**

- психофармакотерапия продуктивной психопатологической симптоматики
- коррекция эмоционально-волевых нарушений
- лечение зависимости от алкоголя
- принудительное лечение от алкоголизма

**На основании анализа данных анамнеза и действующего уголовного законодательства, к факторам, определяющим возможность назначения в отношении Р. принудительных мер медицинского характера, относится**

- совершение преступления против половой неприкосновенности, перечень которых содержится в УК РФ
- совершение деяния, предусмотренного статьями Особенной части УК РФ
- совершение преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего четырнадцатилетнего возраста
- наличие психического расстройства, не исключающего вменяемости

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса и действующего уголовного законодательства, к факторам, определяющим возможность назначения в отношении Р. принудительных мер медицинского характера, относится наличие**

- расстройства сексуального предпочтения (педофилии), не исключающего вменяемости
- психического расстройства, не исключающего вменяемости
- синдрома зависимости от алкоголя
- тяжелого психического расстройства, лишаящего возможности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в период проведения судебно-психиатрической экспертизы психическое расстройство Р**

- связано с возможностью причинения им иного существенного вреда, а также с опасностью для других лиц
- не связано с возможностью причинения им иного существенного вреда, а также с опасностью для других лиц
- связано с неспособностью отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими
- связано с опасностью для себя, вероятностью аутоагрессивного поведения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, Р.**

- нуждается в добровольном лечении у психиатра по месту жительства
- нуждается в назначении принудительных мер медицинского характера
- нуждается в обязательном лечении у психиатра в уголовно-исполнительной системе
- не нуждается в назначении принудительных мер медицинского характера

**Вид принудительных мер медицинского характера в отношении Р.**

- определяется комиссией врачей-психиатров уголовно-исполнительной системы
- назначается судом с учетом особенностей психического состояния
- определен уголовным законодательством в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- определяется комиссией судебных психиатров-экспертов с учетом особенностей психического состояния подэкспертного

**Принудительные меры медицинского характера в отношении Р. будут исполняться**

- по месту проживания
- в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа
- по месту отбывания наказания
- в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа

**В период исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях при изменении психического состояния, требующем лечения в стационарных условиях, помещение Р. в психиатрический стационар возможно**

- по месту проживания
- в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа
- по месту отбывания наказания
- в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Р., 39 лет находится в общем психиатрическом отделении. В отделение поступила на основании решения суда о назначении принудительного лечения (ПЛ) в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию Р.; наличия связи психического расстройства Р. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; определения факторов, способствующих общественной опасности Р.; выбора эффективных мер предупреждения противоправного поведения больной Р.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

Р. с раннего детского возраста отставала в психомоторном развитии. По решению медико-педагогической комиссии с диагнозом «задержка психомоторного развития» со 2 класса переведена на обучение по программе вспомогательной школы, материал усваивала слабо. Отмечалось, что интереса к учебе она не проявляла, на уроках была пассивна, начатую работу до конца не

доводила, нуждалась в постоянном контроле со стороны педагога. Прочитанное пересказать не могла, логические задачи не решала. Совершала кражи вещей, дразнила детей, конфликтовала с ними, друзей в классе не имела. В детском возрасте наблюдалась в психоневрологическом диспансере - при осмотрах психотических расстройств не выявлялось, была расторможенной, дурашливой, гневливой, аффективно-неустойчивой. В 1996 г. признана инвалидом детства второй группы по психическому заболеванию. С 23 лет Р. злоупотребляет алкоголем, сформирован абстинентный синдром, толерантность составляет 1 литр крепких спиртных напитков в день, имели место амнестические формы опьянения. Отказывалась от лечения и наблюдения у психиатра и нарколога, не работала. Неоднократно (по 2-3 раза в год) госпитализировалась в психиатрический стационар в недобровольном порядке в связи с выраженными нарушениями поведения. Причиной госпитализаций являлись конфликты больной с приемной матерью на фоне алкоголизации - становилась агрессивной по отношению к ней, угрожала убийством. В периоды госпитализаций Р. заявляла, что боится «не удержаться и убить ее». В клинической картине описывалась эмоционально-волевая неустойчивость на фоне интеллектуально-мнестического снижения и алкогольной деградации личности. После выписок асоциальный образ жизни, лекарства не принимала, участкового психиатра не посещала, вновь алкоголизировалась, в состояниях абстиненции отмечались судорожные приступы, периодически проявляла агрессию (избивала мать). Неоднократно доставлялась в отделение полиции в связи с совершением административных правонарушений. Имела асоциальный круг общения, в ее адрес неоднократно поступали жалобы от соседей, с которыми также происходили конфликты на почве образа жизни и поведения Р. 06.01.17 г. в ходе конфликта Р. нанесла приемной матери не менее 25 ударов ножом в область головы и туловища, от чего наступила смерть последней. Постановлением суда Р. была признана невменяемой, ей было назначено принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа.

### **Анамнез жизни**

Данных о наследственной отягощенности, раннем периоде развития нет. Роды у матери больной протекали на дому. После смерти матери (с 3 лет) Р. являлась воспитанницей сиротских учреждений. Окончила 9 классов вспомогательной школы и профессиональное училище по специальности «швея». С 1997 года (с 17 лет) Р. неофициально проживала у воспитательницы дома-интерната, которую называла приемной матерью. Работала санитаркой в детской больнице, в 2005 г. была уволена в связи с алкоголизацией. На протяжении более 13 лет не работает.



## **Объективный статус**

Психическое состояние. Ориентирована верно, доступна контакту. Анамнестические сведения излагает по наводящим вопросам с искажением и противоречиво. Старается охарактеризовать себя с положительной стороны. Значительно преуменьшает алкоголизацию. Критика к пагубным последствиям злоупотребления алкоголем и своему образу жизни отсутствует. С бравадой перечисляет свои многочисленные сексуальные связи с «богатыми мужчинами, которые выплачивали ей огромные суммы денег в долларовом эквиваленте». Холодно и без сожаления рассказывает о своей жизни с приемной матерью. Утверждает, что та ругала, придиралась, всячески оскорбляла и унижала ее. Рассказывает, что накануне правонарушения она «выиграла в казино большую сумму денег», рассказала об этом потерпевшей, которая потребовала у нее деньги. Между ними произошла ссора, они стали драться, она ударила потерпевшую ножом в живот и два раза в голову. В содеянном не раскаивается. Запас общих знаний и представлений мал, ограничен бытовыми вопросами, суждения примитивные, легковесные, внимание неустойчивое, мышление конкретное. Аффективно неустойчива - легко раздражается, при расспросе на неприятные для нее темы повышает голос, кричит. В отделении отмечались вспышки беспричинной агрессии к другим пациенткам на фоне тоскливо-злобного аффекта. Критика к своему состоянию и совершенному правонарушению отсутствует. Психологическое исследование. На первый план выступает установочное поведение больной в виде стремления продуцировать социально одобряемые ответы. Отмечается недостаточность навыков чтения и счета, ограниченный словарный запас, замедленный темп умственной деятельности. Коэффициент умственного развития 63. Обнаруживаются нарушения мышления в виде обстоятельности, тугоподвижности, снижения уровня обобщения, неспособность оперировать переносными смыслами. Ассоциации невысокого категориального уровня. Личностные особенности характеризуются неадекватно завышенной самооценкой, эгоцентризмом, личностной примитивностью, недостаточной реалистичностью планов и продумывания конкретных действий по достижению намеченного.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Р. можно поставить диагноз**

- по месту проживания
- в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа
- по месту отбывания наказания
- в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа

## **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, мерой первичной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к Р. в период до совершения правонарушения, являлось**

- активное диспансерное наблюдение
- обязательное лечение у психиатра-нарколога
- оказание консультативно-лечебной помощи в психоневрологическом диспансере
- диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам риска повторного общественно опасного поведения больной Р., на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относится**

- отсутствие познавательной активности
- низкий уровень интеллекта
- нарушение способности к обучению
- зависимость от алкоголя

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению Р. повторных общественно опасных действий, на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относятся**

- расстройства схемы тела
- когнитивные нарушения
- нарушения мышления
- выраженные нарушения поведения

**На основании анализа данных анамнеза показанием для установления за Р. активного диспансерного наблюдения являлось наличие**

- склонности к общественно опасным действиям
- умственной отсталости
- материального неблагополучия
- выраженного когнитивного дефицита

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в период настоящего врачебного освидетельствования потенциальная общественная опасность больной Р.**

- отсутствует
- сохраняется
- низкая
- крайне низкая

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в настоящее время Р. нуждается в**

- направлении в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами
- в обязательном лечении от алкоголизма
- принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях
- лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, на общих основаниях

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при сохранении нарушений поведения и эмоциональной сферы с агрессией к окружающим вид принудительного лечения больной Р. может быть изменен с принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа на**

- лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, на общих основаниях
- принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь от алкоголизма, наркомании и токсикомании
- принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса показанием для изменения вида принудительных мер медицинского характера с назначением Р. принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа, является наличие**

- дефицитарных расстройств со снижением энергетического потенциала
- выраженных расстройств эмоциональной сферы с нарушением контроля поведения
- интеллектуального дефицита с нарушением трудоспособности
- когнитивного снижения с неспособностью к обучению

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса целями применения принудительных мер медицинского характера в отношении Р. являются**

- достижение ремиссии психического заболевания и восстановление трудоспособности
- излечение от психического расстройства и решение социальных вопросов
- улучшение психического состояния и предупреждение совершения новых общественно опасных действий
- улучшение психического состояния и социальная реабилитация

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной Р. должно быть обеспечено**

- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- проведение лечебно-реабилитационной работы, направленной на повышение социальной адаптации
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудотерапии

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для прекращения применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Р. с отсутствием**

- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- проведение лечебно-реабилитационной работы, направленной на повышение социальной адаптации
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудотерапии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная К., 35 лет находится в общем психиатрическом отделении. В отделение поступила на основании решения суда о назначении принудительного лечения

(ПЛ) в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию К.; наличия связи психического расстройства К. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; определения факторов, способствующих общественной опасности К.; выбора эффективных мер предупреждения противоправного поведения больной К.

### **Жалобы**

Предъявляет жалобы на «спутанность мыслей», нарушение сна.

### **Анамнез заболевания**

Наследственность отягощена психическим заболеванием бабушки по линии отца, алкоголизацией родителей, умственным недоразвитием младшего брата. С 2005 г. у К. изменились взаимоотношения с отцом и братом – «начала испытывать отвращение к ним», так как считала, что предметы «становятся серыми от их присутствия», увлекалась «методиками лечения звуком», чувствовала присутствие «солдата», который может управлять ее телом. По настоянию старшей сестры в 2010 г. обратилась к психиатру и была госпитализирована в психиатрический стационар. Сестра Р. сообщила врачу, что больная ведет себя неадекватно, предпринимает попытки причинить вред их отцу. Выдвигает различные теории, непонятные окружающим, у нее отмечались «голоса» в голове. Она разговаривала сама с собой, занавешивала зеркала, по ночам не спала - ходила по улицам, у нее отмечалась ненависть по отношению к отцу, она унижала его, оскорбляла, желала смерти. Причину такого поведения объясняла тем, что отец «мешает жить», обвиняла его во всех неудачах. На самом деле отец ее не трогал и не ругал. В стационаре в первое время на месте не удерживалась, была неряшливой, раздражительной - спорила с медперсоналом, прыгала на диване в холле, свое поведение объясняла тем, что «пыталась стряхнуть солдата», периодически нарушала режим отделения - ушла на прогулку и вернулась утром, сообщив, что «спала у друга». После запрета прогулок написала отказ от лечения. Была выписана с диагнозом: «Шизотипическое расстройство». После выписки лечение не получала, психиатра не посещала, вновь начала конфликтовать с отцом - добавила кислоту ему в пищу, вследствие чего последний получил ожог пищевода и гортани, бросала в него утюгом, пыталась дать хлеб, напигованный мелким камнем (была поймана за этим занятием сестрой), высказывала мысли о самоубийстве. Сестрой была вызвана «скорая помощь», К. повторно госпитализирована в стационар, где находилась с 13.11.10г. по 22.11.10г. В своем заявлении с просьбой о госпитализации сестра перечисляла признаки неадекватного поведения К.: «она странно себя вела, смеялась, гримасничала;

сообщала, что слышала голоса в своей голове, разговаривала сама с собой; была агрессивна, угрожала без причины, желала смерти отцу». При поступлении К. говорила, что ее сглазили, навели порчу; «слышала голос какого-то солдата». Написала «отказ от лечения» и была выписана под наблюдение участкового психиатра с диагнозом: «Шизотипическое личностное расстройство». После выписки поддерживающую терапию не принимала, не работала. Еще трижды находилась на стационарном лечении, выписывалась через 10-14 дней с тем же диагнозом и рекомендациями. С 03.09.11г. по 21.12.11г. с диагнозом «шизотипическое расстройство личности» вновь находилась на лечении, скорая помощь была вызвана сотрудниками милиции, в связи с тем, что 03.09.11г. К. вела себя неадекватно в Свято-Троицком Соборе, пыталась пройти в кабинет к настоятелю, была злобной, агрессивной. В период госпитализации в рамках возбужденного уголовного дела по ст. 139 ч.1 УК РФ (нарушение неприкосновенности жилища) К. была проведена судебно-психиатрическая экспертиза, признана вменяемой. Брат больной в своем заявлении в полицию указал, что в ходе словесного конфликта 03.06.2012г. К. ударила его металлической палкой по голове, после чего он потерял сознание, очнулся в больнице. В последующем просил прекратить проверку по факту нанесения ему телесных повреждений. 08.06.12г. К. в ходе ссоры нанесла своему брату один удар клинком ножа в область шеи, причинив тем самым телесное повреждение в виде колото-резанного ранения с пересечением правой яремной вены, в результате которого наступила его смерть. Решением суда К. была признана невменяемой, направлена на ПЛ в медицинской организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа.

### **Анамнез жизни**

Родилась третьим ребенком из четверых детей. Объективных сведений о протекании беременности и родов у матери, особенностях раннего развития нет. В детстве перенесла простудные заболевания, паротит, рожистое воспаление стопы. Всегда отличалась замкнутостью, малообщительностью. С рождения страдала врожденным пороком сердца, в 2006 г. была произведена пластика дефекта межжелудочковой перегородки, в 2007 г. - реканализация дефекта. Является инвалидом 3 группы по соматическому заболеванию, с 2008г. – бессрочно. В дошкольном возрасте непродолжительное время воспитывалась в детском доме, поскольку мать пропала без вести. В возрасте 7 лет была вновь взята в семью на воспитание отцом, с 7 лет обучалась в школе-интернате, занималась по массовой программе, классы не дублировала. Окончила 9 классов и 11 классов вечерней школы, затем курсы художников по росписи посуды. Не замужем, детей не имеет, проживала с отцом и младшим братом, неофициально подрабатывала няней.

## **Объективный статус**

Психическое состояние. Доступна формальному контакту. На вопросы отвечает не всегда последовательно. Выражение лица гипомимичное, эмоционально выхолощено, манерна. Периодически внезапно становится злобной, напряженной, подозрительной. Речь по типу монолога. Активно высказывает аффективно окрашенные бредовые идеи отношения и воздействия со стороны близких. В своих госпитализациях в психиатрический стационар обвиняет сестру, при этом признает, что на протяжении многих лет испытывает слуховые псевдогаллюцинации комментирующего характера, добавляет, что постоянно ощущала воздействие со стороны брата на свои мысли и действия - «чувствовала, как он ими управляет». С хохотом сообщает о том, что неоднократно ссорилась с отцом - однажды бросила в него утюг, но он успел спрятаться, признавала, что добавляла отцу камни в хлеб, понимая, что отец плохо видит. С ненавистью вспоминает о «жестокоем отношении» к ней близких (брата, отца, сестры). В отношении убийства брата рассказывает, что накануне в голове постоянно слышала мужской «голос», который говорил: «хочешь так жить - живи, терпи брата», голос ничего не приказывал, он просто «подсмеивался», тогда она «не выдержала, и воткнула нож в шею брата». О содеянном говорит холодно, отмечает, что после смерти брата ей стало легче. Заявляет, что «в убийстве брата виновато государство», так как нужно было его забрать в больницу. Амбивалентна, внезапно начинает рыдать и твердить: «Я не Чикатило, не Чикатило, я культурный и воспитанный человек». Мышление паралогичное, нецеленаправленное, со смысловыми соскальзываниями. Критические и прогностические способности нарушены. В отделении периодически высказывает бредовые идеи отношения - «чувствую, что соседка по палате как-то влияет», требовала перевести ее в другую палату. На фоне терапии редуцировалась тревога, остается аутичной, погруженной в болезненные переживания.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной К. можно поставить диагноз:**

- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- проведение лечебно-реабилитационной работы, направленной на повышение социальной адаптации
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудотерапии

## **Диагноз**

### **На основании анализа данных анамнеза диагноз «шизотипическое расстройство личности», ранее установленный К**

- не соответствовал клиническим характеристикам психического расстройства
- определялся поведением больной
- соответствовал клиническим характеристикам психического расстройства
- был установлен не своевременно

### **На основании анализа данных анамнеза мерой первичной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной К. в период до совершения правонарушения, являлась**

- длительная госпитализация в психиатрический стационар в добровольном порядке
- постановка диагноза «параноидная шизофрения» с установлением активного диспансерного наблюдения
- постановка диагноза «параноидная шизофрения» и направление в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами
- постановка диагноза «параноидная шизофрения» и оказание больной консультативно-лечебной помощи в психоневрологическом диспансере

### **На основании анализа данных анамнеза показанием для установления за К. активного диспансерного наблюдения являлось наличие**

- выраженного когнитивного дефицита
- склонности к общественно опасным действиям
- эмоционально-волевого снижения
- диагноза «шизотипическое расстройство»

### **На основании анализа данных анамнеза на склонность К. к общественно опасным действиям указывало наличие**

- значительного когнитивного дефицита
- выраженных нарушений мышления
- эмоционально-волевого снижения
- стойких аффективно насыщенных бредовых идей отношения, воздействия

### **На основании анализа данных анамнеза на склонность К. к общественно опасным действиям указывало**



- нарушение трудоспособности с социальной дезадаптацией
- совершение в прошлом общественно опасных действий
- интеллектуальное снижение
- эмоционально-волевого снижение

**На основании анализа данных анамнеза в случае установлении за больной К. активного диспансерного наблюдения периодичность ее осмотров участковым психиатром должна была составлять**

- не чаще одного раза в неделю
- один раз в месяц
- не реже одного раза в месяц
- не реже одного раза в год

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам риска повторного общественно опасного поведения больной К., на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относится**

- асоциальный образ жизни
- злоупотребление психоактивными веществами
- отсутствие приверженности лечению
- наличие диагноза «шизофрения»

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к клинико-психопатологическим факторам, определяющим потенциальную общественную опасность К., на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относятся**

- расстройства мышления в виде паралогичности, разорванности
- эмоционально-волевые расстройства со снижением энергетического потенциала
- когнитивные нарушения со снижением социальной адаптации
- аффективно насыщенные бредовые идеи отношения, воздействия

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в настоящее время потенциальная общественная опасность больной К**

- низкая
- сохраняется
- отсутствует
- крайне незначительная

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния К. с отсутствием**

- патологии мышления в виде паралогичности, разорванности
- эмоционально-волевого снижения
- продуктивной психопатологической симптоматики и нарушений поведения
- нарушений трудовой и семейной адаптации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующей нормативной правовой базы, продление применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной К. будет определяться**

- патологии мышления в виде паралогичности, разорванности
- эмоционально-волевого снижения
- продуктивной психопатологической симптоматики и нарушений поведения
- нарушений трудовой и семейной адаптации

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Н., 49 лет. В психоневрологический диспансер поступил выписной эпикриз из психиатрического стационара, в котором содержится информация о вступившем в силу решении суда о прекращении исполнения принудительного лечения в отношении Н., в связи с чем больная выписана из психиатрического отделения общего типа. При выписке даны рекомендации о наблюдении психиатром по месту жительства. Н. находится в кабинете участкового психиатра. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию Н.; наличия связи психического расстройства Н. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; определения факторов, способствующих общественной опасности Н.; выбора эффективных мер предупреждения повторного противоправного поведения больной Н.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

В школе начала обучаться с 8 лет, дважды дублировала 1 класс. После

окончания 4 класса учебу оставила. Из характеризующего материала следует, что с детского возраста Н. была «агрессивной, конфликтной, нарушала школьную дисциплину». До 1992 г. проживала совместно с родителями, после их смерти – одна. На непродолжительное время трудоустроивалась мойщицей посуды, гардеробщицей, увольнялась в связи с конфликтами. С 1993 г. состоит под наблюдением в психоневрологическом диспансере, установлена 2 группа инвалидности бессрочно. От рекомендованного участковым психиатром лечения отказывалась. На протяжении жизни отмечались нарушения поведения, конфликты с окружающими. Дважды привлекалась к уголовной ответственности за нанесение телесных повреждений и угрозу убийством. На протяжении последних нескольких лет злоупотребляла алкоголем, проживала с сожителем, конфликтовала с ним. 05.04.2012 г. Н. нанесла сожителю проникающее ножевое ранение в брюшную полость, привлекалась к уголовной ответственности по ст. 111 ч. 1 УК РФ. В ходе следствия ей проведена амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, по заключению которой признана вменяемой, приговорена к 2,5 годам лишения свободы с испытательным сроком один год. 10.09.2015 г. Н. в состоянии алкогольного опьянения вновь нанесла тяжкие телесные повреждения сожителю. Решением суда Н. была признана невменяемой, направлена на ПЛ в медицинской организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа. При поступлении в стационар 10.01.2016 г. психическое состояние больной характеризовалось выраженными аффективными расстройствами с дисфориями, повышенной раздражительностью, агрессивностью, конфликтностью, грубым психопатоподобным поведением на фоне интеллектуально-мнестического снижения и нарушения критики. Гигиенически была запущена, за собой не ухаживала. На фоне проведения медикаментозной терапии (нейролептиками, нормотимиками, ноотропами) и реабилитационных мероприятий (групповая психокоррекционная работа с психологом, трудотерапия, рациональная психотерапия) наблюдалась положительная динамика: сгладились выраженные эмоционально-волевые расстройства с психопатоподобным поведением. Н. соблюдала режим психиатрического стационара, участвовала в трудовых процессах. Решением суда от 15.07.2017 г. принудительное лечение было отменено.

#### **Анамнез жизни**

Данные о наследственной отягощенности, раннем периоде развития отсутствуют. Имеет начальное образование. Ранее судима. Не замужем, детей нет. Проживала с сожителем, не работала.

#### **Объективный статус**

Психическое состояние. В окружающем и собственной личности ориентирована

правильно. Держится естественно, на вопросы отвечает в плане заданного, преимущественно односложно. Словарный запас беден, отмечаются повторы слов. Сообщает, что на фоне лечения состояние улучшилось - уменьшились головные боли, головокружение, стала спокойнее. Не отрицает употребление алкогольных напитков, однако заявляет, что может длительное время обходиться без них. В процессе беседы легко раздражается, повышает голос при обсуждении неблагоприятно характеризующих ее аспектов жизни. Не скрывает происходившие ссоры между ней и сожителем; поясняет, что он «часто был пьяным, мог вещи из квартиры продать, выгоняла его, наносила повреждения». Заявляет, что «сейчас он закодировался - не буду больше ссориться». Утверждает, что будет принимать поддерживающее лечение. Хорошо ориентируется в бытовых вопросах. Интеллектуальный уровень низкий. Память снижена. Мышление конкретное, обстоятельное. Суждения поверхностные. Эмоциональные реакции неустойчивые, имеется склонность к повышенной раздражительности, конфликтности, импульсивным поступкам. Психотической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций не выявлено. Критика к своему состоянию, совершенному правонарушению нарушена. При психологическом исследовании на фоне невысокого интеллектуального развития, снижения критического отношения к своему состоянию выявляется низкий уровень выполнения основных мыслительных операций, преимущественно по конкретным признакам. Коэффициент умственного развития 61. Мнестические функции снижены. При этом отмечается достаточная ориентированность в бытовых ситуациях. Больной недоступно оперирование условными смыслами, а также установление причинно-следственных отношений на наглядном материале. Личностные особенности Н. характеризуются преобладанием внешнеобвиняющих тенденций, затрудненной социальной адаптацией, недоверчивостью при недостаточной оценке намерений окружающих, устойчивостью собственного, достаточно субъективного мнения.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Н. можно поставить диагноз**

- патологии мышления в виде паралогичности, разорванности
- эмоционально-волевого снижения
- продуктивной психопатологической симптоматики и нарушений поведения
- нарушений трудовой и семейной адаптации

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса мерой профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к Н. в период до совершения последнего правонарушения, являлось**

- активное диспансерное наблюдение
- консультативное наблюдение психиатра по месту жительства
- обязательное лечение у психиатра-нарколога
- диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, прекращение принудительного лечения в стационаре общего типа без изменения его вида в отношении Н. было**

- обоснованным в связи с возможностью продолжения лечения в стационаре на общих основаниях
- не обоснованным
- обоснованным, так как больная нуждалась в переводе в психоневрологический интернат
- обоснованным, так как по психическому состоянию больная не представляла опасности для окружающих

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению Н. повторных общественно опасных действий, на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относятся**

- расстройства восприятия с нарушением поведения
- нарушения мышления и восприятия
- нарушения поведения и эмоциональной сферы
- когнитивные нарушения и сниженный фон настроения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса после получения решения суда о прекращении принудительного лечения больной Н. участковому психиатру необходимо решить вопрос об/о**

- диспансерном наблюдении
- активном диспансерном наблюдении
- консультативно-лечебной помощи
- обязательном лечении от алкоголизма

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса показанием для установления за Н. активного диспансерного наблюдения является наличие**

- склонности к общественно опасным действиям
- материального неблагополучия
- умственной отсталости
- выраженного когнитивного дефицита

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса на склонность Н. к общественно опасным действиям в настоящее время указывает наличие**

- эмоциональной неустойчивости с нарушением контроля поведения
- эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией
- выраженных нарушений мышления с социальной дезадаптацией
- выраженного когнитивного дефицита с нарушением трудоспособности

**На основании анализа данных анамнеза на склонность Н. к общественно опасным действиям указывает**

- нарушение трудоспособности с социальной дезадаптацией
- совершение в прошлом общественно опасных действий
- эмоционально-волевое снижение с нарушением социальной адаптации
- низкий уровень интеллекта

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период настоящего врачебного освидетельствования потенциальная общественная опасность Н.**

- очень высокая
- сохраняется
- повысилась
- отсутствует

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, нормативных правовых документов периодичность осмотров больной Н. участковым психиатром в период активного диспансерного наблюдения должна составлять**

- не чаще одного раза в неделю
- один раз в месяц
- не реже одного раза в месяц
- не реже одного раза в год

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в период активного диспансерного наблюдения в отношении Н. должно быть обеспечено**

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для отмены активного диспансерного необходимо улучшение психического состояния Н. с отсутствием**

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная В., 57 лет. В психоневрологический диспансер поступил выписной эпикриз из психиатрического стационара, в котором содержится информация о вступившем в силу решении суда о прекращении исполнения принудительного лечения в отношении В., в связи с чем больная выписана из психиатрического отделения специализированного типа. При выписке даны рекомендации о наблюдении психиатром по месту жительства. В. находится в кабинете участкового психиатра. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию В.; наличия связи психического расстройства В. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; определения факторов, способствующих общественной опасности В.; выбора эффективных мер предупреждения повторного противоправного поведения больной В.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Клиническая симптоматика психического расстройства появилась у В. в возрасте

37 лет – когда «начала слышать голоса» внутри головы, которые приказывали сжечь документы, выносить вещи из дома, совершить суицид. Испытывала тревогу, беспокойство, «мысли в голове путались». Самостоятельно обратилась к районному психиатру, была госпитализирована. В течение месяца находилась на лечении в психиатрическом стационаре с диагнозом «острое полиморфное психотическое расстройство». После выписки от приема поддерживающей терапии отказалась. Психическое состояние вскоре вновь изменилось, совершала нелепые действия: выбрасывала одежду и учебники сына, уничтожала продукты питания, заставляла сына читать Библию, проявляла агрессию к окружающим и сыну. В последующем многократно (с периодичностью 2-3 раза в год) находилась на лечении в психиатрическом стационаре с диагнозом «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении». Госпитализировалась в недобровольном порядке в связи с нарушениями поведения по факту «опасности для окружающих». Была агрессивна к соседям и сыну, конфликтовала с ними. После выписок лечение не принимала, участковым психиатром не наблюдалась. Вскоре вновь становилась агрессивной, нарушался сон, уходила из дома, конфликтовала с окружающими, «приставала» к детям на улице, кричала, «пугала» их, приносила с улицы ненужные вещи и предметы, жила в антисанитарных условиях. Накануне очередной госпитализации пыталась поджечь дом, устроила скандал на улице, была агрессивной - кричала на сына и соседей, угрожала физической расправой, «набрасывалась» на сына с ножом. Сотрудниками полиции доставлена в стационар. При поступлении была озлоблена, к чему-то прислушивалась, оглядывалась; продуктивному контакту была недоступна, на вопросы отвечала резко, высокомерно; фон настроения неустойчивый, раздражительна. 27.02.2014 г. после проведенного лечения В. была выписана с диагнозом «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении». 29.04.2014 г. В. пришла в дом соседки, где в ходе ссоры нанесла ей множественные удары руками и ногами, ножницами по телу, от полученных повреждений потерпевшая скончалась. Решением суда В. признана невменяемой, направлена на ПЛ в медицинской организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа. При поступлении в стационар 12.08.2014 г. фон настроения был несколько приподнят, возбуждена, многословна, отмечались наплывы, путаница мыслей. Высказывала бредовые идеи отношения, преследования и воздействия, отказывалась есть мясные продукты, заявляя, что в них яд. В дальнейшем «чувствовала влияние посторонней силы», которая воздействовала на ее мысли, комментировала действия и управляла ими, сообщала о наличии чужих мыслей в голове. Периодически отмечались раздражительность и тревога. На фоне медикаментозной терапии купировались бредовые идеи преследования, воздействия, отравления, выраженные эмоционально-волевые расстройства.



Появилась частичная критика к своему состоянию и совершенному правонарушению. При этом из выписного эпикриза следует, что у больной «сохранялись эмоционально-волевая неустойчивость, склонность к психопатоподобным формам реагирования в субъективно значимых ситуациях на фоне характерной для эндогенного процесса негативной симптоматики (эмоциональная измененность, холодность, специфические нарушения мышления, снижение волевых побуждений). Решением суда от 25.03.2018 г. принудительное лечение было отменено.

### **Анамнез жизни**

Родилась от первой нормально протекавшей беременности. Раннее развитие без особенностей. Воспитывалась бабушкой, отца не знала, мать видела редко, так как она часто находилась на лечении в психиатрической больнице. Росла общительной, подвижной, любила шумные игры. Обучение в школе начала в 7 лет, училась хорошо, занималась в спортивных секциях, участвовала в соревнованиях, мечтала получить профессию врача. После окончания 10 классов «поняла, что недостаточно подготовлена для поступления в институт», чувствовала «страх перед будущим». Устроилась работать помощником мастера на «оборонный завод». Через три года была направлена на обучение в Ленинградский кораблестроительный институт, однако проучившись 2 года, учебу оставила. Окончила курсы бухгалтеров, непродолжительное время работала по специальности. В 28 лет вышла замуж, родила двоих детей. После развода с мужем проживала с сыном. В 2000г. привлекалась к уголовной ответственности по ст. 158 УК РФ, была осуждена условно. Более 10 лет не работает. Проживала одна, взаимоотношений с родственниками не поддерживала, взаимоотношения с сыном конфликтные.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Эмоционально маловыразительна, гипомимична. На часть вопросов отвечает не по существу. Сообщает, что состояние ее здоровья улучшилось: если раньше «была раздражительной, нервной», то в настоящее время «стала более спокойной, уравновешенной». Обманы восприятия отрицает, бредовых идей не высказывает. Не отрицает, что ранее были «обострения» состояния - слышала «голоса», не понимала, что делает, это являлось причиной ее госпитализаций в психиатрическую больницу. Отмечает, что на фоне лечения состояние улучшалось, однако впоследствии от терапии отказывалась. В настоящее время настроена на прием поддерживающего лечения - «чтобы ничего плохого не случилось». При обсуждении темы правонарушения становится напряженной, заявляет, что не помнит точно, что происходило. Раздражается, заявляет, что в тот период ощущала угрозу и воздействие со стороны потерпевшей; слышала «голоса», которые говорили взять нож, быть осторожней, а также: «убей, привяжи». Свое состояние на

момент правонарушения расценивает как болезненное. Мышление не всегда последовательное, паралогичное, с соскальзываниями. Суждения противоречивые, амбивалентные. Эмоционально изменена, эмоциональные реакции не устойчивы - периодически отмечаются напряженность, эмоциональная лабильность. Критика к своему состоянию и совершенному правонарушению формальная.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной В. можно поставить диагноз**

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза диагноз «острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении», установленный В. при госпитализациях в 1998-2014 гг**

- соответствовал клинико-динамическим характеристикам психического расстройства
- определялся поведением больной
- не соответствовал клинико-динамическим характеристикам психического расстройства
- был установлен не своевременно

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса мерой профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к В. в период до совершения правонарушения, являлось**

- обязательное лечение у психиатра
- консультативное наблюдение психиатра по месту жительства
- диспансерное наблюдение
- активное диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, прекращение принудительного лечения в стационаре специализированного типа без изменения его вида в отношении В. было**

- обоснованным в связи с возможностью продолжения лечения в стационаре на общих основаниях
- обоснованным, так как больная нуждалась в переводе в психоневрологический интернат
- не обоснованным
- обоснованным, так как по психическому состоянию больная не представляла опасности для окружающих

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению В. повторных общественно опасных действий, на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относится**

- эмоционально-волевое снижение с нарушением адаптации и неспособностью удовлетворения основных жизненных потребностей
- прогрессивность психического расстройства с антисоциальными тенденциями и снижением контроля над поведением
- материальное неблагополучие с социальной дезадаптацией, отсутствием средств к существованию
- семейная дезадаптация с отсутствием помощи и поддержки близких

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса после получения решения суда о прекращении принудительного лечения больной В. участковому психиатру необходимо решить вопрос об/о**

- обязательном лечении и наблюдении у психиатра
- диспансерном наблюдении
- консультативно-лечебной помощи
- активном диспансерном наблюдении

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса показанием для установления за В. активного диспансерного наблюдения является наличие**

- материального неблагополучия
- склонности к общественно опасным действиям
- хронического психического расстройства в форме шизофрении
- выраженного когнитивного дефицита

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса на склонность В. к общественно опасным действиям указывает наличие**

- выраженных нарушений мышления с нарушением трудоспособности и социальной дезадаптацией

- выраженного когнитивного дефицита и интеллектуального снижения с неспособностью удовлетворения основных жизненных потребностей
- прогрессивности психического расстройства с антисоциальными тенденциями и снижением контроля над поведением
- эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией и неспособностью удовлетворения основных жизненных потребностей

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса на склонность В. к общественно опасным действиям указывает**

- эмоционально-волевое снижение с нетрудоспособностью и материальным неблагополучием
- интеллектуальное снижение с нарушением трудоспособности и социальной дезадаптацией
- совершение в прошлом общественно опасных действий
- нарушение мышления с семейной и трудовой дезадаптацией

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период настоящего врачебного освидетельствования потенциальная общественная опасность В.**

- отсутствует
- очень высокая
- повысилась
- сохраняется

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, нормативных правовых документов периодичность осмотров больной В. участковым психиатром в период активного диспансерного наблюдения должна составлять**

- не реже одного раза в месяц
- один раз в месяц
- не чаще одного раза в неделю
- не реже одного раза в год

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для отмены активного диспансерного необходимо улучшение психического состояния В. с отсутствием**

- не реже одного раза в месяц
- один раз в месяц
- не чаще одного раза в неделю
- не реже одного раза в год

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больная Р., 32 года. В психоневрологический диспансер поступил выписной эпикриз из психиатрического стационара, в котором содержится информация о вступившем в силу решении суда об изменении вида принудительного лечения (ПЛ) в отношении больной Р. с ПЛ в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа на принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях. В связи с чем Р. выписана из психиатрического стационара. Находится в кабинете участкового психиатра. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию Р.; наличия связи психического расстройства Р. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; определения факторов, способствующих общественной опасности Р.; выбора эффективных мер предупреждения повторного противоправного поведения больной Р.

### Жалобы

Предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, периодически возникающую «путаницу мыслей».

### Анамнез заболевания

Отец Р. злоупотреблял алкогольными напитками, был «необычно замкнутый». В 14-летнем возрасте Р. изменилась в поведении – «замкнулась в себе», стала «неуправляемой, раздражительной», провоцировала драки с одноклассниками, была поставлена на учет в инспекцию по делам несовершеннолетних. В 2000 г. впервые осмотрена психиатром с жалобами на замкнутость, рассеянность. В психическом состоянии выявлялись «неустойчивое, отвлекаемое внимание, медлительность, заторможенность психических процессов, замкнутость». Устанавливался диагноз «невроз у девочки с тревожно-мнительными чертами характера». В школьной характеристике указывалось, что у Р. «заниженная самооценка, испытывает неприязнь к окружающим людям, в поведении импульсивна, в поступках непредсказуема, преследует учителей, вмешивается в их личную жизнь, учится слабо». В 2002 г. Р. повторно осмотрена психиатром, выставлен диагноз «психопатоподобный синдром». После окончания 9 классов непродолжительное время обучалась в колледже, однако вследствие «драк с сокурсниками, грубого поведения в отношении преподавателей» была отчислена. В 2005 г. в состоянии алкогольного опьянения выпрыгнула из окна 4 этажа, находилась на стационарном лечении с диагнозом: «кататравма: закрытый перелом 4 поясничного позвонка, закрытые переломы обеих

пяточных костей». В течение нескольких лет злоупотребляет алкогольными напитками, в 2008 г. эпизодически вводила внутривенно героин. С 2008 г. Р. «преследовала сотрудников УВД: звонила по телефону, оскорбляла, приходила домой и звонила в дверь, высказывала угрозы». Ежедневно по несколько раз звонила по телефонам в отделение полиции, задавала один и тот же вопрос: «ты меня хочешь?». За данные деяния Р. неоднократно привлекалась к административной ответственности. В 2012 г. была судима за попытку кражи. В период следствия проходила судебно-психиатрическую экспертизу. При освидетельствовании выглядела неопрятно. Контакт носил малопродуктивный характер, держалась без дистанции, на вопросы отвечала не по существу, анамнестические сведения не сообщала. Бравировала своей нетрадиционной сексуальной ориентацией, предлагала вступить с ней в половую связь. Рассказывала, что с подобными предложениями ежедневно на протяжении 3-х лет звонила сотрудницам РОВД. Фон настроения был приподнят, эмоциональные проявления неадекватные, малодифференцированные, амбивалентные. Интеллект невысок, внимание избирательное, описывались нарушения мышления в виде разноплановости, паралогичности. В заключении экспертов указывалось, что «волевые процессы Р. грубо снижены, критика к состоянию отсутствует». Психопродуктивной симптоматики на момент обследования не выявлено. В экспертном отделении в непристойной форме делала предложения персоналу и подэкспертным вступить с ней в сексуальные отношения. С диагнозом «органическое расстройство личности» Р. признавалась «ограниченно вменяемой» (ст. 22 УК РФ), ей назначалось принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях. При посещениях психиатра жаловалась на «несдержанность, желание кого-нибудь ударить»; держалась без чувства дистанции, в речи употребляла жаргонные выражения, критики не было; открыто высказывалась о своих сексуальных предпочтениях – «тянет к женщинам». Описывалась «расторженной, примитивной, некритичной». В 2013 г. ПЛ было отменено. В последующем психиатром не наблюдалась, по месту жительства характеризовалась отрицательно: «злоупотребляла алкоголем, вела аморальный образ жизни, склонна к общению с асоциальными лицами».

28.09.2015 г. Р. была задержана в нетрезвом виде и доставлена в отдел полиции, где «по внутреннему телефону позвонила инспектору ОДН и попросила спуститься. В ходе разговора схватила инспектора за руку, показала непристойный жест, затем схватила за одежду, выражалась грубой нецензурной бранью». Привлечена к уголовной ответственности по ст. 318 ч 1 УК РФ, признана невменяемой, назначено ПЛ в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа.

23.03.2019 г. решением суда вид ПЛ изменен со стационарного на амбулаторный.

### **Анамнез жизни**

Родилась 3-м ребенком в семье. Раннее развитие без особенностей. Посещала детские дошкольные учреждения, от сверстников в развитии не отставала, поведенческих и адаптационных проблем не отмечалось. Была активная, подвижная, дружила преимущественно с мальчиками. Обучение в школе начала своевременно, училась удовлетворительно, занималась спортом. Окончила 9 классов общеобразовательной школы, специальности не имеет. Непродолжительное время (менее года) занималась распространением газет, после увольнения не работала. В 2010 году вне брака родила дочь, воспитанием которой не занимается. Проживает в 4-х комнатной квартире вместе с родителями, дочерью и братьями. Взаимоотношения в семье конфликтные.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Доступна формальному контакту. Эмоционально неустойчива – в процессе беседы периодически нелепо улыбается, легко выдает реакции раздражения. Переспрашивает вопросы, при этом поясняет, что таким образом тянет время, чтобы обдумать, что ответить. Речь короткими штампованными фразами, часто использует слова-связки. Анамнестические сведения излагает путем опроса. Сообщает, что стала чувствовать себя лучше, прошли головные боли, стала спокойнее. Полагает, что это произошло на фоне приема лекарств. Рассказывает, что дома всегда была неблагополучная обстановка - брат издевался, отец злоупотреблял алкоголем и бил ее. Сообщает, что поначалу училась хорошо, потом в 8 классе изменилась, стала раздражительностью, вспыльчивой, не хотела общаться с окружающими. Не отрицает злоупотребление алкоголем. Сообщает, что вводила себе внутривенно наркотические препараты - «становилась веселой», но могла и без них обходиться. Рассказывает, как неоднократно совершала кражи продуктов из магазина. На вопросы по поводу правонарушения поясняет, что сотрудников полиции знала давно, еще с подросткового возраста, периодически сообщала им «о продаже на районе спирта, наркотиков». Сотрудницы женского пола ей понравились, звонила им часто. В отношении правонарушения сообщает, что ее хотели лишить родительских прав - была пьяная, разозлилась, схватила сотрудницу полиции «за грудки». Говорит, что больше сотрудникам полиции звонить не будет - «надоело, уже не интересно». Планирует устроиться на работу распространителем газет, заниматься воспитанием дочери. Тягу к алкоголю и наркотическим средствам в настоящее время отрицает - «мне разъяснили, понимаю, что мне употреблять нельзя». Настроена на наблюдение у психиатра, прием поддерживающей терапии. Интеллект невысок, суждения легковесны, поверхностны. Эмоционально изменена, маловыразительна. Мышление не всегда целенаправленное, с паралогичностью, соскальзыванием.

Критика к своему состоянию и совершенному деянию, прогностические функции нарушены.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Р. можно поставить диагноз**

- не реже одного раза в месяц
- один раз в месяц
- не чаще одного раза в неделю
- не реже одного раза в год

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза диагноз «органическое расстройство личности», ранее установленный Р.**

- не соответствовал клинико-динамическим характеристикам психического расстройства
- был установлен не своевременно
- соответствовал клинико-динамическим характеристикам психического расстройства
- определялся поведением больной

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса мерой профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к Р. в период до совершения правонарушения, являлось**

- активное диспансерное наблюдение
- диспансерное наблюдение
- обязательное лечение у психиатра-нарколога
- консультативное наблюдение психиатра по месту жительства

**На основании анализа данных анамнеза показанием для установления за Р. активного диспансерного наблюдения являлось наличие**

- склонности к общественно опасным действиям
- выраженного когнитивного дефицита
- органического расстройства личности
- материального неблагополучия

**На основании анализа данных анамнеза на склонность Р. к общественно опасным действиям указывало наличие**

- выраженных нарушений мышления
- эмоционально-волевого снижения



- материального неблагополучия
- асоциального образа жизни

**На основании анализа данных анамнеза на склонность Р. к общественно опасным действиям указывало наличие**

- апато-абулического дефекта
- интеллектуального снижения
- злоупотребления психоактивными веществами
- когнитивных нарушений

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период настоящего врачебного освидетельствования потенциальная общественная опасность Р.**

- крайне низкая
- отсутствует
- очень высокая
- сохраняется

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению Р. повторных общественно опасных действий, на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относится**

- семейная дезадаптация с отсутствием помощи и поддержки близких, конфликтными взаимоотношениями в семье
- материальное неблагополучие с социальной дезадаптацией, отсутствием средств к существованию
- прогрессиентность психического расстройства с антисоциальными тенденциями и асоциальным образом жизни
- эмоционально-волевое снижение с нарушением адаптации и неспособностью удовлетворения основных жизненных потребностей

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, нормативных правовых документов периодичность врачебных осмотров больной Р. в период принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях будет составлять**

- не реже одного раза в год
- не менее одного раза в месяц
- один раз в месяц
- не чаще одного раза в неделю

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, нормативных правовых документов к особенностям оказания медицинской помощи больной Р. в период принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях относится**

- решение вопроса о недееспособности
- наблюдение за больной участковым психиатром совместно с органами полиции
- госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке на длительный срок
- возможность оформления в психоневрологический интернат

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, нормативных правовых документов в случае возрастания степени потенциальной общественной опасности Р. принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях может быть**

- отменено с последующей госпитализацией в психиатрический стационар на общих основаниях
- отменено с последующей госпитализацией в психиатрический стационар в недобровольном порядке
- изменено на принудительное лечение в психиатрическом стационаре
- продлено по решению суда

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной Р. должно быть обеспечено**

- отменено с последующей госпитализацией в психиатрический стационар на общих основаниях
- отменено с последующей госпитализацией в психиатрический стационар в недобровольном порядке
- изменено на принудительное лечение в психиатрическом стационаре
- продлено по решению суда

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Л., 29 лет. В психоневрологический диспансер поступил выписной эпикриз из психиатрического стационара, в котором содержится информация о вступившем в силу решении суда о прекращении исполнения принудительного лечения в отношении Л. в связи с чем больная выписана из отделения для

принудительного лечения специализированного типа. При выписке даны рекомендации о наблюдении психиатром по месту жительства. Л. находится в кабинете участкового психиатра. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию Л.; наличия связи психического расстройства Л. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; определения факторов, способствующих общественной опасности Л.; выбора эффективных мер предупреждения повторного противоправного поведения больной Л.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

Мать больной злоупотребляет алкогольными напитками. В возрасте 14 лет Л. ушла из семьи и стала проживать с наркозависимым сожителем. С этого же возраста начала периодически инъекционно употреблять психоактивные вещества (героин, первитин, буторфанол), для получения средств на наркотики совершала мелкие кражи. В 2007 г. впервые проходила лечение в психиатрическом стационаре. В клинической картине описывалось наличие тревоги, страха, слуховых псевдогаллюцинаций, бредовых идей воздействия, преследования, психических автоматизмов. В процессе терапии галлюцинаторно-бредовые расстройства редуцировались, однако критическое отношение к болезни не сформировалось. Впоследствии Л. неоднократно госпитализировалась в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Госпитализации были связаны с обострением галлюцинаторно-бредовых переживаний: считала, что ее «обсуждают на улице»; ощущала внешнее воздействие «некоронованного вора» посредством «компьютерных лучей» - «лучи прожигают изнутри, ничего не осталось, кости сожгли». Слышала «голоса» угрожающего, осуждающего содержания. Заявляла, что «себе не принадлежит, стала куклой в руках вора, который управляет», что ее хотят убить «люди вора». Была тревожна, испытывала страх, не спала по ночам. В 2008 г. привлекалась к уголовной ответственности за совершение кражи – постановлением суда признана невменяемой, назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа, которое исполнялось с 05.09.2008г. по 16.10.2009г. После прекращения ПЛ и выписки из стационара поддерживающую терапию не получала. Вновь нарушился сон, появился страх, возобновились мужские «голоса» неприятного содержания. Пыталась «облегчить состояние» приемом буторфанолола, героина, использовала 2 ампулы препарата в день, постепенно для достижения эйфоризирующего эффекта стала требоваться все большая дозировка наркотика. Дважды привлекалась к уголовной ответственности за совершение краж, признавалась невменяемой,

назначалось ПЛ в стационаре общего типа, продолжительность которого составляла менее года. После выписок из стационара от приема поддерживающей терапии отказывалась, участкового психиатра не посещала, продолжала наркотизацию. Проживала с семьей сестры, с которой часто возникали конфликты. В течение последнего года Л. «видела» у себя в комнате мужчину, называла его своим сожителем, общалась с ним, как с реальным человеком. На замечания сестры реагировала агрессивно, размахивала ножом, разбила дверь, устроила пожар на кухне, сломала стиральную машину, считая, что в ней скрыты микрофоны и камеры, говорила, что она «под наблюдением компьютерной системы». Со слов сестры Л. приносила домой продукты и кошельки с деньгами, гордилась совершением краж. Неоднократно находилась на стационарном лечении с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. 15.06.2017 г. Л. совершила кражу, решением суда была признана невменяемой, направлена на ПЛ в медицинской организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа. Находилась на лечении с 25.09.2017 г., принудительное лечение было прекращено на основании судебного решения от 23.04.2019 г., больная выписана из стационара.

### **Анамнез жизни**

Л. родилась младшей из двух детей в неблагополучной семье (родители алкоголизировались, привлекались к уголовной ответственности). Объективные сведения о беременности и родах у матери, а также раннем развитии Л. отсутствуют. Дошкольные учреждения не посещала, воспитывалась в условиях гипоопеки. В школе начала обучаться с 8 лет, училась плохо, но классы не дублировала. После 6 класса обучение оставила, более нигде не училась. Специальности не имеет, непродолжительное время (менее года) работала санитаркой, в последующем нигде не работала. Инвалид 2 группы по психическому заболеванию. Проживает в 3-х комнатной квартире с семьей сестры, взаимоотношения с которой конфликтные.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Эмоционально маловыразительна, лицо гипомимично. Внешне спокойна, поведение упорядоченное. Речь монотонная. В беседе вступает охотно, держится с чувством дистанции, на вопросы отвечает в целом в плане заданного. Говорит, что на протяжении года не слышит «голосов», стала спокойнее, нет прежнего напряжения, выровнялось настроение. Рассказывает, что раньше слышала «голоса» практически постоянно - говорили о ней «нехорошее», «ругали», вступала с ними в диалог. Полагала, что в стиральной машине стоят «жучки». Наркотики употребляла, чтобы «расслабиться и уснуть». Описывает проявления абстиненции - «был озноб, крутило суставы, не спала». Не проявляет заинтересованности в решении бытовых вопросов, пассивно

полагается на помощь сестры, взаимоотношения с которой конфликтные. Планирует проживать с матерью в коммунальной квартире, которую им «должна купить сестра». Сообщает о желании в дальнейшем работать: «например, уборщицей на рынке или расклеивать объявления». Эмоционально изменена, однообразна. Мышление не всегда последовательное, с соскальзываниями, со склонностью к излишней детализации, паралогичностью. Память, интеллект без грубых нарушений. Наличие обманов восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовых идей, суицидальных мыслей не высказывает. Критика к своему заболеванию формальная.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Л. можно поставить диагноз**

- отменено с последующей госпитализацией в психиатрический стационар на общих основаниях
- отменено с последующей госпитализацией в психиатрический стационар в недобровольном порядке
- изменено на принудительное лечение в психиатрическом стационаре
- продлено по решению суда

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса мерой внебольничной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к Л. в период до совершения последнего правонарушения, являлось**

- консультативное наблюдение психиатра по месту жительства
- обязательное лечение у психиатра-нарколога
- диспансерное наблюдение
- активное диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза прекращение исполнения ранее назначенного Л. принудительного лечения в стационаре общего типа было**

- не своевременным с учетом совершения правонарушения, не связанного с насилием
- преждевременным вследствие сохранения связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для других лиц
- своевременным с учетом не тяжкого характера совершенного правонарушения

- своевременным вследствие отсутствия связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для себя или других лиц

**На основании анализа данных анамнеза прекращение ранее назначенного Л. принудительного лечения в стационаре общего типа без изменения его вида было**

- обоснованным, так как больная совершила не тяжкое по составу правонарушение
- обоснованным в связи с отсутствием риска повторного противоправного поведения
- не обоснованным
- обоснованным, так как по психическому состоянию больная не представляла опасности для окружающих

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, настоящее прекращение принудительного лечения в стационаре специализированного типа без изменения его вида в отношении Л. является**

- обоснованным в связи с возможностью лечения и наблюдения во внебольничных условиях в добровольном порядке
- не обоснованным
- обоснованным, так как больная совершила правонарушение, не связанное с насилием
- обоснованным, так как по психическому состоянию больная не представляет опасности для окружающих

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению Л. повторных общественно опасных действий, на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относится**

- эмоционально-волевое снижение с нарушением адаптации и неспособностью удовлетворения основных жизненных потребностей
- материальное неблагополучие с социальной дезадаптацией с социальной дезадаптацией, отсутствием средств к существованию
- семейная дезадаптация с отсутствием помощи и поддержки близких, конфликтными взаимоотношениями в семье
- прогрессивность психического расстройства с антисоциальными тенденциями и снижением контроля над поведением

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к факторам риска повторного общественно опасного поведения больной Л. относится**

- зависимость от психоактивных веществ
- отсутствие приверженности труду
- нарушение когнитивных функций
- нарушение мышления с паралогичностью, соскальзываниями

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период настоящего врачебного освидетельствования потенциальная общественная опасность Л.**

- очень высокая
- отсутствует
- повысилась
- сохраняется

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса после получения решения суда о прекращении принудительного лечения больной Л. участковому психиатру необходимо решить вопрос об/о**

- активном диспансерном наблюдении
- консультативно-лечебной помощи
- диспансерном наблюдении
- обязательном лечении и наблюдении у психиатра

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса показанием для установления за Л. активного диспансерного наблюдения является наличие**

- диагноза «шизофрения»
- склонности к общественно опасным действиям
- материального неблагополучия
- выраженного когнитивного дефицита

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, нормативных правовых документов периодичность осмотров больной Л. участковым психиатром в период активного диспансерного наблюдения будет составлять**

- один раз в месяц
- не реже одного раза в год
- не менее одного раза в месяц
- не чаще одного раза в неделю

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для отмены активного диспансерного необходимо улучшение психического состояния Л. с отсутствием**

- один раз в месяц
- не реже одного раза в год
- не менее одного раза в месяц
- не чаще одного раза в неделю

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больная Ш., 31 год находится в отделении принудительного лечения (ПЛ) специализированного типа. Проводится врачебная комиссия, решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию Ш.; наличия связи психического расстройства Ш. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; необходимости продления, изменения вида либо прекращения ПЛ; определения факторов, способствующих общественной опасности Ш.; выбора эффективных мер предупреждения противоправного поведения больной Ш.

### Жалобы

Жалоб не предъявляет.

### Анамнез заболевания

С детства Ш. отличалась замкнутостью. В школе начала обучаться с 8 лет, классы не дублировала, подруг не имела, в период обучения за ней «присматривала» тетя, которая работала техничкой. После выпускного экзамена у Ш. наблюдалось неадекватное поведение - выйдя из класса, начала громко, беспричинно хохотать, стала собирать камни и играть с ними, при этом что-то бормотала и смеялась. В последующем слышала «мужские голоса в голове» императивного содержания, «видела перед собой силуэты людей», совершала нелепые действия. В 1994 г. впервые госпитализирована в психиатрический стационар. При поступлении не отрицала, что слышит «голоса в голове», разговаривает с ними. Совершала стереотипные движения руками, что-то стряхивала с себя. В отделении была постоянно в движении, что-то искала, переворачивала кровати. Продуктивная психопатологическая симптоматика была купирована не полностью. В последующем получала консультативную помощь у психиатра, которого посещала по настоянию матери. С периодичностью 1-2 раза в год поступала на лечение в психиатрический стационар с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, сопровождавшейся нарушениями поведения, агрессией в отношении отца. В 2012 г. мать Ш. перенесла острое нарушение мозгового кровообращения, в связи с необходимостью ухода за ней проживала у другой дочери. Ш. прекратила



посещения участкового психиатра, лечения не получала. Не работала, злоупотребляла алкогольными напитками. Отец старался контролировать ее поведение, разыскивал Ш., когда она уходила из дома. При этом Ш. вела себя агрессивно по отношению к нему. Высказывала бредовые идеи отношения, воздействия в его адрес, считала, что «отец наводит порчу», «желает зла», обсуждала это с братьями. 22.10.12 г. Ш. нанесла отцу не менее 10 ударов топором в область головы, не менее 40 ударов ножом в область груди и живота, от чего последний скончался. Была привлечена к уголовной ответственности по ст. 105 ч. 1 УК РФ. Решением суда признана невменяемой, направлена на ПЛ в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа. При поступлении на ПЛ была напряжена, тревожна, возбуждена, находилась в постоянном движении, высказывала бредовые идеи отношения в адрес соседок по палате, отмечала у себя наплывы и путаницу мыслей. При обсуждении правонарушения давала реакции раздражения, заявляла, что отец ее изнасиловал, требовал от нее интимных отношений; называла его отчимом. В процессе лечения купировалось психомоторное возбуждение, нивелировались бредовые идеи отношения. Однако периодически состояние Ш. ухудшалось – возобновлялись бредовые идеи отношения, воздействия; сообщала о сексуальных фантазиях, овладевающих представлениях; возникали вербальные псевдогаллюцинации, сопровождавшиеся тревогой, нарушением сна на фоне выраженной негативной симптоматики. Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа, продлевалось. В течение последних 6 месяцев психическое состояние больной стабилизировалось, отсутствует галлюцинаторно-бредовая симптоматика, сгладились аффективные расстройства. В настоящее время Ш. представлена на врачебную комиссию.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родилась в многодетной семье, младшей из 5 детей. Сведений о патологии раннего периода развития нет. Окончила 9 классов, специальности не имеет, непродолжительное время работала уборщицей. В течение последних 10 лет не работает. Замужем не была, детей нет, проживала с родителями.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Эмоционально маловыразительна, мимика обеднена, голос маломодулированный. В беседу вступает охотно. Сообщает, что на фоне лечения состояние ее улучшилось, не беспокоят «голоса», прошли головные боли, стала более спокойной, нет раздражительности, уменьшилась тревога. На вопросы поясняет, что эпизодически у нее путаются мысли, трудно сосредоточиться, при этом наличие чужих мыслей, воздействие отрицает. Знает

свой диагноз, высказывает намерение получать поддерживающее лечение, настроена на прием препаратов. Рассказывает о начале заболевания, как стали беспокоить «голоса», которые говорили, что ей «будет еще хуже». Не отрицает злоупотребление алкогольными напитками в прошлом. На расспросы по поводу правонарушения утверждает, что отец неоднократно ее избивал. На уточняющие вопросы поясняет, что за три дня до произошедшего она начала слышать «голоса», которые говорили: «убей его, это твой последний шанс». Ночью нанесла отцу удары ножом, топором, но события произошедшего помнит фрагментарно. Говорит об этом без эмоциональной окраски, формально сожалеет о случившемся. Планирует в дальнейшем проживать в своем доме, который на данный момент сдается квартирантам, устроиться работать уборщицей. В отделении в поведении в целом упорядочена, режим не нарушает, стала более общительней с другими пациентками, участвует в трудотерапии, конфликтных ситуаций в течение полугода не отмечалось. Мышление не всегда последовательное, с элементами паралогичности. Суждения противоречивые, амбивалентна. Эмоциональные реакции не устойчивы, склонна к колебаниям настроения в сторону пониженного с возникновением тревоги, раздражительности, подозрительности. Эмоционально изменена, однообразна. Активной психотической симптоматики не выявляется. Критические и прогностические способности нарушены. Экспериментально-психологическое исследование. Личность больной характеризуется защитно-протестной реакцией на сложившуюся ситуацию и внешнее давление в сочетании с убежденностью в недоброжелательном отношении окружающих, недоверчивостью, склонностью к формированию концепций, трудно поддающихся коррекции в сочетании с некоторой инфантильностью в анализе поступающей информации, упорством в отстаивании собственной, опирающейся на субъективное мнение, позиции. Также отмечаются повышенная тревожность и внутренняя напряженность, замкнутость, нежелание вступать в контакт с окружающими, неуверенность и эгоцентрическая обидчивость при повышенной самооценке и потребности в признании со стороны окружающих.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Ш. можно поставить диагноз**

- один раз в месяц
- не реже одного раза в год
- не менее одного раза в месяц
- не чаще одного раза в неделю

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза к факторам, способствовавшим совершению больной Ш. правонарушения, относится**

- материальное неблагополучие с социальной дезадаптацией
- наличие диагноза «шизофрения»
- отсутствие приверженности лечению с отказом от приема психофармакотерапии
- эмоционально-волевое снижение с нарушением социальной адаптации

**На основании анализа данных анамнеза к факторам, способствовавшим совершению больной Ш. правонарушения, относятся**

- расстройства мышления в виде паралогичности, разорванности
- бредовые идеи отношения и псевдогаллюцинации
- когнитивные нарушения с нарушением социальной адаптации
- эмоционально-волевые нарушения с социальной дезадаптацией

**На основании анализа данных анамнеза видом амбулаторной психиатрической помощи, который следовало применить к больной Ш. в период до совершения правонарушения, являлось**

- принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- консультативное наблюдение
- обязательное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза показанием для установления за Ш. диспансерного наблюдения являлось наличие**

- остро возникающей продуктивной психопатологической симптоматики с нарушением адаптации
- психического расстройства с выраженными нарушениями восприятия в виде истинных и псевдогаллюцинаций
- выраженного когнитивного дефицита с нарушением адаптации и неспособностью удовлетворения основных жизненных потребностей
- хронического психического расстройства с тяжелыми стойкими болезненными проявлениями

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к клинко-психопатологическим факторам риска повторного общественно опасного поведения больной Ш., на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относится**

- материальное неблагополучие с социальной дезадаптацией с социальной дезадаптацией, отсутствием средств к существованию
- эмоционально-волевое снижение с нарушением адаптации и неспособностью удовлетворения основных жизненных потребностей
- семейная дезадаптация с отсутствием помощи и поддержки близких, конфликтными взаимоотношениями в семье
- прогрессивность психического расстройства с антисоциальными тенденциями и снижением контроля над поведением

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период настоящего освидетельствования врачебной комиссией потенциальная общественная опасность Ш**

- снизилась, но сохраняется
- отсутствует
- повысилась
- высокая

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса и нормативных правовых документов для решения вопроса о наличии оснований для прекращения применения или об изменении вида принудительного лечения больная Ш. подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров**

- не реже одного раза в шесть месяцев
- один раз в шесть месяцев
- не реже одного раза в месяц
- не реже одного раза в год

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в настоящее время Ш. нуждается в**

- изменении вида принудительной меры медицинского характера на принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением
- прекращении применения принудительных мер медицинского характера
- продлении принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- изменении вида принудительной меры медицинского характера со стационарного на амбулаторный

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, прекращение принудительного лечения в стационаре специализированного типа без изменения его вида в отношении Ш. является**

- обоснованным в связи с возможностью лечения и наблюдения больной во внебольничных условиях в добровольном порядке
- обоснованным, так как по психическому состоянию больная не представляет опасности для окружающих
- не обоснованным
- обоснованным

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Ш. с отсутствием**

- патологии мышления в виде паралогичности, разорванности
- эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией
- нарушений трудовой и семейной адаптации
- продуктивной психопатологической симптоматики и нарушений поведения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Ш. с**

- патологии мышления в виде паралогичности, разорванности
- эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией
- нарушений трудовой и семейной адаптации
- продуктивной психопатологической симптоматики и нарушений поведения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Г., 30 лет. В течение 6 месяцев находится в отделении для принудительного лечения специализированного типа. В отделение поступила на основании решения суда о назначении принудительного лечения (ПЛ) в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа. Проводится врачебная комиссия, решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию Г.; наличия связи психического расстройства Г. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; необходимости продления, изменения вида либо прекращения ПЛ; определения факторов, способствующих общественной

опасности Г.; выбора эффективных мер предупреждения противоправного поведения больной Г.

## **Жалобы**

Жалоб не предъявляет

## **Анамнез заболевания**

Родилась в многодетной, неблагополучной семье, родители злоупотребляли алкоголем, воспитанием детей не занимались. С детства отставала в психическом и физическом развитии. В общеобразовательную школу поступила своевременно, с учебой не справлялась, дублировала 1 и 2 классы. Консультирована психиатром, при осмотре отмечено, что Г. дезориентирована во времени, речь дизартричная, имеется низкий уровень интеллекта, примитивность суждений. По решению медико-педагогической комиссии продолжила обучение во вспомогательной школе-интернате, где училась плохо, пропускала занятия, конфликтовала с другими учащимися и администрацией, бродяжничала, совершала мелкие кражи. После окончания пяти классов учебу оставила. Алкоголь употребляет с 12 лет, толерантность составляет 1,0 литр крепких спиртных напитков в день, сформирован абстинентный синдром, имеют место амнестические формы опьянения. Г. находилась под диспансерным наблюдением у психиатра, ей определена 2 группа инвалидности. В 2012 г. в связи с переездом в другой город с учёта была снята. В последующем психиатром не наблюдалась. Неоднократно привлекалась к административной ответственности за распитие спиртных напитков, появление в общественных местах в нетрезвом виде. По месту жительства характеризовалась отрицательно: «систематически употребляла спиртные напитки, неоднократно поступали жалобы от соседей; по характеру вспыльчивая, неуравновешенная, в состоянии алкогольного опьянения ведет себя агрессивно, неуправляема, конфликтная, склонна к обману». В 2008 и 2012 гг. Г. была осуждена по статье 158 УК РФ (совершение краж) к условному сроку. 18 августа 2017 г., будучи в состоянии алкогольного опьянения, нанесла своему сожителю удар ножом в область сердца, от чего последний скончался на месте. Постановлением суда от 19.11.2017 г. Г. была освобождена от уголовной ответственности, ей было назначено принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа. 04.02.2018 г. Г. поступила в психиатрический стационар. При поступлении на фоне интеллектуально-мнестического недоразвития отмечались неустойчивый фон настроения с негативистичностью, аффективные колебания с проявлением дисфорий, а также повышенная возбудимость, агрессивность, импульсивность, грубое психопатоподобное поведение. Через 6 месяцев лечения несколько сгладились дисфорические расстройства, психопатоподобные нарушения, однако сохраняется

эмоциональная лабильность с раздражительностью, проявлением агрессии к окружающим.

### **Анамнез жизни**

Мать убили, когда Г. было 13 лет, проживала с отцом. Окончила 5 классов вспомогательной школы, в последующем не училась, специальности не имеет, не работала. Не замужем, проживала с сожителем. Взаимоотношений с родственниками не поддерживала.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Ориентирована верно. В беседу вступает неохотно, контакт носит малопродуктивный характер. Сидит в однообразной позе. Мимические реакции маловыразительные. Эмоционально лабильна, напряжена, в процессе беседы неоднократно выдает реакции раздражения. На вопросы отвечает кратко, в плане заданного. Некоторые вопросы не осмысливает, нуждается в дополнительных разъяснениях. Анамнестические сведения излагает скупое по наводящим вопросам, некоторые данные о себе утаивает, старается показать себя с лучшей стороны. Жалоб на здоровье не предъявляет. Заявляет, что сейчас уже нет «той вспыльчивости и раздражительности, стала спокойнее», по ее мнению - в лечении не нуждается. На возражения врача по данному поводу раздражается, повышает голос, с трудом поддается коррекции. Подчеркивает, что постоянно думает о выписке, при этом облегченно говорит, что поедет жить к брату - «он меня раньше звал», хотя на протяжении длительного времени с братом отношения не поддерживает. Не отрицает злоупотребление алкогольными напитками, рассказывает, что «пила разведенный спирт». Толерантность составляла до 1 литра в сутки. Сообщает, что на утро голова была «как ватная», появлялись раздражительность, тошнота. Сообщает, что в состоянии алкогольного опьянения часто конфликтовала с сожителем. В отношении правонарушения говорит, что почти ничего не помнит по причине опьянения, сожаления не высказывает. Круг интересов ограничен. Мышление конкретное, замедленное по темпу. Интеллектуально-мнестические функции снижены. Суждения поверхностные, облегченные. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовых идей не высказывает. Критические и прогностические способности снижены. Психологическое исследование. На фоне низкого интеллектуального развития, ограниченности запаса общеобразовательных сведений, суженного круга интересов, выявляется конкретность мышления, неспособность оперировать абстрактными понятиями. Больная способна к проведению несложных обобщений с выделением практически значимых признаков. Непосредственная память без существенных нарушений. Коэффициент умственного развития 61. Прогностические и критические способности снижены. Личностные особенности характеризуются чертами

личностной и эмоциональной незрелости, эгоцентризмом, склонностью к демонстративному поведению и потребностью быть в центре внимания. Выявляется упорство в отстаивании своих интересов, а также выраженные внешне обвиняющие реакции.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Г. можно поставить диагноз**

- патологии мышления в виде паралогичности, разорванности
- эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией
- нарушений трудовой и семейной адаптации
- продуктивной психопатологической симптоматики и нарушений поведения

## **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, мерой внебольничной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к Г., являлось**

- консультативное наблюдение психиатра по месту жительства
- активное диспансерное наблюдение
- обязательное лечение у психиатра-нарколога
- диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к факторам риска повторного общественно опасного поведения Г., на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относятся**

- низкая способность к обучению
- недоступность абстрагирования
- умственная отсталость
- зависимость от алкоголя

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению Г. повторных общественно опасных действий, на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относятся**

- бредовые идеи
- расстройства схемы тела
- выраженные нарушения поведения
- когнитивные нарушения



**На основании анализа данных анамнеза показанием для установления за Г. активного диспансерного наблюдения являлось наличие**

- умственной отсталости
- выраженного когнитивного дефицита
- склонности к общественно опасным действиям
- материального неблагополучия

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в период настоящего освидетельствования врачебной комиссией потенциальная общественная опасность Г.**

- низкая
- отсутствует
- повысилась
- сохраняется

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в настоящее время больная Г. нуждается в**

- направлении в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами
- в обязательном лечении от алкоголизма
- принудительном лечении
- лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, на общих основаниях

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период настоящего освидетельствования врачебной комиссией принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа больной Г., следует**

- продлить
- заменить принудительным лечением в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением
- прекратить
- заменить наблюдением и лечением у врача-психиатра в амбулаторных условиях

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса больной Г. показанием для продления принудительного лечения в медицинской**

**организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа, является наличие**

- когнитивного снижения с неспособностью к обучению
- дефицитарных расстройств со снижением энергетического потенциала
- выраженных расстройств эмоциональной сферы с нарушением контроля поведения
- интеллектуального дефицита с нарушением трудоспособности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса целями применения принудительных мер медицинского характера в отношении Г. являются**

- улучшение психического состояния и социальная реабилитация
- достижение ремиссии психического заболевания и восстановление трудоспособности
- улучшение психического состояния и предупреждение совершения новых общественно опасных действий
- излечение от психического расстройства и решение социальных вопросов

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной Г. должно быть обеспечено**

- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- назначение антипсихотических препаратов с преимущественно седативным действием
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудотерапии
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для прекращения применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Г. с отсутствием**

- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- назначение антипсихотических препаратов с преимущественно седативным действием
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудотерапии

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Л., 35 лет в течение 1,5 лет находится на принудительном лечении в общем психиатрическом отделении. В отделение поступила на основании постановления суда. Проводится врачебная комиссия, решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию Л.; наличия связи психического расстройства Л. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; необходимости продления, изменения вида либо прекращения ПЛ; определения факторов, способствующих общественной опасности Л.; выбора эффективных мер предупреждения противоправного поведения больной Л.

### **Жалобы**

Предъявляет жалобы на периодически возникающие колющие боли в области сердца

### **Анамнез заболевания**

Психическое состояние Л. изменилось в возрасте 22 лет: перестала спать по ночам, слышала в голове мужской «голос», который приказывал отравиться, повторял фразы, сказанные окружающими, озвучивал мысли. По назначению невролога принимала «афобазол». В феврале 2008 г. обратилась к психиатру с жалобами на появление «другого Я», с которым «периодически общалась и которое постоянно противоречило». Отмечала нарушение взаимоотношений с родственниками, высказывала обвинения в их адрес в плохом к себе отношении. Лечилась в психиатрическом стационаре с диагнозом «соматизированное расстройство психики с астено-депрессивными проявлениями», назначались антидепрессанты и анксиолитики. После выписки проживала с мужем, конфликтовала с ним, однажды набросилась на него с ножницами. 23.02.2008 г. совершила суицидальную попытку – выпила большое количество медикаментов. Была госпитализирована, свои действия объясняла наличием «голосов», которые «замучили» и мыслями о нежелании жить. В последующем неоднократно лечилась в отделении невротических психиатрической больницы в связи с наличием галлюцинаторных расстройств: «слышала разговоры в голове», жаловалась на необычные ощущения в теле - «что-то дергает внутри». Считала, что в ней «живет кто-то другой, из-за этого не может управлять своими эмоциями, кто-то все это делает». Выписывалась с диагнозом

«Шизоаффективный психоз», установлена 2 группа инвалидности.

Периодически посещала районного психиатра, получала консультативную помощь, назначались анксиолитики. На приемах жаловалась на нарушение сна, тревогу, наличие «другого человека внутри». С июня 2012 г. стала агрессивной по отношению к матери и отчиму, кидала в них ножи, вилки, чашки с кипятком. Во время очередного скандала разбила телефон, ударила мать, расцарапала шею отчиму, укусила за руку, угрожала убийством. Перестала спать по ночам, смеялась, танцевала, разговаривала сама с собой. Называла себя «грузинкой или армянкой голубых кровей», давала реакции раздражения, кричала. Госпитализирована в психиатрический стационар в недобровольном порядке. При поступлении была возбуждена, практически не спала, говорила о своем высоком происхождении, неправильное поведение дома отрицала, обвиняла во всем родителей. Просила врача помочь ей отомстить отчиму, считала, что родственники хотят от нее избавиться. На лечении находилась в течение 15 дней, «выписана по заявлению матери» с рекомендацией наблюдения у психиатра по месту жительства. После выписки от наблюдения районным психиатром уклонялась, лечение не получала. Проживала с матерью и отчимом, с которыми сохранялись конфликтные взаимоотношения: скандалила с ними, оскорбляла, себя называла «подругой вора в законе». 12.02.14 г. Л. нанесла тяжкие телесные повреждения отчиму (5 ударов металлическим костылем в живот и в область грудной клетки), от которых он скончался. Привлечена к уголовной ответственности по ст. 111 ч. 4 УК РФ. Постановлением суда Л. признана невменяемой, освобождена от уголовной ответственности и направлена на ПЛ в психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением. Постановлением суда от 11.07.2017г. ПЛ в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением в отношении Л. изменено на принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. При поступлении в стационар была демонстративна, требовала к себе повышенного внимания, отмечались раздражительность, гневливость. Высказывала бредовые идеи отношения, конфликтовала с другими больными, отмечала у себя звучащие мысли в голове, «наплывы мыслей». На фоне медикаментозной терапии, реабилитационных мероприятий купировалась психотическая симптоматика, выравнился фон настроения, сгладились эмоционально-волевые расстройства, снизился уровень агрессивности, сформировалась формальная критика к состоянию и содеянному, появились просоциальные планы на будущее. На протяжении 6 месяцев психическое состояние стабильное, сохраняются некоторая эмоциональная неустойчивость, негативная симптоматика, характерная для эндогенного процесса.

## **Анамнез жизни**

Наследственность Л. психическими заболеваниями неотягощена. Росла и развивалась соответственно возрастным нормам. С детства беспокоила тахикардия, наблюдалась педиатром. В школу пошла с 7 лет, училась посредственно. Окончила 9 классов и лицей, получила специальность «бухгалтер», но трудоустроиться не могла. Работала заготовщицей обуви. Попыталась обучаться в медицинском училище, однако учебу оставила. В 19 лет вышла замуж, не работала. Весной 2007 г. была обследована и в августе прооперирована в кардиологическом центре по поводу желудочковой тахикардии. Разведена, проживала с матерью и отчимом. Работала санитаркой, более 10 лет не работает.

## **Объективный статус**

Психическое состояние. Держится несколько напряженно. Контакт доступен, на вопросы отвечает в целом в плане заданного. Рассказала, что с 22 лет у нее появились внутреннее беспокойство, тревога, «голоса» в голове, неприятные ощущения в теле, вследствие чего совершила суицидальную попытку. Утверждает, что «последний раз слышала «голос» осенью 2018 г.» - в голове был «хаос», «крутились разговоры», нарушился сон. На фоне лечения состояние быстро улучшилось - сейчас чувствует себя хорошо, «спокойно». Отрицает наличие психотической симптоматики. Сообщает, что с отчимом сложились неприязненные отношения - он «оскорблял», «довел», «был нехорошим человеком». При уточняющих вопросах поясняет, что чувствовала злость, обиду. Говорит, что убийство спланировала заранее, в тот вечер посещала мысль «сейчас или никогда». Формально сожалеет о содеянном - «зря это сделала, не думала, что могу убить человека». Соглашается, что ей необходимо наблюдаться у психиатра, «чтобы не было срывов». Планирует устроиться на работу. Сообщает, что отношения с родственниками в настоящее время хорошие. В отделении поведение упорядоченное, поддерживает ровные отношения с другими больными. Участвует в трудовых процессах, занимается с психологом. Мышление не всегда целенаправленное, с соскальзываниями, паралогичностью, склонна к резонерству. Эмоционально изменена, маловыразительна. Эмоциональные реакции неустойчивые - склонна к колебаниям настроения, тревожности, ипохондричности. Бреда, обманов восприятия не выявляется. Критика к своему состоянию и совершенному правонарушению формальная. Экспериментально-психологическое исследование. Выявляются нарушения мыслительной деятельности в виде паралогичности, непоследовательности и разноплановости мыслительного процесса. При этом пациентке доступно выполнение основных мыслительных операций по функциональным признакам. Отмечаются признаки нецеленаправленности и субъективности мыслительного процесса, трудности

выявления характера логических связей и отношений между понятиями. Непосредственная механическая и опосредованная память не нарушены. Личность Л. характеризуется завышенной, но неустойчивой самооценкой, завышенными притязаниями. Выявляется склонность к риску при сниженной саморегуляции поведения с недостаточной опорой на прошлый опыт. Наиболее часто применяемые стратегии совладания – «конфронтация», что проявляется в попытках разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности. Отмечаются эмоциональная неустойчивость, элементы конфликтности.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Л. можно поставить диагноз**

- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- назначение антипсихотических препаратов с преимущественно седативным действием
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудотерапии
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации

## **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза диагноз «шизоаффективный психоз», ранее установленный Л.**

- не соответствовал клиническим характеристикам психического расстройства
- был установлен не своевременно
- определялся поведением больной
- соответствовал клиническим характеристикам психического расстройства

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам риска общественно опасного поведения больной Л. относится**

- злоупотребление психоактивными веществами
- асоциальный образ жизни
- наличие диагноза «шизофрения»
- отсутствие приверженности лечению

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к клинко-психопатологическим факторам риска общественно опасного поведения больной Л. относятся**

- бредовые идеи отношения
- когнитивные нарушения
- эмоционально-волевые нарушения с социальной дезадаптацией
- расстройства мышления в виде паралогичности, разорванности

**На основании анализа данных анамнеза мерой первичной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной Л. в период до совершения правонарушения, являются**

- постановка диагноза «параноидная шизофрения» и установление активного диспансерного наблюдения
- длительная госпитализация в психиатрический стационар в добровольном порядке и определение группы инвалидности
- постановка диагноза «параноидная шизофрения» и оказание больной консультативно-лечебной помощи в психоневрологическом диспансере
- направление в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, и установление недееспособности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса показанием для установления за Л. активного диспансерного наблюдения являлось наличие**

- социальной дезадаптации
- эмоционально-волевого снижения
- склонности к общественно опасным действиям
- выраженного когнитивного дефицита

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса при установлении за больной Л. активного диспансерного наблюдения периодичность ее осмотров участковым психиатром должна была составлять**

- не реже одного раза в месяц
- не реже одного раза в год
- один раз в месяц
- не чаще одного раза в неделю

**На основании анализа данных анамнеза выписки Л. из психиатрического стационара по просьбе матери**

- была обоснованной
- соответствовала психическому состоянию больной
- соответствовала действующему законодательству об оказании психиатрической помощи

- была не обоснованной

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период настоящего освидетельствования врачебной комиссией потенциальная общественная опасность больной Л.**

- повысилась
- высокая
- отсутствует
- снизилась, но сохраняется

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Л. с отсутствием**

- продуктивной психопатологической симптоматики и нарушений поведения
- нарушений трудовой и семейной адаптации
- эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией
- патологии мышления в виде паралогичности, разорванности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Л. с**

- формированием приверженности лечению
- восстановлением трудоспособности
- отсутствием когнитивных нарушений
- отсутствием эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для предупреждения повторного совершения больной Л. общественно опасных действий необходимо**

- формированием приверженности лечению
- восстановлением трудоспособности
- отсутствием когнитивных нарушений
- отсутствием эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией

**Условие ситуационной задачи**



## **Ситуация**

Больная Я., 60 лет. В психоневрологический диспансер поступил выписной эпикриз из психиатрического стационара, в котором содержится информация о вступившем в силу решении суда о прекращении исполнения принудительного лечения в отношении Я., в связи с чем больная выписана из психиатрического отделения общего типа. При выписке даны рекомендации о наблюдении психиатром по месту жительства. Я. находится в кабинете участкового психиатра. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию Я.; наличия связи психического расстройства Я. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; определения факторов, способствующих общественной опасности Я.; выбора эффективных мер предупреждения повторного противоправного поведения больной Я.

## **Жалобы**

Жалоб не предъявляет

## **Анамнез заболевания**

Сестра больной лечилась у психиатра с диагнозом «шизофрения». Я. с детства по характеру была замкнутой, скрытной, подруг не имела. С 1992 г. у нее появились беспричинные страхи, стала тревожной, настороженной, нарушился сон. Высказывала идеи отношения, преследования, боялась оставаться одна дома, испытывала страх - казалось, что кто-то пытается открыть дверь, проникнуть в квартиру, забрать детей и причинить им вред, слышала скрежет в замочной скважине. По бредовым мотивам «решила положить конец всем этим кошмарам, чтобы не мучились дети». В январе 1994 г. Я. нанесла ножевое ранение старшему сыну, младшему сыну налила в рот уксусную кислоту, сама также выпила уксус. Все трое были госпитализированы в центральную районную больницу. Я. консультирована психиатром и направлена на стационарное лечение. При поступлении на лечение Я. поясняла, что ее детям грозит опасность, их «хотят украсть», «они умрут мучительной смертью», постоянно находилась в страхе, напряжении, не спала ночами, поэтому решила «с этим покончить» «избавить от мучений себя и детей». В истории болезни описано бредовое мышление, отсутствие критики к своему состоянию. При психологическом исследовании выявлены нарушения мышления в виде символизации, не целенаправленности суждений на фоне эмоциональной отгороженности, уплощенности. Я. была привлечена к уголовной ответственности по ст. 108 ч.1 УК РСФСР, решением суда признана невменяемой и направлена на принудительное лечение в психиатрический стационар общего типа. С 18.01.1994г. по 27.09.1994 г. находилась на ПЛ, оформлена 2 группа

инвалидности бессрочно. После прекращения ПЛ и выписки из стационара участкового психиатра не посещала, лечение не получала, считала себя психически здоровым человеком. Вела асоциальный образ жизни: злоупотребляла спиртными напитками, бродяжничала, была агрессивной к окружающим и детям, привлекалась к административной ответственности, лишена родительских прав. Многократно госпитализировалась в психиатрический стационар в недобровольном порядке в связи с обострением галлюцинаторно-параноидной симптоматики, агрессивным поведением. После выписки поддерживающую терапию не принимала. После смерти мужа в 2001 г. проживала одна, продолжала злоупотреблять алкогольными напитками, отмечался запойный характер пьянства, собирала в квартире компании, ссорилась с соседями, привлекалась к административной ответственности. По месту жительства она характеризовалась отрицательно как «агрессивная, раздражительная, злоупотребляющая алкоголем». 31.07.2018 г. в ходе ссоры с соседкой Я. замахивалась на нее кухонным ножом, угрожала убийством, нанесла резаную рану руки. Привлечена к уголовной ответственности по ст.119 ч. УК РФ, постановлением мирового судьи признана невменяемой и направлена на принудительное лечение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа. С 28.02.2018 г. больная находилась на ПЛ, принудительное лечение было прекращено на основании судебного решения от 29.08.2019 г., больная выписана из стационара.

### **Анамнез жизни**

Родилась в многодетной семье (старшей из шести детей). Росла и развивалась соответственно возрасту. В возрасте 7 лет начала обучение в школе, училась удовлетворительно. Окончила 10 классов и кооперативный техникум, получила специальность «бухгалтер». С 1972 г. по 1992 г. работала по данной специальности, затем находилась в декретном отпуске. После выхода на работу была уволена по «сокращению». В последующем не работала, проживает в благоустроенной квартире одна, взаимоотношения с детьми конфликтные, с родственниками не общается.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Фон настроения неустойчив, периодически неадекватно улыбается, зажмуривает один глаз, при этом поясняет, что у нее «тики половины лица». Манерна, вычурна. Контакт носит малопродуктивный характер. Анамнестические сведения излагает скупое, по наводящим вопросам. В большинстве случаев отвечает: «Не знаю, не помню». На вопрос о начале заболевания пожимает плечами, отрывочно говорит, что «что-то казалось». Соглашается с многочисленными госпитализациями в психиатрический стационар, но их причину указать не может. По наводящим вопросам сообщает,

что в начале года слышала непонятный «голос», говорил, что «хочет убить». В прошлом не посещала районного психиатра, полагала, что «обойдется без таблеток». Не отрицает злоупотребление алкогольными напитками. Отмечает у себя запои, описывает абстинентные состояния в виде снижения аппетита, тошноты, тремора рук, сильной головной боли, нарушения сна, раздражительности, плохого настроения. В отношении правонарушения поясняет, что соседка обзывала нецензурными словами – «обиделась, высказала ей, «ткнула ножом». В содеянном не раскаивается, «ничего такого в этом не видит», нелепо улыбается. Не понимает цель проведенного ей принудительного лечения. Суждения витиеватые, противоречивые. Мышление паралогичное, не всегда последовательное, с элементами разорванности. Склонна к диссимуляции психопатологических переживаний. Себя считает психически здоровой. Эмоциональные реакции не устойчивые, легко раздражается. Круг интересов ограничен. Критика к своему состоянию нарушена.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Я. можно поставить диагноз**

- формированием приверженности лечению
- восстановлением трудоспособности
- отсутствием когнитивных нарушений
- отсутствием эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса мерой внебольничной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к Я. в период до совершения последнего правонарушения, являлось**

- активное диспансерное наблюдение
- диспансерное наблюдение
- консультативное наблюдение психиатра по месту жительства
- обязательное лечение у психиатра-нарколога

**На основании анализа данных анамнеза прекращение исполнения ранее назначенного Я. принудительного лечения в стационаре общего типа было**

- не своевременным с учетом совершения правонарушения, связанного с насилием

- преждевременным вследствие сохранения связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для себя и других лиц
- своевременным с учетом не тяжкого характера совершенного правонарушения, отсутствием связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для себя и других лиц
- своевременным вследствие отсутствия связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для себя или других лиц

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, настоящее прекращение принудительного лечения в психиатрическом стационаре без изменения его вида на амбулаторный в отношении Я. являлось**

- обоснованным, так как по психическому состоянию больная не представляет опасности для окружающих
- обоснованным в связи с возможностью лечения и наблюдения во внебольничных условиях в добровольном порядке
- обоснованным, так как больная совершила не тяжкое правонарушение
- не обоснованным

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению Я. повторных общественно опасных действий, на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относится**

- семейная дезадаптация с отсутствием помощи и поддержки близких, конфликтными взаимоотношениями в семье
- прогрессивность психического расстройства с нарушениями поведения, асоциальным образом жизни
- материальное неблагополучие с социальной дезадаптацией с социальной дезадаптацией, отсутствием средств к существованию
- эмоционально-волевое снижение с нарушением адаптации и неспособностью удовлетворения основных жизненных потребностей

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению Я. повторных общественно опасных действий, на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относится**

- нарушение когнитивных функций с социальной дезадаптацией
- нетрудоспособность с отсутствием приверженности труду
- зависимость от алкоголя

- нарушение мышления с паралогичностью, соскальзываниями

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период настоящего врачебного освидетельствования потенциальная общественная опасность Я.**

- сохраняется
- отсутствует
- крайне высокая
- повысилась

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса после получения решения суда о прекращении принудительного лечения больной Я. участковому психиатру необходимо решить вопрос об/о**

- установлении активного диспансерного наблюдения
- оказании консультативно-лечебной помощи
- проведении обязательного лечения и наблюдения в психоневрологическом диспансере
- исполнении принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях

**На основании анализа данных анамнеза и объективного статуса показанием для установления за Я. активного диспансерного наблюдения является наличие**

- материального неблагополучия с социальной деадаптацией
- диагноза «шизофрения»
- выраженного когнитивного дефицита с нарушением адаптации
- склонности к общественно опасным действиям

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, нормативных правовых документов периодичность осмотров больной Я. участковым психиатром в период активного диспансерного наблюдения будет составлять**

- один раз в месяц
- не чаще одного раза в неделю
- не реже одного раза в год
- не менее одного раза в месяц

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в период активного диспансерного наблюдения в отношении Я. должно быть обеспечено**

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии
- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для отмены активного диспансерного необходимо улучшение психического состояния Я. с отсутствием**

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии
- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Ф., 44 года. В психоневрологический диспансер поступил выписной эпикриз из психиатрического стационара, в котором содержится информация о вступившем в силу решении суда о прекращении исполнения принудительного лечения (ПЛ) в отношении Ф., в связи с чем больная выписана из психиатрического отделения для ПЛ специализированного типа. При выписке даны рекомендации о наблюдении психиатром по месту жительства. Ф. находится в кабинете участкового психиатра. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию Ф.; наличия связи психического расстройства Ф. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; определения факторов, способствующих общественной опасности Ф.; выбора эффективных мер предупреждения повторного противоправного поведения больной Ф..

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

В 6-летнем возрасте Ф. перенесла травму головы с потерей сознания (была сбита машиной). С диагнозом «ушиб головного мозга с внутримозговой гематомой» находилась на стационарном лечении в отделении нейрохирургии.

В последующем беспокоили головные боли, стала раздражительной. В школу пошла своевременно, с программой не справлялась, конфликтовала с учителями и одноклассниками. Дублировала 2-ой класс, была переведена во вспомогательную школу. Неоднократно из протеста уходила из детского дома, бродяжничала. С 18 лет алкоголизуется, толерантность составляет 0,5 литра крепких спиртных напитков, сформирован абстинентный синдром, имеют место амнестические формы опьянения. С 1997 по 2000гг. за совершение кражи отбывала наказание в колонии общего режима, где конфликтовала с администрацией, осужденными, вступала в драки, подвергалась наказаниям. Переносила травмы головы с потерей сознания, за медицинской помощью не обращалась. В 2001 г. вновь совершила кражу. В ходе предварительного следствия ей была проведена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза, с диагнозом «Органическое поражение головного мозга с выраженными изменениями психики» рекомендовалось признать Ф. невменяемой, и назначить принудительное лечение (ПЛ) в психиатрическом стационаре общего типа. По решению суда находилась на ПЛ с 12.08 по 15.12.2002 г., установлена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию. После выписки из стационара дважды с периодичностью 1 раз в год посещала участкового психиатра с целью продления группы инвалидности, поддерживающей терапии не получала. Известно, что Ф. не работала, по месту жительства характеризовалась отрицательно как «вспыльчивая, склонная к конфликтам, злоупотребляющая спиртными напитками». Вновь привлекалась к уголовной ответственности: в 2007 г. по ст.175 УК РФ (сбыт имущества, заведомо добытого преступным путем); в 2009 г. - за совершение кражи и угрозу убийством. Признавалась невменяемой, однако принудительные меры медицинского характера судом не назначались - направлялась на лечение у психиатра на общих основаниях. От лечения отказывалась, в психоневрологическом, наркологическом диспансерах не наблюдалась. Многократно в недобровольном порядке госпитализировалась в психиатрический стационар в связи с гетероагрессивным и аутоагрессивным поведением в алкогольном опьянении. В 2014 г. Ф. привлечена к уголовной ответственности по ст. 105 ч. 1 УК РФ (убийство). Постановлением суда от 10.02.15 г. Ф. была признана невменяемой, ей назначено принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа. С 2015 по 2017 гг. находилась на ПЛ. Как следует из выписного эпикриза, при поступлении психическое состояние больной характеризовалось выраженными аффективными расстройствами с резкими сменами настроения, дисфориями, грубыми психопатоподобными расстройствами с преобладанием истерических форм реагирования, импульсивности, повышенной раздражительности, нарушением сна, расстройством влечений, аутоагрессивных действий на фоне интеллектуально-мнестического снижения и нарушения критики. Постепенно на

фоне проведения активной психофармакотерапии (нейролептиками, нормотимиками, анксиолитиками, ноотропами) сгладились психопатоподобные расстройства с истерическими проявлениями и аутоагрессивными действиями, уменьшилась выраженность аффективных расстройств, импульсивности, нормализовался сон. Однако сохраняется эмоциональная неустойчивость с периодическим возникновением сниженного фона настроения, дисфорических состояний, нарушение критической оценки своего состояния и совершенного правонарушения на фоне дефицита интеллектуально-мнестических функций.

### **Анамнез жизни**

Данных о наследственной отягощенности, раннем периоде развития нет. Родителей не знает, с рождения воспитывалась в детских домах. Окончила 9 классов вспомогательной школы и профессиональное училище по специальности «швея». С 17 лет проживала самостоятельно. Неоднократно привлекалась к уголовной ответственности. В периоды между судимостями работала в различных организациях – выполняла низко квалифицированный труд, на одном месте подолгу не удерживалась в связи с нарушением трудовой дисциплины, алкоголизацией; проживала с сожителем в общежитии. В настоящее время не работает, проживает одна, родных и близких не имеет.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. В контакт вступает охотно, она вопросы отвечает в плане заданного. Речь косноязычна, словарный запас беден, суждения примитивные. Считает себя «не совсем здоровой», поясняет, что бывают периоды плохого настроения с раздражительностью - «не знаю, почему портится настроение»; «бывает встаю, а настроение уже плохое, все раздражает, хочется накричать». В процессе беседы соглашается, что ей необходима поддерживающая терапия. Познавательные интересы отсутствуют, суждения отличаются поверхностностью и облегченностью. Мышление обстоятельное, ригидное. Фон настроения неустойчив. В процессе беседы отмечаются колебания настроения от раздражительно-гневливого до благодушного. Старается представить себя с лучшей стороны, отрицает алкоголизацию в настоящее время. Психотической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций не выявлено. О совершенном правонарушении говорит без раскаяния, заявляет, что испытывает обиду, так как «все взяла на себя, хотя ничего не помню». Критика к своему состоянию нарушена. Психологическое исследование. На первый план выступает установочное поведение больной в виде стремления продуцировать социально одобряемые ответы. Отмечается ограниченный словарный запас, замедленный темп умственной деятельности. Коэффициент умственного развития 75. Обнаруживаются нарушения мышления в виде обстоятельности, тугоподвижности, снижения уровня обобщения.



Ассоциации невысокого категориального уровня. Личностные особенности характеризуются неадекватно завышенной самооценкой, эгоцентризмом, личностной примитивностью, недостаточно реалистичностью планов и продумывания конкретных действий по достижению намеченного.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Ф. можно поставить диагноз**

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии
- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения

### **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса мерой профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной Ф. в период до совершения последнего правонарушения, являлось**

- активное диспансерное наблюдение
- обязательное лечение у психиатра-нарколога
- диспансерное наблюдение
- консультативное наблюдение психиатра по месту жительства

**На основании анализа данных анамнезов жизни и заболевания, продолжительность исполнения назначенного Ф. в 2001 г. принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа была**

- достаточной с учетом не тяжкого характера совершенного правонарушения
- не достаточной вследствие сохранения связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, с опасностью для других лиц
- достаточной вследствие отсутствия связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, с опасностью для себя или других лиц
- избыточной с учетом совершения правонарушения, не связанного с насилием

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, прекращение принудительного лечения в стационаре специализированного типа без изменения его вида в отношении Ф. было**

- обоснованным в связи с возможностью продолжения лечения в стационаре на общих основаниях
- обоснованным, так как по психическому состоянию больная не представляла опасности для окружающих
- не обоснованным
- обоснованным, так как больная нуждалась в переводе в психоневрологический интернат

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к факторам риска повторного общественно опасного поведения Ф., на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относится**

- нарушение мышления с обстоятельностью, ригидностью мыслительных процессов
- низкая способность к обучению
- зависимость от алкоголя
- нарушение когнитивных функций

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к клинико-психопатологическим факторам, способствующим совершению Ф. повторных общественно опасных действий, на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относятся**

- когнитивные нарушения с расстройством восприятия
- нарушения памяти и мышления
- нарушения поведения и эмоциональной сферы
- расстройства схемы тела

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период настоящего врачебного освидетельствования потенциальная общественная опасность Ф.**

- сохраняется
- крайне низкая
- низкая
- отсутствует

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса после получения решения суда о прекращении принудительного лечения больной Ф. участковому психиатру необходимо решить вопрос об/о**

- обязательном лечении от алкоголизма
- лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь, на общих основаниях
- направлении в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами
- активном диспансерном наблюдении

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса показанием для установления за Ф. активного диспансерного наблюдения в настоящее время является**

- материальное неблагополучие
- выраженный когнитивный дефицит
- нарушение трудоспособности с отсутствием приверженности труду
- склонность к совершению противоправных действий

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, нормативных правовых документов периодичность осмотров больной Ф. участковым психиатром в период активного диспансерного наблюдения будет составлять**

- не реже одного раза в год
- не менее одного раза в месяц
- не чаще одного раза в неделю
- один раз в месяц

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в период активного диспансерного наблюдения в отношении Ф. должно быть обеспечено**

- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для отмены активного диспансерного необходимо улучшение психического состояния больной Ф. с отсутствием**

- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии

- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная П., 47 лет находится в отделении принудительного лечения (ПЛ) специализированного типа. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию П.; наличия связи психического расстройства П. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; определения факторов, способствующих общественной опасности П.; выбора эффективных мер предупреждения повторного противоправного поведения больной П.

### **Жалобы**

Предъявляет жалобы на раздражительность

### **Анамнез заболевания**

С детского возраста у П. наблюдались нарушения поведения - была грубой, агрессивной к окружающим, конфликтовала со сверстниками. В 11 лет консультирована психиатром, устанавливался диагноз «шизофрения, простая форма». П. была переведена в учреждение для детей и подростков с девиантным поведением, где первое время пребывания отмечались «расторможенность поведения, полное безразличие к учебе и трудовым процессам», с демонстративной целью совершала попытки суицида. С 1985г. употребляла в виде внутривенных инъекций препараты опийного ряда. В связи с таким поведением находилась на лечении в психиатрическом стационаре. В дальнейшем П. продолжала проживать и учиться в данном учреждении. В характеризующем материале отмечено, что П. «работоспособная, хорошо владеет счетными операциями, читает художественную литературу, безошибочно переписывала текст. Однако при малейшем подозрении на несправедливость со стороны старших становилась грубой, несдержанной, агрессивной». В дальнейшем многократно лечилась в психиатрическом стационаре в связи с «психопатоподобным поведением, немедикаментозным потреблением лекарственных средств». Причинами госпитализаций являлись «антисоциальные поступки, неоднократные попытки суицида». С 2002 г. П. наблюдалась наркологом по поводу «зависимости от нескольких психоактивных веществ». При очередной госпитализации диагноз П. был изменен на «расстройство личности, декомпенсация», с которым она также

многократно лечилась в психиатрической больнице. После выписок вела асоциальный образ жизни, поддерживающее лечение не принимала, находилась «под консультативным наблюдением» у психиатра, от посещения которого отказывалась. В 2009г. П. на приеме в психоневрологическом диспансере требовала «выдать феназепам», оскорбляла врачей, угрожала убийством, порчей имущества заместителю главного врача. При отказе выдать ей требуемый препарат кричала, проявляла агрессию к окружающим, персоналу, с кирпичом в руках бегала по диспансеру, бросила кирпич в машину главного врача. В течение 6 месяцев находилась на лечении в психиатрической больнице. После выписки П. «изредка посещала участкового психиатра, рекомендованное лечение принимала по своему усмотрению». В сентябре 2011г. ее психическое состояние вновь ухудшилось: не спала ночами, была раздражительной, озлобленной, сообщала, что «сорвало голову», «хотела кого-нибудь убить», угрожала ножом вахтеру общежития. Находилась в стационаре, после выписки лечение не принимала, злоупотребляла транквилизаторами. В 2012-2015 гг. трижды привлекалась к уголовной ответственности по ст. ст.167 ч.1, ст.228 ч.1, ст. 158 ч. 2 УК РФ (приобретение и хранение наркотических средств, кражи). Проходила амбулаторные судебно-психиатрические экспертизы, по заключению которых рекомендовалось признать П. невменяемой и направить на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа, вынесено 3 решения суда о назначении данного вида ПЛ. Однако больная уклонялась от принудительного лечения. 24.11.2015 г. П. пыталась сбыть наркотическое средство-ацетилованный опий, привлечена к уголовной ответственности по ч. 3 ст.30, ч.1 ст. 228 УК РФ (попытка незаконного сбыта наркотического средства), решением суда признана невменяемой, направлена на ПЛ в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа.

### **Анамнез жизни**

Объективных сведений о психопатологической наследственности, беременности и родах у матери пациентки нет. Родителей не знает, воспитывалась в детском доме, учреждении для детей и подростков с девиантным поведением. В детском возрасте в развитии не отставала. Из-за нарушений школьной дисциплины дублировала 5 класс. Окончила 9 классов общеобразовательной школы и профессиональное училище по специальности «штукатур-маляр». Непродолжительное время (не более 2-х лет) работала маляром, дворником, увольнялась в связи с нарушениями трудовой дисциплины. Неоднократно привлекалась к уголовной ответственности. Более 10 лет нигде не работала, не замужем, проживала в общежитии с сожителем, вела асоциальный образ жизни – употребляла психоактивные вещества,

совершала кражи. По месту жительства характеризовалась отрицательно, как «конфликтная, агрессивная».

### **Объективный статус**

Психическое состояние. При поступлении и первое время в отделении была беспокойна, режим соблюдала под контролем медперсонала, периодически озлоблялась на окружающих, нецензурно бранилась, угрожала персоналу, врачам физической расправой. Отказывалась от соблюдения режима и приема лекарств, легко вступала в конфликт с персоналом и больными, грубила, разговаривала на повышенных тонах, была раздражительна. Ночной сон нарушен - вставала, требовала сигареты, оскорбляла мед. персонал, использовала ненормативную лексику, была неопрятна, не следила за своим внешним видом. С демонстративной целью выбила дверь в отделении, протестуя против назначенного лечения. Конфликтовала с больными, навязывала свои правила и манипулировала ими. Бравировала своим поведением. Отказывалась от приема медикаментов - прятала во рту таблетки. Нуждалась в индивидуальном постоянном надзоре ввиду поведенческих нарушений, попыток побега. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось, формально подчиняется режиму, лечение принимает неохотно, в трудовые процессы не включается. Манерна в речи и поведении, дистанции с врачом не соблюдает. Настроение неустойчивое - раздражительна, использует ненормативную лексику, импульсивна, с бравадой рассказывает о своем асоциальном образе жизни. Продуктивной психопатологической симптоматики не выявляется. Критика к своему состоянию, совершенному правонарушению нарушена.

### **На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной П. можно поставить диагноз**

- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудовой терапии
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- назначение антипсихотических препаратов первого поколения

### **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам, способствующим повторному противоправному поведению больной П., на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относится**

- интеллектуальное снижение с неспособностью удовлетворения основных жизненных потребностей
- когнитивные нарушения с расстройством восприятия и адаптации
- эмоциональная неустойчивость с нарушением контроля поведения
- нарушение мышления с обстоятельностью, ригидностью мыслительных процессов

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам, способствующим повторному противоправному поведению больной П., на редукцию которых следует направить лечебно-реабилитационное воздействие, относится**

- расстройство восприятия с псевдогаллюцинациями
- психоорганический синдром
- когнитивный дефицит с нарушением адаптации
- зависимость от психоактивных веществ

**К медицинским мерам профилактики повторного общественно опасного поведения больной П. относится**

- лечение зависимости от психоактивных веществ
- длительная госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке
- оформление в психоневрологический интернат
- принудительное лечение от наркомании

**К медицинским мерам профилактики повторного общественно опасного поведения больной П. относится**

- формирование приверженности труду
- коррекция эмоциональной неустойчивости и нарушений поведения
- длительная госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке
- купирование дефицитарных психопатологических нарушений

**На основании анализа данных анамнеза мерой внебольничной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной П., являлось**

- консультативно-лечебное наблюдение у психиатра по месту жительства
- активное диспансерное наблюдение
- обязательное лечение у психиатра-нарколога
- диспансерное наблюдение

**На основании анализа данных анамнеза показанием для установления за больной П. активного диспансерного наблюдения являлось наличие**

- расстройств восприятия
- продуктивной психопатологической симптоматики
- выраженного когнитивного дефицита
- склонности к общественно опасным действиям

**На основании анализа данных анамнеза, нормативных правовых документов при установлении за больной П. активного диспансерного наблюдения периодичность ее осмотров участковым психиатром должна была составлять**

- не реже одного раза в месяц
- не чаще одного раза в неделю
- не реже одного раза в год
- один раз в месяц

**На основании анализа данных анамнеза при уклонении больной П. от назначенного судом принудительного лечения в психиатрическом стационаре участковому психиатру следовало**

- обратиться за содействием в госпитализации в органы полиции
- получить согласие больной на госпитализацию
- исполнять принудительное лечение в амбулаторных условиях
- пригласить больную на прием

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период настоящего врачебного освидетельствования потенциальная общественная опасность больной П.**

- отсутствует
- сохраняется
- крайне низкая
- низкая

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной П. должно быть обеспечено**

- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудотерапии
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием



- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- назначение антипсихотических препаратов второго поколения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующей нормативной правовой базы, продление применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной П. будет определяться**

- комплексное применение психофармакотерапии и долговременной трудотерапии
- назначение антипсихотических препаратов с пролонгированным действием
- комплексное применение психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации
- назначение антипсихотических препаратов второго поколения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза А., 46 лет, в гражданском деле по заявлению сестры подэкспертной о признании ее недееспособной. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \* Страдает ли А. психическим заболеванием? \* Может ли А. понимать значение своих действий и руководить ими? \* Не препятствует ли заболевание А. ее участию в судебном заседании? \* Нуждается ли А. в опеке?

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Со второго курса института увлекалась психологией, «японской культурой». Много читала, училась рисовать иероглифы. Заболела остро, когда на третьем году обучения, возвращаясь домой, вдруг почувствовала постороннее воздействие на свой мозг. Чувствовала «открытость мыслей». Поняла, что на нее воздействуют «органы ФСБ, Лужков и Еврейская синагога», которые длительное время следили за ней с помощью специальной аппаратуры. Она не должна была заподозрить этого, но из-за поломки аппаратуры ей все стало известно. В течение нескольких дней «уходила от преследования», перестала посещать институт, вела себя неадекватно. После того, как рассказала матери о случившемся, та вызвала «скорую помощь». На фоне стационарного лечения острая психотическая симптоматика была купирована, однако критики к перенесенному психозу не было. В последующем заболевание протекало с

частыми обострениями, во время которых возобновлялись «голоса» комментирующего, а затем императивного характера, нарастанием эмоционально-волевого дефекта, в течение нескольких лет течение заболевания приобрело непрерывный характер. Ежегодно по несколько раз госпитализировалась в психиатрическую больницу в связи с императивными голосами, неадекватным поведением, психомоторным возбуждением, агрессией к окружающим.

### **Анамнез жизни**

Наследственность отягощена: дядя по линии матери страдает параноидной шизофренией. Родилась от первой нормально протекавшей беременности, своевременных родов. В психомоторном развитии не отставала. По характеру формировалась стеснительной, сенситивной, в дошкольном возрасте получала лечение у невролога в связи с невротическими реакциями. В школу была определена своевременно. С учебой справлялась, была в меру общительной, оставалась повышенно тревожной, переживала из-за неудач. После окончания школы поступила в экономический институт. На четвертом курсе заболела, была вынуждена учебу оставить. В последующем не работала, с 22 лет является инвалидом 2 группы. Проживала с матерью и сестрой, требовала за собой постоянного надзора. После смерти матери сестра обратилась в суд с заявлением о признании ее недееспособной с целью определения в стационарное учреждение социального обслуживания.

### **Объективный статус**

Выглядит неопрятно, не следит за внешним видом. Мимика бедная, однообразная. Во время беседы не удерживается на одном месте. В беседу вступает охотно, на вопросы отвечает не в плане заданного. Мышление разорванное. В поведении неадекватна. Цель экспертизы не понимает, считает, что решается вопрос о ее трудоспособности, говорит, что, если ее лишат трудоспособности, покончит с собой. Анамнестические сведения сообщает непоследовательно. Себя характеризует спокойной, замкнутой, нервной, говорит, что иногда кричит, чтобы ее поняли; о себе говорит с явной переоценкой. Считает себя психически здоровой. При расспросе рассказывает, что впервые была госпитализирована в психиатрическую больницу во время учебы в институте, причиной госпитализации называет негативное к ней отношение соседей. Считает, что заболела в период нахождения в больнице, когда ей «сделали укол», после чего стала слышать «голоса», управляющие ее поведением. Убедена, что находится под постоянным контролем органов ФСБ, является их «агентом». Категорически отрицает конфликты с сестрой, агрессию по отношению к ней. В период пребывания в стационаре периодически была беспокойна, возбуждена, конфликтовала с подэкспертными, на замечания не реагировала, поведение коррекции не

поддавалось. Мышление непоследовательное, аморфное, временами паралогичное. Эмоциональные реакции неадекватные. Импульсивна. Склонна к неожиданным поступкам, импульсивным, в том числе агрессивным действиям.

#### **Заявление о признании гражданина недееспособным может быть подано**

- близким родственником
- дальним родственником, проживающим совместно с гражданином, в отношении которого подается заявление
- организацией, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь по месту жительства (поликлиника)
- учреждением социального обслуживания, оказывающего нестационарную помощь

#### **Основанием признания гражданина недееспособным является**

- пристрастие к азартным играм, злоупотребление спиртными напитками или наркотическими средствами, вследствие которых гражданин ставит свою семью в тяжелое материальное положение
- психическое расстройство, определяющее неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или бездействия
- психическое расстройство, вследствие которого гражданин не может понимать значения своих действий или руководить ими
- психическое расстройство, вследствие которого гражданин представляет по своему психическому состоянию опасность для себя и окружающих

#### **Дееспособность гражданина может быть ограничена вследствие психического расстройства, если**

- гражданин длительно страдает хроническим психическим расстройством и находится под активным диспансерным наблюдением в связи с риском совершения общественно опасных действий
- гражданин, вследствие психического расстройства, может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц
- гражданин, вследствие имеющегося у него психического расстройства, не может в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или бездействия
- он в установленном законом порядке ограничен в родительских правах в связи с опасностью оставления с ним несовершеннолетнего ребенка

#### **В соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертной следует поставить диагноз**

- гражданин длительно страдает хроническим психическим расстройством и находится под активным диспансерным наблюдением в связи с риском совершения общественно опасных действий
- гражданин, вследствие психического расстройства, может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц
- гражданин, вследствие имеющегося у него психического расстройства, не может в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или бездействия
- он в установленном законом порядке ограничен в родительских правах в связи с опасностью оставления с ним несовершеннолетнего ребенка

## **Диагноз**

### **Установленное над гражданином попечительство отменяется на основании**

- решения суда о признании гражданина, ранее признанного ограниченно дееспособным, дееспособным
- решения врачебной комиссии медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях
- решения суда о признании гражданина, ранее признанного недееспособным, ограниченно дееспособным
- личных заявлений гражданина и членов его семьи, ходатайства органов опеки и попечительства и прокурора

### **Критические и прогностические способности подэкспертной**

- нарушены
- соответствуют ее возрасту и образованию
- сохранены
- незначительно снижены

### **При признании гражданина недееспособным, он сохраняет**

- избирательные права
- правоспособность
- способность самостоятельно совершать мелкие имущественные сделки
- способность самостоятельно заключать трудовой договор

### **По своему психическому состоянию А. + + принимать участие в проводимом в помещении суда судебном заседании**

- может
- может при наличии у нее такого желания

- может в сопровождении врача-психиатра
- не может

**В данном случае клиническим критерием опасности для жизни или здоровья окружающих, определяющим неспособность А. участвовать в проводимом в помещении суда судебном заседании является**

- высокий риск ситуативной или импульсивной аутоагрессии
- выраженное снижение когнитивных функций
- неустойчивый фон настроения и неадекватность эмоциональных реакций
- высокий риск агрессивных действий

**Максимально возможный срок пребывания лица на стационарной судебно-психиатрической экспертизе составляет + \_\_\_\_\_ + дней**

- 60
- 30
- 120
- 90

**По своему психическому состоянию А. + \_\_\_\_\_ + понимать значение своих действий и руководить ими**

- может лишь при помощи других лиц
- не может
- не может в полной мере
- может

**Ответ на вопрос "Нуждается ли А. в опеке?" может быть сформулирован следующим образом**

- может лишь при помощи других лиц
- не может
- не может в полной мере
- может

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первичная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза Б., в гражданском деле о признании ее недееспособной. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \* Страдает ли Б., психическим расстройством?

\* Может ли она понимать значение своих действий и руководить ими, нуждается ли она в опеке?

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Наследственность неотягощена. Родилась в многодетной семье, младшей из 5 детей. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо. По характеру была общительная, целеустремленная. Закончила 10 классов. В 18 лет вышла замуж, от брака имеет двоих детей. Работала продавцом в магазине. В 2001 году стала слышать в голове мужские «голоса», которые управляли ею. Настроение было подавленное. Самостоятельно обратилась в психиатрическую больницу, где находилась в течение 3-х месяцев. Считала, что ее «зомбировали», она находится под контролем спецслужб, под воздействием каких-то приборов. Критики к болезненным переживаниям не было. После купирования психотической симптоматики социально была адаптирована, работала, справлялась с воспитанием детей. Состояние изменилось с октября 2011г., когда начала конфликтовать на работе с сотрудниками. Уволилась с прежней работы, стала мастером маникюра. Стала посещать церковь. Вновь появились «голоса» внутри головы неприятного содержания, которые ее обзывали, нецензурно бранили. Была убеждена, что соседи передают ей свои мысли неприятного содержания. Подозревала, что кто-то проникает в квартиру и меняет обстановку. На фоне проводимого лечения состояние больной улучшилось. Следующее ухудшение состояния в 2015г. В течение недели перестала спать, разговаривала сама с собой, считала, что телефон прослушивается, заявляла, что у нее хотят отнять квартиру, вокруг один убийца. При поступлении в психиатрическую больницу контакту была недоступна, на вопросы либо не отвечала, либо отвечала не по существу. Была озлоблена. Считала, что «все вокруг в сговоре, хотят ее убить». Называла мед. работников «немцами». На фоне проводившегося лечения состояние улучшилось: стала спокойна, упорядочена. Мышление было аморфное. Эмоционально была уплощена. Критика к своему состоянию и поведению была формальная. После выписки из больницы в течение месяца находилась на долечивании в дневном стационаре. В последующем ПНД посещала регулярно, состояние было стабильным, оценивалось как «ремиссия». Поддерживающую терапию принимала.

### **Материалы дела**

Дочь подэкспертной обратилась в суд с заявлением о признании Б. недееспособной, указав, что она страдает параноидной шизофренией, не

может понимать значение своих действий и руководить ими. По делу была назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Объективный статус**

Сознание ясное. Ориентирована правильно. Цель проведения экспертизы понимает. Контакт доступен. На вопросы отвечает в плане заданного, по существу. Эмоционально несколько монотонна. Анамнестические сведения сообщает последовательно. Рассказывает, что в настоящее время проживает одна в двухкомнатной квартире. С домашним хозяйством справляется, сама делает покупки, готовит еду, убирается, поддерживает приятельские отношения с соседями. Указывает, что одна из соседок доверяет ей ключи от своей квартиры, она, когда та в командировках, выгуливает и кормит ее собаку. Подробно рассказывает, как распоряжается своей пенсией. О госпитализациях в психиатрическую больницу рассказывает подробно. Понимает, что страдает психическим расстройством, опасается возможных обострений, но надеется, что на фоне приема лекарственных препаратов их удастся избежать. Уважительно говорит об участковом враче-психиатре. уверенно перечисляет лекарственные препараты, которые ей назначены, называет их дозировки. Считает, что дети хотят лишить ее дееспособности, чтобы отправить ее в интернат. Хочет сохранить гражданско-правовой статус. Убеждена, что может проживать самостоятельно. В период пребывания в стационаре обслуживала себя самостоятельно, в поведении была упорядочена, общалась с другими подэкспертными. Внимание, память не нарушены. Мышление последовательное. Продуктивной симптоматики нет. Критические, прогностические способности сохранены. При экспериментально-психологическом исследовании использовались методики: «10 слов», «Пиктограммы», «Отсчитывание», «Таблицы Шульте», «Сравнение понятий», «Исключение предметов», «Понимание переносного смысла метафор и пословиц», «Установление последовательности событий», исследование личности - «ММРІ». По результатам экспериментально-психологического исследования у подэкспертной отмечается высокая продуктивность деятельности и темп работоспособности, некоторая неустойчивость познавательной мотивации, связанная с ситуативно-обусловленными реакциями на замечания экспериментатора. Выраженных нарушений концентрации и распределения внимания в ходе настоящего обследования выявлено не было. Фон настроения ровный, эмоциональные реакции в целом адекватны беседе и ситуации исследования, в то же время носят несколько формальный характер. Объем непосредственного и опосредованного запоминания в рамках нормы. Образы, используемые в качестве опосредующего звена, адекватны по содержанию стимульным понятиям, преимущественно метафоричны и символичны по уровню абстрагирования.

Выраженных нарушений мышления у подэкспертной в ходе настоящего обследования выявлено не было. В индивидуально-психологических особенностях у подэкспертной отмечается стремление к четкому соблюдению общепринятых норм и правил поведения.

**В данном случае производство судебно-психиатрической экспертизы должно быть осуществлено в виде + \_\_\_\_\_ + экспертизы**

- однородной стационарной судебно-психиатрической
- однородной стационарной судебной психолого-сексолого-психиатрической
- комплексной стационарной судебной психолого-психиатрической
- однородной амбулаторной судебной психолого-психиатрической

**Основанием признания гражданина недееспособным является**

- неспособность понимать значение своих действий или руководить ими
- наличие хронического психического расстройства, при котором гражданин может понимать значение своих действий и руководить ими лишь с помощью других лиц
- растрата денежных средств, в результате которой гражданин ставит свою семью в тяжелое материальное положение
- наличие хронического психического расстройства с тяжелыми проявлениями, частыми ухудшениями состояния и неблагоприятным прогнозом

**Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть**

- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию
- признан недееспособным в установленном законом порядке
- ограничен судом в дееспособности
- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания

**При проведении судебно-психиатрической экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении обязательным является проведение + \_\_\_\_\_ + исследований**

- психиатрического, психометрического, эндокринологического
- психиатрического и патопсихологического
- психиатрического, сексологического, лингвистического



- психометрического, психометрического и сексологического

**Первым обязательным этапом производства судебно-психиатрической экспертизы является**

- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела
- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности
- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом
- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов

**По делам о признании гражданина недееспособным, ограничено дееспособным в связи с психическим расстройством, признании дееспособным гражданина, ранее признанного недееспособным судебно-психиатрическая экспертиза является**

- обязательной в форме стационарной судебно-психиатрической экспертизы
- обязательной
- не обязательной, назначается на усмотрение суда
- обязательной в форме комплексной психолого-психиатрической экспертизы

**В соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертной следует установить диагноз**

- обязательной в форме стационарной судебно-психиатрической экспертизы
- обязательной
- не обязательной, назначается на усмотрение суда
- обязательной в форме комплексной психолого-психиатрической экспертизы

**Диагноз**

**Психическое расстройство подэкспертной характеризуется + \_\_\_\_\_ + типом течения**

- эпизодическим
- рекуррентным
- непрерывным
- другим

**При экспериментально-психологическом исследовании мыслительной деятельности Б. может применяться набор методик**

- «счет по Крепелину», «тест Векслера», «отсчитывание», «таблицы Шульте»
- «сравнение понятий», «понимание переносного смысла метафор и пословиц»
- «простые аналогии», «пояснение условного смысла пословиц и поговорок»
- «исключение предметов», «понимание переносного смысла метафор и пословиц», «установление последовательности событий»

**Выявленные у Б. при экспериментально-психологическом исследовании нарушения мышления характерны для + \_\_\_\_\_ +  
симптомокомплекса**

- олигофренического
- психоорганического
- шизофренического
- психопатического

**При решении экспертных вопросов основное значение имеют**

- прежде всего данные о трудовой и социальной адаптации, поскольку именно они определяют экспертное решение
- результаты настоящего клинического, психиатрического и психологического исследования
- в равной степени данные анамнеза, медицинской документации и настоящего обследования
- данные медицинской документации, поскольку именно они наиболее полно отражают динамику психического расстройства

**Б. + \_\_\_\_\_ + понимать значение своих действий и руководить ими**

- прежде всего данные о трудовой и социальной адаптации, поскольку именно они определяют экспертное решение
- результаты настоящего клинического, психиатрического и психологического исследования
- в равной степени данные анамнеза, медицинской документации и настоящего обследования
- данные медицинской документации, поскольку именно они наиболее полно отражают динамику психического расстройства

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Первичная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза Т., 45 лет, в гражданском деле о признании его ограниченно дееспособным. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \* Страдает ли Т. каким-либо психическим заболеванием? Если да, то в чем оно выражается? \* Может ли он по своему состоянию здоровья отдавать отчет своим действиям и руководить ими, понимает ли он значение своих действий? \* Может ли он по своему состоянию здоровья отдавать отчет своим действиям и руководить ими при помощи других лиц?

## **Анамнез заболевания**

Наследственность психопатологически отягощена, отец страдает алкоголизмом. Беременность у матери протекала на фоне позднего токсикоза. Родился в срок, в асфиксии. С раннего возраста значительно отставал в психомоторном развитии. Рос капризным, раздражительным. Обучение начал в общеобразовательной школе, однако программу не усваивал. С 8 лет в связи с нарушениями поведения наблюдался психиатром с диагнозом: «Олигофрения в степени выраженной дебильности», обучался по программе коррекционной школы, где с трудом закончил 7 классов. С подросткового возраста общался с асоциальными личностями, неоднократно госпитализировался в ПБ в связи с психопатоподобным поведением. Отмечались суженный круг интересов, внушаемость, подчиняемость. С 13 лет стал употреблять различные психотропные и наркотические вещества (алкоголь, производные опия, первитин). С 1998 года по 2002 год находился на принудительном лечении в связи с совершением общественно-опасного деяния: избивал мать. Решением суда Т. был признан недееспособным, после окончания принудительного лечения был помещен в ПНИ. В течение первых лет проживания в ПНИ был конфликтен, агрессивен. Нарушал режим, склонял проживающих к гомосексуальным отношениям, был лжив, изворотлив, предъявлял множество требований, касающихся условий проживания. В последующем стал активным помощником общественных организаций, борющихся против нарушения прав лиц, страдающих психическими расстройствами, проживающих в ПНИ. По их просьбе снимал на телефон эпизоды жизни интерната, выкладывал эти записи в социальных сетях.

## **Материалы дела**

Т. обратился в суд с заявлением о признании его дееспособным или ограниченно дееспособным.

## **Объективный статус**

Подэкспертный в месте, времени и собственной личности ориентирован

правильно. Выглядит опрятно, за внешним видом следит. Настроение ровное. Мимика несколько однообразная. Контакт доступен. Дистанцию удерживает. На вопросы отвечает, в целом, в плане заданного, несколько многословен. Словарный запас достаточный. Голос громкий, модулированный. Цель направления на экспертизу понимает правильно. Анамнестические сведения излагает последовательно, пытаясь представить себя в более выгодном свете. Сообщает, что с детства был капризным, часто кричал, устраивал истерики. Из-за плохого поведения в возрасте 8 лет мама отвела его к психиатру, он был поставлен на учет, но выписанные препараты не пил, т.к. «боялся». Считает, что матери не было до него дела, она хотела от него избавиться. Так же сообщает, что с младших классов ему хуже, чем другим детям, давался учебный материал, трудно было запоминать информацию, решать задачи. Рассказывает, что окончил только 7 классов вспомогательной школы, потому что не было интереса к учебе, часто в компании друзей прогуливал школу. Рассказывает, что курить начал с 14 лет, «за компанию». Впервые попробовал спиртные напитки в возрасте 15 лет в компании друзей, алкоголь давал легкость, чувство расслабления. С 17 лет систематически употреблял эфедрин, инъекции ему делали друзья, это давало бодрость и энергию. Сообщает, что иногда в состоянии наркотического опьянения ссорился с мамой, требовал от нее денег, препаратов, угрожал ей. Из-за частых скандалов, агрессивного поведения, употребления наркотиков, мать в конце концов обратилась в полицию и в суд с заявлением о признании его недееспособным. Сведения медицинской документации о нарушениях поведения, в том числе о случаях сексуального насилия в отношении других проживающих категорически отрицает. При расспросе на эту тему раздражается. В то же время подтверждает, что он конфликтовал с персоналом интернатов и проживающими, может вспылить, при этом не выбирает выражения. Подробно описывает ряд ситуаций, в которых, по его мнению, происходило «нарушение прав», и о которых он выкладывал информацию на сайтах «Особое детство», «Стоп ПНИ». Свою деятельность объясняет сотрудничеством с общественными организациями, а также тем, что «хотел справедливости». На вопрос о том, насколько правомерны его действия, говорит, что «имеет право проводить аудиофиксацию, чтобы при необходимости передать полученные материалы следователю». Не отрицает, что до настоящего времени старается записывать на диктофон все разговоры с сотрудниками ПНИ, чтобы «обезопасить себя», потому что он человек «слабый», и боится злоупотреблений, а также потому, что в свое время сильно пострадал от врачей, которые с ним «не всегда поступали честно». На просьбу эксперта написать жалобу по поводу какой-либо реальной или воображаемой ситуации сначала говорит, что не может писать ручкой или на планшете. После предоставления ему компьютера начинает с трудом, постепенно втягивается, самостоятельно печатает последовательный

текст жалобы по поводу «воображаемой ситуации», много внимания уделяет стилистической и технической редактуре текста, при выделении в тексте ошибок самостоятельно их исправляет. В период экспертизы настроенность против врачей активно не проявляет, недовольством в адрес сотрудников ПНИ не охвачен. В период нахождения в отделении с жалобами не обращался, в поведении был полностью упорядочен, режим не нарушал, с другими подэкспертными общался по необходимости. Внимание, память значительно не нарушены. Словарный запас достаточный. Мышление конкретное, обстоятельное, суждения в ряде случаев поверхностные, интеллектуальный уровень снижен. Критическая оценка своего состояния и ситуации снижена. При экспериментально-психологическом исследовании экспериментальные задания старается выполнять на хорошем уровне. Понимание инструкций несколько своеобразно, однако, усвоив их, в целом придерживается их в работе. При возникающих затруднениях подэкспертный использует помощь психолога-эксперта в ограниченном объеме. Темп выполнения заданий достаточно высокий, в целом равномерный, признаков повышенной утомляемости не выявляется. Грубых нарушений памяти (10 слов, Пиктограмма) не выявляется. При заучивании 10 слов подэкспертный последовательно называет 6,8,10 слов, отсрочено - 7 слов (через 40 мин). При отсроченном воспроизведении опосредованного запоминания точно называет 5 слов и 3 слова близко по смыслу из 10 опосредованных понятий. Ассоциативные образы несколько своеобразны, субъективны, конкретны, формально передают содержание и эмоциональный подтекст понятий, малопроективны. Рисунки низкого качества, рисунок Человека с нарушением схемы тела человека. При исследовании мыслительных процессов на стимульном материале невысокой и средней степени сложности (Исключение предметов, Сравнение понятий, Исключение понятий, Антонимы, Простые аналогии, Толкование метафор и пословиц, проба Эббингауза) выявляется снижение уровня и некоторая неравномерность процессов обобщения. Условный смысл несложных знакомых метафор и пословиц передаст формально верно, при этом отмечается проекция ощущения недоброжелательного отношения со стороны окружающих (стимульное выражение: «Не все то золото, что блестит», подэкспертный поясняет следующим образом: «Нельзя быть наивным – обманывают»). IQ по Векслеру - 59. В индивидуально-психологических особенностях у подэкспертного, на фоне стремления не раскрывать значимых переживаний и давать социально одобряемые ответы, выявляются избирательность социальных контактов с недоверчивым, настороженным отношением к окружающим. Ему свойственно некоторое своеобразие интересов и установок, эмоциональных проявлений.

**В данном случае производство судебно-психиатрической экспертизы должно быть осуществлено в виде + \_\_\_\_\_ +  
экспертизы**

- комплексной стационарной судебной психолого-психиатрической
- однородной амбулаторной судебной психолого-психиатрической
- однородной стационарной судебной психолого-сексолого-психиатрической
- однородной стационарной судебно-психиатрической

**Основанием признания гражданина недееспособным является**

- наличие хронического психического расстройства с тяжелыми проявлениями, частыми ухудшениями состояния и неблагоприятным прогнозом
- растрата денежных средств, в результате которой гражданин ставит свою семью в тяжелое материальное положение
- наличие хронического психического расстройства, при котором гражданин может понимать значение своих действий и руководить ими лишь с помощью других лиц
- неспособность понимать значение своих действий или руководить ими

**Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть**

- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания
- ограничен судом в дееспособности
- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию
- признан недееспособным в установленном законом порядке

**При проведении судебно-психиатрической экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении обязательным является проведение + \_\_\_\_\_ + исследований**

- эндокринологического и патопсихологического
- психометрического и патопсихологического
- сексологического и психометрического
- психиатрического и патопсихологического

**Первым обязательным этапом производства судебно-психиатрической экспертизы является**

- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела
- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности
- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов
- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом

**В соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертному следует установить диагноз**

- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела
- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности
- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов
- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом

**Диагноз**

**При экспериментально-психологическом исследовании мыслительной деятельности Т. применялся следующий набор методик**

- «сравнение понятий», «понимание переносного смысла метафор и пословиц»
- «простые аналогии», «пояснение условного смысла пословиц и поговорок»
- «счет по Крепелину», «тест Векслера», «отсчитывание», «таблицы Шульте»
- исключение предметов, сравнение понятий, исключение понятий, антонимы, простые аналогии, толкование метафор и пословиц, проба Эббингауза

**Выявленные у Т. при экспериментально-психологическом исследовании нарушения мышления соответствуют симптомокомплексу, выявляемому при**

- органическом психическом расстройстве
- шизофрении
- психопатиях
- аффективных расстройствах

**Использование стандартизированных тестов по определению коэффициента умственного развития при установлении диагноза умственной отсталости является**

- обязательным
- возможным, но не обязательным
- желательным
- не обязательным

**Выявленный у Т. при помощи стандартизированных тестов коэффициент умственного развития соответствует**

- тяжелой умственной отсталости
- умеренной умственной отсталости
- легкому когнитивному расстройству
- легкой умственной отсталости

**При решении экспертных вопросов основное значение имеют**

- в равной степени данные анамнеза, медицинской документации и настоящего обследования
- прежде всего данные о трудовой и социальной адаптации, поскольку именно они определяют экспертное решение
- результаты настоящего клинического, психиатрического и психологического исследования
- данные медицинской документации, поскольку именно они наиболее полно отражают динамику психического расстройства

**Учитывая то, что в последние 2 года психическое состояние Т. было относительно стабильным, его кверулянтская деятельность в настоящее время не сопряжена с аффективной заряженностью, бредовой настроенностью и во многом определяется ситуативными факторами, он достаточно адаптирован в условиях стационарного учреждения социального обслуживания, а также с учетом имеющихся у Т. социальной незрелости, недостаточной сформированности механизмов волевой регуляции своего поведения, снижения критических и прогностических способностей, он понимать значение своих действий и руководить ими**

- в равной степени данные анамнеза, медицинской документации и настоящего обследования
- прежде всего данные о трудовой и социальной адаптации, поскольку именно они определяют экспертное решение
- результаты настоящего клинического, психиатрического и психологического исследования



- данные медицинской документации, поскольку именно они наиболее полно отражают динамику психического расстройства

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первичная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза К., в гражданском деле о признании ее недееспособной. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \* Страдает ли К. каким-либо психическим расстройством и каким? \* Каковы степень и характер имеющегося у К. психического расстройства? \* Может ли К. в силу психического расстройства понимать значение своих действий и руководить ими? \* Может ли К. по состоянию своего здоровья принимать участие в судебном заседании?

### **Жалобы**

Жалобы на сниженное настроение, плохой сон.

### **Анамнез заболевания**

Наследственность психопатологически отягощена - прабабка по линии матери страдала шизофренией. С 15-16 лет головные боли, прежде беспокоившие пациентку, стали возникать чаще, имели «давящий» характер, также отмечались повышенная истощаемость с потребностью в дневном сне. Обращалась к врачам, проходила курсы церебропротективной терапии, заметно улучшавшие состояние больной. Состояние оставалось стабильным до февраля 2013 года, когда стала раздражительна, отмечала у себя повышенную активность, многоречивость. Данное состояние длилось около месяца и прошло спонтанно. До января 2014 года состояние было стабильным, хотя отмечались отдельные эпизоды повышения активности, трудно описываемые пациенткой, когда она начинала писать большое количество стихов, снова увлекалась пением, была необычайно активной, строила планы на будущее. Очередное ухудшение имело место с января 2014 года, когда на фоне психотравмирующей ситуации резко снизилось настроение с преобладанием тоскливо-апатического фона. Резко снизился аппетит, практически не ощущала вкуса пищи. Ночной сон носил поверхностный характер, не приносил ощущения бодрости. В декабре 2014 года данное состояние сменилось выраженным «подъемом»: стала испытывать ощущение «эйфории», строила много планов, практически не спала, изменила свой привычный жизненный уклад: сменила работу, записалась на курсы вождения автомобиля, завела романтические отношения. Больная была продуктивна в своей деятельности, «все успевала». В 2016 г. была на приеме у врача – психиатра в сопровождении бабушки. Предъявляла жалобы на плохой сон, раздражительность, чувство тревоги и беспокойства.

Рекомендованные лекарственные препараты не принимала. Мышление было в замедленном темпе, была насторожена.

### **Материалы дела**

В 2018г. К. оформила ипотеку под залог недвижимого имущества (квартиры), на сумму 1200000 рублей, под 3,5% годовых, на 24 месяца. В случае просрочки выплаты на 2 дня, К. в качестве штрафа должна выплачивать по 1% от суммы займа, а именно 12000 рублей за каждый день просрочки. В случае невыплаты данной суммы К. должна освободить квартиру от проживания, сняться с регистрационного учета в течение 20 дней. Мать подэкспертной обратилась в суд с заявлением о признании ее недееспособной.

### **Объективный статус**

Настроение снижено. В беседе напряжена, тревожна. Цель проводимого обследования понимает правильно. Считает себя психически больной, поясняет это тем, что «у нее происходят перепады настроения». В отношении данного дела поясняет, что она боится самостоятельно совершать крупные имущественные сделки, в связи с чем согласна, чтобы ее признали недееспособной. Считает, что признание ее недееспособной позволит признать совершенную ею сделку недействительной. Осознает свое болезненное состояние, настроена на постоянный прием поддерживающей терапии. Интеллектуальный уровень в целом соответствует полученному образованию. Мышление конкретное, суждения порой облегченные, поверхностные, эмоционально окрашены. Эмоционально лабильна, благодушно-беспечна.

**В данном случае производство судебно-психиатрической экспертизы должно быть осуществлено в виде +** **+ экспертизы**

- однородной стационарной судебно-психиатрической
- однородной амбулаторной судебной психолого-психиатрической
- комплексной стационарной судебной психолого-психиатрической
- однородной стационарной судебной психолого-сексолого-психиатрической

### **Основанием признания гражданина недееспособным является**

- растрата денежных средств, в результате которой гражданин ставит свою семью в тяжелое материальное положение
- неспособность понимать значение своих действий или руководить ими
- наличие хронического психического расстройства, при котором гражданин может понимать значение своих действий и руководить ими лишь с помощью других лиц

- наличие хронического психического расстройства с тяжелыми проявлениями, частыми ухудшениями состояния и неблагоприятным прогнозом

**Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть**

- ограничен судом в дееспособности
- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию
- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания
- признан недееспособным в установленном законом порядке

**При проведении судебно-психиатрической экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении обязательным является проведение**  
**+ + исследований**

- психометрическое
- сексологическое
- психиатрического и патопсихологического
- эндокринологического

**Первым обязательным этапом производства судебно-психиатрической экспертизы является**

- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов
- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом
- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела
- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности

**В соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертной следует поставить диагноз**

- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов
- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом
- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела

- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности

## **Диагноз**

### **При экспериментально-психологическом исследовании мыслительной деятельности К. достаточным будет набор методик**

- «исключение предметов», «понимание переносного смысла метафор и пословиц», «установление последовательности событий»
- «простые аналогии», «пояснение условного смысла пословиц и поговорок»
- «сравнение понятий», «понимание переносного смысла метафор и пословиц»
- «счет по Крепелину», «тест Векслера», «отсчитывание», «таблицы Шульце»

### **Максимально возможный срок пребывания лица на стационарной судебно-психиатрической экспертизе составляет +    + дней**

- 120
- 30
- 60
- 90

### **При решении экспертных вопросов основное значение имеют**

- результаты настоящего клинического, психиатрического и психологического исследования
- данные медицинской документации, поскольку именно они наиболее полно отражают динамику психического расстройства
- прежде всего, данные о трудовой и социальной адаптации, поскольку именно они определяют экспертное решение
- в равной степени данные анамнеза, медицинской документации и настоящего обследования

### **При признании гражданина недееспособным он сохраняет**

- право совершать мелкие имущественные сделки
- правоспособность
- право вступать в брак и участвовать в выборах
- право совершать крупные имущественные сделки

### **К.            понимать значение своих действий и руководить ими**

- не может
- может лишь при помощи других лиц
- может
- может при принятии решений, касающихся бытовых вопросов

**При ответе на вопрос, нуждается ли К. в опеке, следует указать, что**

- не может
- может лишь при помощи других лиц
- может
- может при принятии решений, касающихся бытовых вопросов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первичная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза К., в гражданском деле о признании его дееспособным. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \* Страдает ли К. психическим расстройством? \* Может ли он понимать значение своих действий и руководить ими, нуждается ли он в опеке?

### **Жалобы**

Жалобы на ухудшение памяти.

### **Анамнез заболевания**

Во время обучения в ПТУ впервые попробовал алкоголь, быстро сформировался абстинентный синдром, толерантность составляла до 1,5л. водки, светлые промежутки были до 2,5-3 месяцев. Изменился по характеру: стал вспыльчивый, раздражительный, конфликтовал с родными. Требуя денег на спиртное, несколько раз совершал шантажные суицидальные попытки. С 1997 по 2008 гг. 17 раз находился на стационарном лечении в психиатрической больнице с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя». Дома не удерживался, сразу после выписок возобновлял алкоголизацию. Вел асоциальный образ жизни, приводил домой случайных знакомых. В феврале 2013 г. после выписки из психиатрического стационара, где находился с диагнозом «Расстройство личности и поведения вследствие злоупотребления алкоголем», был признан недееспособным, практически сразу же стал злоупотреблять алкоголем. Перестал спать ночами, испытывал страх тревогу. Самостоятельно обратился к врачу ПНД и был направлен на стационарное лечение. С 2014 г. проживает в психоневрологическом интернате, где в условиях, исключающих употребление, у него сформировалась ремиссия.

Согласно годовым эпикризам его состояние стабильное. Активно участвует в реабилитационных мероприятиях и трудотерапии.

### **Материалы дела**

К. обратился в суд с заявлением о признании его дееспособным, указав, что в течение длительного времени спиртных напитков не употребляет, намерен вести трезвый образ жизни, может понимать значение своих действий и руководить ими.

### **Объективный статус**

В месте, времени и собственной личности ориентирован правильно. Внешне опрятен, своему внешнему виду уделяет внимание. Настроение несколько снижено, переживает из-за результатов экспертизы, тревожен, эмоционально лабилен, несколько суетлив. Продуктивному контакту доступен, беседует охотно, на вопросы отвечает в плане заданного, подробно. Цель экспертизы понимает правильно. При сообщении анамнестических сведений часто ссылается на забывание, не может датировать основные события жизни, при этом стремится давать правдивые сведения о себе, критически себя оценивать. Отмечает снижение памяти на события прошлого. Говорит, что после признания его недееспособным и определения в интернат, первое время очень злился на мать, что она с ним «так поступила». В настоящее время понимает причины ее обращения с подобным заявлением, согласен, что это помогло ему прервать употребление спиртного. Достаточно критично оценивает свое актуальное психическое состояние, заболевание. Высказывает твердую установку на сохранение трезвого образа жизни, при этом отмечает, что периодически, иногда спонтанно, иногда во время просмотра телепередач, где употребляют спиртное, у него возникает желание употребить алкоголь, с которым он в условиях интерната успешно борется. Мышление конкретное, обстоятельное. Продуктивной психотической симптоматики нет. Критические и прогностические способности несколько снижены. При экспериментально-психологическом исследовании использовались методики: «10 слов», «Пиктограммы», «Отсчитывание», «Таблицы Шульте», «Сравнение понятий», «Исключение предметов», «Понимание переносного смысла метафор и пословиц», «Установление последовательности событий», исследование личности - «ММРІ». \_\_Выявляются снижение концентрации и переключения внимания, нарушения памяти, проявляющиеся как сниженным объемом непосредственной памяти, так и нарушением продуктивности запоминания, улучшение результата при опосредованном запоминании. При исследовании мышления на фоне сохранной способности к использованию категориальных признаков преобладают ответы с опорой на конкретные признаки. Причинно-следственные связи между событиями устанавливает правильно. Выявляются

следующие индивидуально-психологические особенности: тревожность, сензитивность, обстоятельность, склонность к соматизации тревоги.

**Гражданин, признанный ранее недееспособным, может обратиться в суд с заявлением о признании его дееспособным**

- только при наличии положительного заключения врачебной комиссии
- только через администрацию стационарного учреждения социального обслуживания
- только через своего представителя
- самостоятельно

**В данном случае производство судебно-психиатрической экспертизы должно быть осуществлено в виде + \_\_\_\_\_ +  
экспертизы**

- комплексной стационарной судебной психолого-психиатрической
- однородной амбулаторной судебной психолого-психиатрической
- однородной амбулаторной судебно-психиатрической
- однородной стационарной судебно-психиатрической экспертизы

**Первым обязательным этапом производства судебно-психиатрической экспертизы является**

- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов
- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом
- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела
- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности

**При проведении судебно-психиатрической экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении обязательным является проведение + \_\_\_\_\_ + исследований**

- эндокринологического, психиатрического, неврологического
- психометрического, психиатрического, эндокринологического
- сексологического, патопсихологического
- психиатрического и патопсихологического

**При проведении судебной психолого-психиатрической экспертизы установление или исключение у подэкспертного психических расстройств, относящиеся к компетенции психиатра, является**

- обязательным при выявлении в ходе исследования психических нарушений
- не обязательным при отсутствии данного вопроса в экспертном задании
- не обязательным при установленном ранее диагнозе психического расстройства, если он не вызывает сомнений
- обязательным

#### **При решении экспертных вопросов основное значение имеют**

- в равной степени данные анамнеза, медицинской документации и настоящего обследования
- данные медицинской документации, поскольку именно они наиболее полно отражают динамику психического расстройства
- прежде всего, данные о трудовой и социальной адаптации К., поскольку именно они определяют экспертное решение
- результаты настоящего клинического, психиатрического и психологического исследования

#### **При признании гражданина недееспособным он сохраняет**

- правоспособность
- право совершать мелкие имущественные сделки
- право совершать крупные имущественные сделки
- право вступать в брак и участвовать в выборах

#### **В соответствии с критериями МКБ-10 в настоящее время подэкспертному следует поставить диагноз**

- правоспособность
- право совершать мелкие имущественные сделки
- право совершать крупные имущественные сделки
- право вступать в брак и участвовать в выборах

#### **Диагноз**

#### **При экспериментально-психологическом исследовании мыслительной деятельности К. может применяться набор методик**

- «простые аналогии», «пояснение условного смысла пословиц и поговорок»
- «сравнение понятий», «понимание переносного смысла метафор и пословиц»



- «сравнение понятий», «исключение предметов», «понимание переносного смысла метафор и пословиц», «установление последовательности событий»
- «счет по Крепелину», «тест Векслера», «отсчитывание», «таблицы Шульте»

**Выявленные у К. при экспериментально-психологическом исследовании нарушения мышления соответствуют симптомокомплексу, выявляемому при**

- органическом психическом расстройстве
- шизофрении
- аффективных расстройствах
- психопатиях

**По своему психическому состоянию К. + + понимать значение своих действий и руководить ими**

- не может
- может лишь при решении практически-бытовых вопросов
- может лишь при помощи других лиц
- может

**При ответе на вопрос, нуждается ли К. в опеке, следует указать, что**

- не может
- может лишь при решении практически-бытовых вопросов
- может лишь при помощи других лиц
- может

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза К., в гражданском деле о признании ее ограниченно дееспособной. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \* Страдает ли К. психическим заболеванием? \* Способна ли она с помощью других лиц понимать значение своих действий и руководить ими? \* Может ли К. по своему состоянию здоровья принимать участие в судебном заседании?

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Родилась от второй беременности с признаками постгипоксической энцефалопатии. В связи с отказом матери от ребенка воспитывалась в интернатных учреждениях. Отмечалась задержка психомоторного развития. В поведении была двигательно расторможена, гиперактивна, возбудима, конфликтна. Неоднократно госпитализировалась в детскую психиатрическую больницу, постоянно получала лекарственную терапию неуплептилом. Обучалась по программе вспомогательной школы, однако читать, писать, считать не научилась. В 18 лет решением суда К. была признана недееспособной. После перевода в ПНИ первое время отношения с персоналом, больными были конфликтные. Устраивала скандалы, драки, нарушала режим отделения, шантажировала окружающих, принуждала других убирать за себя комнату. В течение последующих 5 лет, на фоне проводимого лечения и социально-реабилитационной работы у К. отмечается положительная динамика. Стала спокойнее, упорядоченнее в поведении. Охотно включается в трудовые процессы, последние 2 года работает помощником на кухне, помогает в отделении милосердия. Общается с сохранными проживающими, имеет двух близких друзей, стала пользоваться авторитетом среди проживающих. Охотно посещает занятия с психологом, научилась хорошо читать. Активно участвует в спортивных мероприятиях, в художественной самодеятельности,

### **Материалы дела**

Комиссией врачей было дано заключение, что психическое состояние улучшилось, она может понимать значение своих действий и руководить ими с помощью других лиц. Администрация ПНИ обратилась в суд с заявлением о признании К. ограниченно дееспособной. Была представлена положительная характеристика, отражающая повышение уровня социальной адаптации К., ее желание повысить свой гражданско-правовой статус. По делу была назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Объективный статус**

Сознание ясное. Ориентирована верно. Внешне опрятна. Фон настроения ровный. Продуктивному контакту доступна. На вопросы отвечает подробно, в плане заданного. Цель экспертизы понимает правильно. Анамнестические сведения сообщает последовательно, подробно. Рассказывает, что воспитывалась в детском доме, была конфликтной, могла устроить драку, никого не слушала, ругалась, говорит об этом со смущением. Говорит, что сейчас все осознала, не дерется, назревающий конфликт пытается сгладить «разговорами». Рассказывает, что нравится учиться, хочет продолжить обучение в вечерней школе по общеобразовательной программе, попробовать освоить химию, физику. Сообщает, что занимается плаванием, участвует в

соревнованиях среди инвалидов, занимает призовые места. Сообщает, что хочет восстановить дееспособность, чтобы самостоятельно распоряжаться денежными средствами, хочет устроиться на работу, но при этом планирует проживать в интернате. Рассказывает, что каждый месяц ей выдается денежная сумма, которую она тратит под контролем социального работника, подробно рассказывает про покупки, оставшуюся сумму откладывает «на поездку на соревнования». В период нахождения в отделении с жалобами не обращалась, в поведении была упорядочена, режим не нарушала, общалась с другими подэкспертными. Словарный запас достаточный, считает с трудом, правильно объясняет переносный смысл знакомых пословиц и метафорических выражений. Интеллектуальный уровень снижен, но ориентировка в бытовых вопросах и межличностных отношениях сохранена. Суждения примитивные, незрелые. Мышление конкретное. Эмоциональные реакции адекватные.

**В данном случае производство судебно-психиатрической экспертизы должно быть осуществлено в виде +** **+ экспертизы**

- однородной стационарной судебно-психиатрической
- комплексной стационарной судебной психолого-психиатрической
- однородной стационарной судебной психолого-сексолого-психиатрической
- однородной амбулаторной судебной психолого-психиатрической

**Основанием признания гражданина недееспособным является**

- неспособность понимать значение своих действий или руководить ими
- наличие хронического психического расстройства с тяжелыми проявлениями, частыми ухудшениями состояния и неблагоприятным прогнозом
- растрата денежных средств, в результате которой гражданин ставит свою семью в тяжелое материальное положение
- наличие хронического психического расстройства, при котором гражданин может понимать значение своих действий и руководить ими лишь с помощью других лиц

**Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть**

- ограничен судом в дееспособности
- признан недееспособным в установленном законом порядке
- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания

- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию

**При проведении судебно-психиатрической экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении обязательным является проведение**

**+ исследований**

- эндокринологическое
- сексологическое
- психиатрического и патопсихологического
- психометрическое

**Первым обязательным этапом производства судебно-психиатрической экспертизы является**

- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела
- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом
- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности
- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов

**В соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертной следует установить диагноз**

- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела
- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом
- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности
- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов

**Диагноз**

**При экспериментально-психологическом исследовании мыслительной деятельности А. может применяться набор методик**

- «исключение предметов», «понимание переносного смысла метафор и пословиц», «установление последовательности событий»
- «сравнение понятий», «понимание переносного смысла метафор и пословиц»

- «простые аналогии», «пояснение условного смысла пословиц и поговорок»
- «счет по Крепелину», «тест Векслера», «отсчитывание», «таблицы Шульте»

**Выявленные у К. при экспериментально-психологическом исследовании нарушения мышления соответствуют симптомокомплексу, выявляемому при**

- органическом психическом расстройстве
- шизофрении
- психопатиях
- аффективных расстройствах

**Использование стандартизированных тестов по определению коэффициента умственного развития при установлении диагноза умственной отсталости является**

- не обязательным
- обязательным
- возможным, но не обязательным
- желательным

**Выявленный у К. при помощи стандартизированных тестов коэффициент умственного развития соответствует**

- умеренной умственной отсталости
- легкому когнитивному расстройству
- тяжелой умственной отсталости
- легкой умственной отсталости

**В силу имеющегося у нее психического расстройства К. + \_\_\_\_\_ + понимать значение своих действий и руководить ими**

- может самостоятельно, т.е. без помощи других лиц
- может лишь при помощи других лиц
- не может ни самостоятельно, ни при помощи других лиц
- может при помощи других лиц только при решении простых бытовых вопросов

**Участие К. в судебном заседании**

- может самостоятельно, т.е. без помощи других лиц
- может лишь при помощи других лиц
- не может ни самостоятельно, ни при помощи других лиц

- может при помощи других лиц только при решении простых бытовых вопросов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Первичная стационарная судебно-психиатрическая экспертиза М., в гражданском деле о признании его недееспособным. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \* Страдает ли М. психическим расстройством и если страдает, то каким именно? \* Может ли М. понимать значение своих действий и руководить ими? \* Может ли М. понимать значение своих действий и руководить лишь при помощи третьих лиц?

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Наследственность по линии отца отягощена параноидной шизофренией. С 3 лет отмечались приступы агрессии к близким: говорил, что хочет убить, зарезать мать, бабушку; бил их ногами. В школу пошел своевременно. Учился плохо, но классы не дублировал. Рос замкнутым, малообщительным, вспыльчивым, лживым, изворотливым, друзей не имел, с девушками не встречался. Окончил 8 классов, поступил в ПТУ по специальности «повар», которое не окончил. Общался с асоциальными подростками, были приводы в милицию. С 19 лет злоупотребляет алкоголем, лекарственными препаратами (донормил, нурофен, феназепам). В состоянии опьянения злобный, раздражительный, избивает мать, бабушку, вымогает деньги. В состоянии опьянения пытался проколоть матери ножом глаз, после чего в недобровольном порядке был госпитализирован в психиатрическую больницу, где у него отмечалась эмоциональная измененность и нарушения мышления по шизофреническому типу. Был установлен диагноз: «Шизофрения психопатоподобная. Синдром зависимости от нескольких ПАВ». Определена 2 группа инвалидности. После выписки однократно посетил ПНД, лекарства не принимал, рецепты на выписанные лекарства разорвал. Вскоре возобновил алкоголизацию и употребление таблеток донормила. В последующем многократные госпитализации в ПБ.

### **Материалы дела**

Проживает в трехкомнатной квартире с матерью-инвалидом 2 группы по общему заболеванию и бабушкой 82 лет. Дома ничем не занят, к родным агрессивен, вымогает деньги, которые тратит на приобретение ПАВ. Ведет асоциальный образ жизни. Мать обратилась в суд с заявлением о признании М. недееспособным.

## **Объективный статус**

Выглядит неопрятно, не следит за внешним видом. Ориентирован верно. Цель и задачи проводимого исследования понимает. Считает себя психически здоровым человеком, но признает, что у него есть зависимость от алкоголя. Анамнестические сведения сообщает избирательно, преуменьшает степень алкоголизации, злоупотребление лекарственными средствами. Отрицает агрессивное поведение в семье. Рассказывает, что с 14 лет стал употреблять спиртные напитки. Категорически отрицает состояния похмелья, а также запоев. Сообщает, что первая госпитализация была в возрасте 23 лет, когда он «скрывался от армии», внезапно «к нему пришел взвод ОМОНа», они начали «махать дубинами, стрелять», он начал с ними драться, кидался стульями, бегал голый, разгромил весь офис, его отцу о происходящем сообщил сотрудник охраны и его госпитализировали. После выписки стал проживать у деда, так как отец его выгнал. Рассказывает, что в состоянии опьянения мочился в квартире, мог уснуть в ванне, поэтому затапливал соседей. Категорически отрицает агрессивное поведение по отношению к матери, за исключением одного случая, когда он сломал ей два ребра, так как она не дала ему 3-ю или 4-ю инъекцию трамадола. Не скрывает, что на фоне злоупотребления спиртными напитками принимал в больших количествах различные препараты для поднятия настроения. Во всех своих госпитализациях винит деда, утверждает, что тот не давал ему «нормально пожить, уничтожил его». В отношении данного дела поясняет, что его хочет лишить дееспособности дед, который заставил его мать написать заявление в суд. Считает себя дееспособным. Говорит, что хочет создать семью, работать на радиорынке. С бравадой и ухмылкой говорит об употреблении спиртных напитков, считает, что нет ничего плохого в приеме 4,5 литров пива в день, «ведь он мужик». В период пребывания в стационаре обслуживает себя самостоятельно. При экспериментально-психологическом исследовании использованы методики: «10 слов», «Пиктограмма»; «Отсчитывание от 200 по 13»; «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Понимание переносного смысла пословиц и метафор»; опросник ММИЛ. Подэкспертный контакту доступен, на вопросы психолога отвечает в плане заданного, однако не стремится раскрывать собственных переживаний, часто использует сложные речевые обороты. В беседе держится напряженно, подозрителен, легко раздражается, при этом эмоциональные реакции носят поверхностный и невыразительный характер. Цель и задачи обследования понимает правильно. Жалоб на здоровье не предъявляет, избегает разговоров о собственных психопатологических особенностях. Подэкспертный способен усваивать инструкции к методическому материалу и руководствоваться ими в процессе выполнения заданий. Темп психической деятельности неравномерный. Внимание неустойчиво, память снижена. При исследовании опосредованного запоминания выбранные в

качестве опосредующего звена образы формальны, по уровню абстрагирования варьируются от конкретного до метафорического. При исследовании мыслительной сферы на фоне сохранной способности к обобщению на категориальном уровне с опорой на функционально-значимые признаки предметов на первый план выходит искажение процесса обобщения в виде опоры на латентные признаки предметов и ассоциации по созвучию. Находит общее между ботинком и карандашом в том, что в химическом составе есть углерод, общее между ложкой и лодкой в том, что созвучны, а общее между осью и осой в том, что «у осы есть ось». Переносный смысл пословиц и поговорок подэкспертному доступен, однако интерпретации часто проективны. Отмечается недостаток критических и прогностических функций, своеобразие мотивов поведения, подозрительность, повышенная чувствительность к реальным и мнимым обидам с формированием в дальнейшем трудно корригируемых концепций относительно враждебного поведения со стороны окружающих, возбудимость, импульсивность.

**Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления**

- близких родственников
- соседей, если они длительное время проживают рядом с гражданином и представят достаточные данные о наличии у него психического расстройства
- близких или дальних родственников гражданина, проживающих совместно с ним
- нестационарной организации социального обслуживания, в которой гражданин получает социальную помощь

**В данном случае производство судебно-психиатрической экспертизы должно быть осуществлено в виде +**

---

**экспертизы**

- однородной амбулаторной судебной психолого-психиатрической
- однородной амбулаторной судебно-психиатрической
- однородной стационарной судебной психолого-сексолого-психиатрической
- комплексной стационарной судебной психолого-психиатрической

**Основанием признания гражданина недееспособным является**

- неспособность понимать значение своих действий или руководить ими
- растрата денежных средств, в результате которой гражданин ставит свою семью в тяжелое материальное положение



- наличие хронического психического расстройства, при котором гражданин может понимать значение своих действий и руководить ими лишь с помощью других лиц
- наличие хронического психического расстройства с тяжелыми проявлениями, частыми ухудшениями состояния и неблагоприятным прогнозом

**Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть**

- ограничен судом в дееспособности
- признан недееспособным в установленном законом порядке
- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию
- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания
- судебно-медицинская экспертиза

**В соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертному следует поставить диагноз**

- ограничен судом в дееспособности
- признан недееспособным в установленном законом порядке
- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию
- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания
- судебно-медицинская экспертиза

**Диагноз**

**При экспериментально-психологическом исследовании мыслительной деятельности М. применялся набор методик**

- «простые аналогии», «пояснение условного смысла пословиц и поговорок»
- «счет по Крепелину», «тест Векслера», «отсчитывание», «таблицы Шульте»
- «сравнение понятий», «понимание переносного смысла метафор и пословиц»
- «исключение предметов», «сравнение понятий», «понимание переносного смысла пословиц и метафор»

**Выявленные у М. при экспериментально-психологическом исследовании нарушения мышления соответствуют симптомокомплексу, выявляемому при**

- шизофрении
- аффективных расстройствах
- органическом психическом расстройстве
- психопатиях

**Первым обязательным этапом производства судебно-психиатрической экспертизы является**

- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом
- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов
- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности
- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела

**При проведении судебно-психиатрической экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении обязательным является проведение**  
**+ \_\_\_\_\_ + исследований**

- психометрического и сексологического
- сексологического и эндокринологического
- эндокринологического, неврологического, патопсихологического
- психиатрического и патопсихологического

**Критические и прогностические способности подэкспертного**

- сохранены
- незначительно снижены
- не могут быть оценены в рамках экспертизы
- нарушены

**В силу имеющегося у него психического расстройства М. \_\_\_\_\_ понимать значение своих действий и руководить ими**

- может лишь при помощи других лиц
- может
- может при принятии решений, касающихся бытовых вопросов
- не может

**При решении экспертных вопросов основное значение имеют**

- может лишь при помощи других лиц
- может
- может при принятии решений, касающихся бытовых вопросов
- не может

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза С., в гражданском деле о признании его дееспособным. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \* Страдает ли С. каким-либо психическим заболеванием? \* Может ли он по своему состоянию здоровья понимать значение своих действий и руководить ими? \* Может ли С. по состоянию своего здоровья принимать участие в судебном заседании?

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Родился от беременности, протекавшей с гипоксией плода, преждевременных родов на 32 нед. гестации. В психомоторном развитии отставал: сидел с 10-11 месяцев, пошел в 1 год 3 мес. Детских дошкольных учреждений не посещал. При осмотре психиатром в 5 лет отмечалось рассеянная резидуальная симптоматика. Речь была простой фразой, с недостаточным словарным запасом, фонетически нечеткая. Предметы на картинках не показывал, цвета путал. Отвлекался, внимание требовало привлечения. Инструкции не выполнял. Пирамиду из 4 частей собирал неправильно. Был упрям, негативистичен. При обследовании психологом в 7 лет, отмечались признаки повышенной утомляемости, истощаемости, трудности концентрации активного внимания с ригидностью, инертностью суждений на фоне отставания в интеллектуальном развитии. В 8 лет был определен в 1 класс общеобразовательной школы, где программу не усваивал. В 9 лет был переведен во вспомогательную школу, где также в классе не удерживался, был возбудим, конфликтен, агрессивен, в связи с чем был переведен на домашнее обучение. Учебный материал не усваивал, чтение и счет были недоступны. В подростковом возрасте стал более возбудимым, агрессивным, дрался с дедом, мог ударить мать. Из дома никуда не выходил, дома был бездеятелен, с родными не общался.

### **Материалы дела**

По достижению подэкспертным возраста 18 лет его мать обратилась в суд с заявлением о признании его недееспособным. Указывала, что в связи со своим

состоянием здоровья с уходом за ним не справляется, планирует определить его в стационарное учреждение социального обслуживания.

### **Объективный статус**

Выглядит неопрятно. Имя и фамилию называет правильно, время года не определяет, считает, что находится в больнице. Эмоционально лабилен, легко расстраивается - начинает плакать, легко раздражается. Контакт носит непродуктивный характер. Речь дизартирична, словарный запас беден. Цели экспертизы не знает. В беседе на вопросы отвечает не всегда в плане заданного, односложно. Иногда дает нелепые ответы. На вопрос о возрасте, сначала показывает на пальцах, что ему 8 лет, но потом свой возраст называет правильно. Анамнестические сведения не сообщает. Рассказывает, что у него есть друг Сашка, который ездит на машине, они вместе гуляют, играют в футбол. Говорит, что живет на даче с "Оксаной". При расспросе о госпитализациях в больницы начинает плакать, проситься к маме. Поведение полевое, вербальной коррекции не поддается. Вопреки запрету выходит из кабинета, берет игрушки, просит «покормить рыбок». Словарный запас мал. Мышление сугубо конкретное, малопродуктивное, ригидное. Эмоционально неустойчив, склонен к раздражительности, плаксивости. При экспериментально-психологическом исследовании использовались методики: «10 слов», «Пиктограммы», «Отсчитывание», «Таблицы Шульте», «Сравнение понятий», «Исключение предметов», «Понимание переносного смысла метафор и пословиц», «Установление последовательности событий», исследование коэффициента умственного развития – «тест Векслера». Выявлены бедный словарный запас, недостаточность знаний и представлений, низкий уровень обобщения, конкретный уровень ассоциаций, непонимание условного смысла; трудности установления логических связей и отношений. IQ = 47.

### **Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления**

- соседей, если они длительное время проживают рядом с гражданином и представят достаточные данные о наличии у него психического расстройства
- близких родственников
- нестационарной организации социального обслуживания, в которой гражданин получает социальную помощь
- близких или дальних родственников гражданина, проживающих совместно с ним

### **Основанием признания гражданина недееспособным является**

- неспособность понимать значение своих действий или руководить ими

- растрата денежных средств, в результате которой гражданин ставит свою семью в тяжелое материальное положение
- наличие хронического психического расстройства с тяжелыми проявлениями, частыми ухудшениями состояния и неблагоприятным прогнозом
- наличие хронического психического расстройства, при котором гражданин может понимать значение своих действий и руководить ими лишь с помощью других лиц

**Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть**

- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания
- признан недееспособным в установленном законом порядке
- ограничен судом в дееспособности
- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию

**В соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертному следует поставить диагноз**

- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания
- признан недееспособным в установленном законом порядке
- ограничен судом в дееспособности
- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию

**Диагноз**

**При экспериментально-психологическом исследовании мыслительной деятельности С. применялся набор методик**

- «сравнение понятий», «понимание переносного смысла метафор и пословиц»
- «простые аналогии», «пояснение условного смысла пословиц и поговорок»
- «счет по Крепелину», «тест Векслера», «отсчитывание», «таблицы Шульце»
- «сравнение понятий», «исключение предметов», «понимание переносного смысла метафор и пословиц», «установление последовательности событий»

**Выявленные у С. при экспериментально-психологическом исследовании нарушения мышления соответствуют симптомокомплексу, выявляемому при**

- шизофрении
- органическом психическом расстройстве
- психопатиях
- аффективных расстройствах

**Использование стандартизированных тестов по определению коэффициента умственного развития при установлении диагноза умственной отсталости является**

- возможным, но не обязательным
- обязательным
- желательным
- необязательным

**Выявленный у С. при помощи стандартизированных тестов коэффициент умственного развития соответствует**

- умеренной умственной отсталости
- тяжелой умственной отсталости
- легкой умственной отсталости
- легкому когнитивному расстройству

**Первым обязательным этапом производства судебно-психиатрической экспертизы является**

- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела
- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом
- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности
- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов

**При проведении судебно-психиатрической экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении обязательным является проведение**  
**+ \_\_\_\_\_ + исследований**

- психометрического и патопсихологического
- сексологического и психометрического
- эндокринологического и сексологического
- психиатрического и патопсихологического

### Участие С. в судебном заседании

- представляет опасность для его жизни и здоровья, а также для жизни и здоровья окружающих
- нецелесообразно в связи с выраженностью у него эмоционально-волевых нарушений и неспособностью правильно вести себя в суде
- не представляет опасности для его жизни и здоровья, а также для жизни и здоровья окружающих
- нецелесообразно в связи с наличием у него умственной отсталости и неспособностью понимать значение своих действий

### В силу имеющегося у него психического расстройства С. + + понимать значение своих действий и руководить ими

- представляет опасность для его жизни и здоровья, а также для жизни и здоровья окружающих
- нецелесообразно в связи с выраженностью у него эмоционально-волевых нарушений и неспособностью правильно вести себя в суде
- не представляет опасности для его жизни и здоровья, а также для жизни и здоровья окружающих
- нецелесообразно в связи с наличием у него умственной отсталости и неспособностью понимать значение своих действий

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза Т., в гражданском деле о признании ее недееспособной. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \* Страдает ли Т. каким-либо психическим заболеванием, если да, то каким и лишает ли ее возможности это заболевание понимать значение своих действий и руководить ими?

### **Жалобы**

Жалобы на плохое настроение, нежелание что-либо делать, тревогу.

### **Анамнез заболевания**

В августе 1995 года появилось состояние опустошения внутри, была вся напряжена «как струна». Стала бояться ездить в метро, ощущала необъяснимый страх. По настоянию сестры обратилась в клинику неврозов, откуда была выписана через месяц. Уволилась с работы и больше с этого времени не работала. Целые дни проводила в постели, с трудом заставляя себя заниматься хозяйством. Всё стало безразличным, даже дети. Возникали состояния, когда мысли текли очень медленно и путались. Ни с кем не хотела говорить, думала,

что больше никогда не выйдет на улицу. В 1997 году с данными жалобами была госпитализирована в психиатрический стационар. Сообщала, что дома ее кто-то окликает, «слышит» несуществующий звон по телефону и в дверь, ощущает внутри «какую-то натянутость», напряженность, «необъяснимые страхи чего-то». Боялась оставаться дома одна, темноты. Сообщала об ощущении отгороженности от мира, воспринимала его как «через стекло». После выписки наблюдалась участковым врачом-психиатром. Следующая госпитализация в 2014 г. в связи ухудшением самочувствия, появились жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, сонливость, нежелание чем-либо заниматься. После выписки наблюдалась в дневном стационаре и в ПНД.

### **Анамнез жизни**

Наследственность отягощена: отец страдал психическим расстройством, неоднократно совершал суицидальные попытки. Родилась младшей из трех сестер. Раннее развитие без особенностей, воспитывалась бабушкой. По характеру формировалась общительной, упрямой, своенравной. В школу пошла своевременно, окончила 10 классов, поступила в строительный институт, на 4 курсе учебу оставила. Состояла в браке, имеет двух дочерей. С мужем развелась.

### **Объективный статус**

Настроение сниженное, самостоятельно к общению не стремится. Контакт носит непродуктивный характер. Беседует не охотно, уклоняется от ответов, говорит, что плохо себя чувствует. На вопросы отвечает после паузы, кратко, не всегда по существу, либо молчит, опустив голову. Речь замедленная.

Предъявляет жалобы на плохое настроение, нежелание что-либо делать, тревогу. Однако считает себя психически здоровой, «просто иногда бывает депрессия». Цель экспертизы, в целом понимает формально правильно.

Анамнестические сведения сообщает неохотно. Рассказывает, что первый раз ее состояние изменилось в 1995 году, когда произошел конфликт на работе, после чего уволилась. Говорит, что тогда началась депрессия: не могла встать с постели, не было настроения, аппетита, не могла следить за детьми, заставляла себя им готовить, но потом вновь ложилась. Отмечает, после лечения в психиатрических больницах была полностью здоровой, поддерживающее лечение принимала не регулярно, так как забывала про прием таблеток.

Рассказывает, что между госпитализациями, проживает с младшей дочерью и ее семьей. Дочь оплачивает все коммунальные платежи и покупает продукты, на что тратит свою пенсию, пояснить не может, однако подтверждает, что денег ей часто не хватает из-за чего ей приходится занимать деньги у знакомых. На большую часть вопросов не отвечает, говорит, что ей плохо, настроение плохое, просит отправить ее в больницу, пояснить свое состояние не может, потому что у нее «нет мыслей». В период пребывания в отделении отмечались перепады



настроения, при поступлении категорически отказывалась от приема лекарства, считала себе дееспособной. Внимание, память снижены. Мышление нецеленаправленное, непродуктивное, аморфное, ригидное. Высказывания примитивные, противоречивы, непоследовательные. Эмоционально выхолщена, однообразна, монотона. Волевые функции нарушены, аспонтанна, безынициативна. Продуктивной симптоматики при осмотре не выявляется.

**Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления**

- близких или дальних родственников гражданина, проживающих совместно с ним
- нестационарной организации социального обслуживания, в которой гражданин получает социальную помощь
- близких родственников
- соседей, если они длительное время проживают рядом с гражданином и представят достаточные данные о наличии у него психического расстройства

**Основанием признания гражданина недееспособным является**

- растрата денежных средств, в результате которой гражданин ставит свою семью в тяжелое материальное положение
- наличие хронического психического расстройства, при котором гражданин может понимать значение своих действий и руководить ими лишь с помощью других лиц
- неспособность понимать значение своих действий или руководить ими
- наличие хронического психического расстройства с тяжелыми проявлениями, частыми ухудшениями состояния и неблагоприятным прогнозом

**Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть**

- ограничен судом в дееспособности
- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию
- признан недееспособным в установленном законом порядке
- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания

**В соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертной следует поставить диагноз**

- ограничен судом в дееспособности
- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию
- признан недееспособным в установленном законом порядке
- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания

## **Диагноз**

**Психическое расстройство подэкспертной характеризуется + \_\_\_\_\_ + типом течения**

- резидуальным
- рекуррентным
- эпизодическим
- непрерывным

**Первым обязательным этапом производства судебно-психиатрической экспертизы является**

- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом
- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела
- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов
- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности

**При проведении судебно-психиатрической экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении обязательным является проведение + \_\_\_\_\_ + исследований**

- психометрическое
- эндокринологическое
- психиатрического и патопсихологического
- сексологическое

**При проведении судебной психолого-психиатрической экспертизы установление или исключение у подэкспертного психических расстройств, относящиеся к компетенции психиатра, является**

- не обязательным, в связи с отсутствием данного вопроса в экспертном задании

- обязательным при выявлении в ходе исследования психических нарушений
- возможным, в рамках экспертной инициативы
- обязательным

#### **При решении экспертных вопросов основное значение имеют**

- в равной степени данные анамнеза, медицинской документации и настоящего обследования
- результаты настоящего клинического, психиатрического и психологического исследования
- данные медицинской документации, поскольку именно они наиболее полно отражают динамику психического расстройства
- прежде всего, данные о трудовой и социальной адаптации Т., поскольку именно они определяют экспертное решение

#### **При признании гражданина недееспособным он сохраняет**

- право вступать в брак и участвовать в выборах
- право совершать крупные имущественные сделки
- правоспособность
- право совершать мелкие имущественные сделки

#### **В силу имеющегося у нее психического расстройства Т. \_\_\_\_\_ понимать значение своих действий и руководить ими**

- может при принятии решений, касающихся бытовых вопросов
- может
- не может
- может лишь при помощи других лиц

#### **При решении вопроса о возможности участия Т. в судебном заседании, необходимо указать, что**

- может при принятии решений, касающихся бытовых вопросов
- может
- не может
- может лишь при помощи других лиц

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Повторная стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая

экспертиза Ф., 59 лет, в гражданском деле по заявлению о признании ее недееспособной. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \* Может ли Ф., в силу имеющегося у нее психического расстройства понимать значение своих действий или руководить ими, в том числе, и при помощи других лиц? \* Может ли Ф., по состоянию здоровья присутствовать в судебном заседании?

### **Жалобы**

Не предъявляет

### **Анамнез**

Наследственность формально неотягощена. Раннее развитие без особенностей. Данных о наследственной отягощенности нет. Раннее развитие протекало без особенностей. В школу определена своевременно, училась на «отлично». В последующем закончила с отличием филологический факультет МГУ. В возрасте 22 лет вышла замуж, от брака имеет двоих детей. Работала корректором в издательстве, директором программы художественного вещания, редактором детских и юношеских программ религиозного содержания, научным сотрудником. С 53 лет официально не работает. Первое ухудшение психического состояния в возрасте 38 лет, когда после смерти отца отмечалось депрессивное состояние. К психиатрам по этому поводу не обращалась, продолжала работать, посещала монастыри, читала религиозную литературу, через полгода настроение выровнялось. В течение последующих трех лет отмечались периоды спада настроения, подавленности, тоски, снижения аппетита, с появлением раздражительности, вспыльчивости. За медицинской помощью не обращалась, уезжала в монастырь на Соловецких островах, где снимала документальный фильм. С 45 лет отмечаются ежегодные периоды повышенной активности, раздражительности. Становилась навязчивой, бесцеремонной, приводила домой лиц без определенного места жительства, разговаривала сама с собой, считала, что на ее жизнь покушаются, ощущала за собой слежку, обвиняла бывшего мужа в связях с преследователями, звонила в спецслужбы. В монастыре, где ежегодно продолжала проводить несколько месяцев, замечала «особые знаки», намеки, «наблюдение», «преследование», считала, что «ввязалась в крупные дела», «затронула важные интересы». В таком состоянии впервые была госпитализирована в психиатрический стационар в недобровольном порядке, был установлен диагноз «Шизофрения шубообразная. Маниакально-бредовое состояние». На фоне лечения отмечалась положительная динамика, выписана была в удовлетворительном состоянии. В последующем в связи с отсутствием критики к состоянию поддерживающую терапию не принимала. Ежегодно с ухудшением состояния, когда нарушался сон, становилась раздражительной, активной, боролась с различными злоупотреблениями (экологическая ситуация в Капотне), писала

письма нелепого содержания в ФСБ, Президенту, госпитализировалась по инициативе дочери в психиатрическую больницу. В периоды госпитализации состояние определялось гневливой манией, бредовыми идеями. В 2009г. во время очередной госпитализации заявляла, что в дочь «вселился дьявол», дети хотят ей навредить, завладеть ее имуществом, «закопали труп женщины под ее крыльцом и выложили плитку на этом месте». Устанавливался диагноз: «Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения». В периоды ремиссии оставалась упорядоченной в поведении, продуктивной, писала и редактировала книги религиозного содержания (за последние 5 лет опубликовано 4 книги), заключала договора с издательствами, в качестве режиссера сняла 2 документальных фильма. С 2016г. получала лечение препаратами пролонгированного действия, на фоне приема которых отмечено увеличение продолжительности ремиссий.

### **Материалы дела**

В 2017г. дочь подэкспертной обратилась в суд с заявлением о признании ее недееспособной. По делу проводилась амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, согласно заключению которой Ф. страдает хроническим психическим расстройством в форме параноидной шизофрении с непрерывным типом течения, не может понимать значение своих действий и руководить ими. В ходе судебного заседания Ф. заявляла о несогласии с данным заключением, заявляла, что «не утратила способность ясно мыслить, способна адекватно воспринимать действительность, ухаживать за собой, в постороннем уходе не нуждается». Решением районного суда Ф. была признана недееспособной. Представителем Ф. была подана апелляционная жалоба, в которой он ссылался на то, что суд не выяснил, может ли она понимать значение своих действий и руководить ими лишь при помощи других лиц. Судом апелляционной инстанции по делу была назначена амбулаторная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, в ходе которой экспертные вопросы решены не были. Была назначена стационарная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

### **Объективный статус**

Сознание ясное. В месте, времени и собственной личности ориентирована правильно. Опрятна, следит за собой. Находясь в отделении, делает в меру яркий макияж, подкрашивает брови карандашом. Фон настроения ближе к ровному. Эмоциональные реакции несколько монотонны, однако, в целом, адекватны содержанию беседы. Контакту полностью доступна. Цель экспертизы понимает правильно. В беседе многословна, на вопросы отвечает иногда излишне подробно, но в плане заданного. Анамнестические сведения сообщает, останавливаясь на тех событиях, которые определили ее жизненный путь, эти события верно датирует. Так, рассказывает, что после того как она

стала в библиотеке свидетелем инсульта «у девочки», стала навещать ее в больнице, там увидела тяжело больных, после чего дала себе «обет», что если она поступит в университет, то пойдет работать в неврологическое отделение, где в итоге проработала 3 года санитаркой, говоря родителям, что работает в регистратуре. Рассказывает о своём обращении к религии, о поездках в монастыри, где она работала на кухне, снимала документальные фильмы об известных иконах, монахинях. При передаче событий, связанных с течением психического заболевания, непоследовательна. Вспоминает отдельные эпизоды, не может датировать многочисленных госпитализаций. Сообщает, что считает себя психическим нездоровым человеком. При этом говорит, что шизофрении у неё нет, потому что нет эмоциональной выхолощенности, разорванного сознания. Считает, что у нее «маниакально-депрессивный эпизод, без депрессии», который не психическая болезнь, а такое расстройство; бывают психозы, которые проявляются тем, что у нее становится приподнятое настроение, она ускоряется в работе, становится очень активна, продуктивна, кормит птиц, пишет письма, и ей на них отвечают, у неё все получается. При этом отмечает, что также становится раздражительной, недовольной, ссорится с друзьями, потому что учит их справедливости, «выводит на чистую воду», после чего остается на «пепелище». Сообщает, что первый «психоз» произошел у нее в возрасте 45 лет, когда она стала звонить участковому и дочери, чтобы ее оградили от наркоманов, которые как она думала, лезут к ней через забор в дом. Указывает, что там она отказалась от лечения, тогда ей сделали укол от которого «распух язык», и отвезли на суд, где она «мычала», после этого случая всегда дает согласие на лечение, даже если считает, что в нем не нуждается. В отношении данного дела поясняет, что дочь хочет лишить ее дееспособности и отправить в интернат. Отмечая свои претензии к дочери, говорит о них с обидой, но без особой аффективной заряженности. Тепло говорит о внуках. Формально говоря о своей готовности принимать лекарственную терапию, отмечает достаточно выраженные побочные эффекты от приема лекарственных препаратов, которые живо описывает. Сообщает, что от «рисполепта» у нее «возникают икроножные судороги», от «галоперидола» - она «становится чудовищем», после уколов у нее нет души, но потом, когда лечение заканчивается, «Господь возвращает ей душу», от «клопиксола» - она постарела, у нее растёт живот, дрожат руки, «подпрыгивает», от «сероквеля» падает в обморок. Негодует существованием в Москве платной психиатрической «скорой помощи», по поводу которой она писала жалобы в департамент здравоохранения, чтобы они отменили платные службы, при помощи которых дочь госпитализировала ее в больницы. Считает, что из-за того, что она поссорилась с департаментом здравоохранения, они «дали указ, чтобы ее признали недееспособной». Сообщает, что после последней выписки из психиатрической больницы регулярно посещает диспансер, получает

лекарственную терапию пролонгированными препаратами. Из побочных эффектов от проводимого лечения клопиксолом-депо отмечает неусидчивость (все время подпрыгиваю, не могу усидеть на месте), однако готова с этим мириться. В творческой деятельности продуктивна. Пишет для детей жития святых и великомучеников. Здраво рассуждает о сложностях передачи этого материала для детей, поясняет, каким средства для передачи содержания приемлемым для детского восприятия образом использует. Сообщает, что она также сняла 6 документальных фильмов, на создание которых брала кредиты, не более 100 тысяч рублей на 1,5 года, которые все возвращает. Активно строит планы на будущее, которые, в основном, связаны с писательской и режиссерской деятельностью. Также планирует выйти замуж, ухаживать за мужем, готовить ему еду, помогать в работе. Кандидата на эту роль пока не имеет. Сообщает, что хочет остаться дееспособной, но готова и на ограничение дееспособности, т.к. считает, что дочь обеспокоена, что она может продать свою долю квартиры, а ограничения дееспособности подэкспертной для нее будет достаточно. В период пребывания в отделении обслуживает себя самостоятельно, в поведении упорядочена, с другими подэкспертными общается по необходимости. Внимание, память в целом не нарушены. Мышление достаточно последовательное. Логика суждений грубо не нарушена, однако своеобразна. Эмоционально изменена, однако, в целом, адекватна. Острая продуктивная психотическая симптоматика на момент обследования отсутствует, сохраняются дезактуализированные бредовые идеи отношения, не определяющие поведение подэкспертной. Критика к заболеванию формальная, к ситуации – сохранена. При экспериментально-психологическом исследовании выявляется шизофренический симптомокомплекс.

**Дело о признании гражданина недееспособным вследствие психического расстройства может быть возбуждено в суде на основании заявления**

- близких или дальних родственников гражданина, проживающих совместно с ним
- нестационарной организации социального обслуживания, в которой гражданин получает социальную помощь
- медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь
- соседей, если они длительное время проживают рядом с гражданином и представят достаточные данные о наличии у него психического расстройства

**Основанием признания гражданина недееспособным является**

- наличие хронического психического расстройства, при котором гражданин может понимать значение своих действий и руководить ими лишь с помощью других лиц
- неспособность понимать значение своих действий или руководить ими
- растрата денежных средств, в результате которой гражданин ставит свою семью в тяжелое материальное положение
- наличие хронического психического расстройства с тяжелыми проявлениями, частыми ухудшениями состояния и неблагоприятным прогнозом

**Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть**

- ограничен судом в дееспособности
- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания
- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию
- признан недееспособным в установленном законом порядке

**В соответствии с критериями МКБ-10 подэкспертной следует установить диагноз**

- ограничен судом в дееспособности
- без его согласия направлен на социальную реабилитацию в учреждение социального обслуживания
- направлен на недобровольное психиатрическое лечение и социальную реабилитацию
- признан недееспособным в установленном законом порядке

**Диагноз**

**Психическое расстройство подэкспертной характеризуется + \_\_\_\_\_ +  
типом течения**

- рекуррентным
- резидуальным
- эпизодическим
- непрерывным

**В настоящее время состояние подэкспертной определяется + \_\_\_\_\_ +  
ремиссией**



- лекарственной
- полной нелекарственной
- без дополнительных условий
- неполной

**Первым обязательным этапом производства судебно-психиатрической экспертизы является**

- подготовка заключения, содержащего ответы на вопросы, поставленные судом
- установление диагноза психического расстройства и его нозологической принадлежности
- анализ медицинской документации и материалов гражданского дела
- судебно-психиатрическая оценка выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов

**При проведении судебно-психиатрической экспертизы в государственном судебно-экспертном учреждении обязательным является проведение**  
**+ исследований**

- психиатрического и патопсихологического
- эндокринологического
- психометрического
- сексологического

**При проведении судебной психолого-психиатрической экспертизы установление или исключение у Ф. психических расстройств, относящееся к компетенции психиатра, является**

- не обязательным, в связи с отсутствием данного вопроса в экспертном задании
- обязательным
- возможным, в рамках экспертной инициативы
- обязательным при выявлении у Ф. в ходе исследования психических нарушений

**При установлении диагноза Ф. основное значение имеют**

- прежде всего, данные о трудовой и социальной адаптации Ф., поскольку именно они определяют экспертное решение
- в равной степени данные анамнеза, медицинской документации и настоящего обследования
- результаты настоящего клинического, психиатрического и психологического исследования

- данные медицинской документации, поскольку именно они наиболее полно отражают динамику психического расстройства

#### **Основанием для назначения повторной экспертизы является**

- недостаточная ясность ранее данного заключения
- сомнение в правильности или обоснованности заключения
- ходатайство гражданина при его поддержке прокурором
- появление новых обстоятельств, например, сведений еще об одной госпитализации

#### **При ответе на вопрос, нуждается ли Ф. в опеке, необходимо ответить, что**

- недостаточная ясность ранее данного заключения
- сомнение в правильности или обоснованности заключения
- ходатайство гражданина при его поддержке прокурором
- появление новых обстоятельств, например, сведений еще об одной госпитализации

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

Подэкспертный П., 68 лет. Обвиняется в умышленной порче чужого имущества, в связи с возбуждением уголовного дела назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

#### **Жалобы**

Нет.

#### **Анамнез заболевания**

Ранее за психиатрической помощью не обращался.

#### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически не отягощена. В раннем развитии от сверстников не отставал. Рос в многодетной семье, имеет старших сестру и брата, двух младших сестер. По характеру всегда отличался упрямством, малообщительностью, вспыльчивостью. Окончил 8 классов средней школы, ПТУ по специальности автослесарь. Службу в армии проходил в пехотных войсках, был демобилизован на общих основаниях. В последующем работал в различных автомастерских, во времена перестройки получил права на управление грузовым транспортом, до 50 лет работал дальнобойщиком. Затем занимался грузоперевозками на короткие расстояния. На пенсию вышел по возрасту. Женат не был, детей не имеет. Алкогольными напитками не

злоупотреблял, черепно-мозговых травм не было. Из перенесенных заболеваний – пупочная грыжа (оперирован в возрасте 34 лет). Проживает один, поддерживал тесные отношения с семьями брата и сестер. Около двух лет назад поссорился со всеми родственниками, считал, что при разделении наследства родителей с ним поступили нечестно. Практически разорвал все связи, отказывался что-либо обсуждать. Обстоятельства дела: в день правонарушения П. приехал на дачу к брату, в резкой форме высказывал ему претензии о том, что все имущество родителей должно принадлежать ему одному, поскольку и брат, и сестры «подкидыши», ему «сообщили об этом в ФСБ». Угрожал, что, если брат тут же не составит дарственную на его имя, за него «вступятся все генералы разведки», так как он «уникальный человек». Брат, не зная, как себя вести, попросил П. покинуть дом, тот ушел, хлопнув дверью. Вечером брат с семьей уехали в Москву, а ночью ему сообщили, что его дом сгорел, а по подозрению в поджоге задержан П.

### **Объективный статус**

Держится надменно, войдя в кабинет на беседу, спрашивает, почему присутствующие не приветствуют его вставанием, заявляет «в таком случае я отказываюсь проводить совещание», порывается уйти. Затем, немного успокоившись, начинает вновь пытаться диктовать свои условия – «вопросы буду задавать я», «мне будет комфортнее сесть у окна» и т.п. Свое поведение объясняет тем, что он «личность, известная всем», «агент нескольких разведок», у него «за плечами Афганистан, Вьетнам и полет на Марс». Пребывание на экспертизе считает «вынужденной мерой», многозначительно подчеркивая «так было нужно». Об инкриминируемом ему деянии сообщает, что в тот день приехал к брату, предупредить его, что в случае невозврата дома, у того могут случиться неприятности. Дом он сам не поджигал, «просто по рации дал отмашку спецам», «прилетели два вертолета и огнеметами расстреляли здание». Рассказывает также, что около года назад его вызывали на Лубянку, где «рассекретили информацию» о его происхождении – он «наследник царской фамилии», как и его родители, а вот брат и сестры были взяты в семью для «прикрытия». Говорит, что причиной ссоры с родными стало их «неправильное поведение», многозначительно поясняет, что они «решили вести свою игру», например, он разговаривал с братом накануне, а при следующей встрече видел, что перед ним совершенно другой человек. Утверждает, что при очной ставке вместо брата был его сосед по лестничной площадке, и этот факт он требовал занести в протокол. Такие же «подмены» происходили и с сестрами, они «хотели его обмануть», но «не знали об его опыте в спецслужбах». В отделении все время пребывания держался высокомерно, выдвигал различные требования к медперсоналу, соседям по палате, при этом в случаях опасности конфликтной ситуации сразу обращался к

охране с просьбой «оградить его от посягательств на королевскую честь». Фон настроения был неустойчивым, в течение дня менялся от эйфорического до гневливого, подавленного. Мышление крайне непоследовательное, паралогичное. Критические и прогностические способности грубо нарушены.

**Среди инструментальных методов исследования больному с впервые выявленным бредовым расстройством целесообразно проведение**

- недостаточная ясность ранее данного заключения
- сомнение в правильности или обоснованности заключения
- ходатайство гражданина при его поддержке прокурором
- появление новых обстоятельств, например, сведений еще об одной госпитализации

**Результаты обследования**

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- недостаточная ясность ранее данного заключения
- сомнение в правильности или обоснованности заключения
- ходатайство гражданина при его поддержке прокурором
- появление новых обстоятельств, например, сведений еще об одной госпитализации

**Результаты обследования**

**Для дальнейшего обследования в стационаре подэкспертному П. необходимо провести консультацию**

- недостаточная ясность ранее данного заключения
- сомнение в правильности или обоснованности заключения
- ходатайство гражданина при его поддержке прокурором
- появление новых обстоятельств, например, сведений еще об одной госпитализации

**Результаты обследования**

**Выявленные у подэкспертного П. бредовые расстройства составляют**  
**+ \_\_\_\_\_ + синдром**

- паранойяльный
- парафренный
- параноидный
- аффективно-бредовой

**В структуре бредовых расстройств у П. выявляются клинические проявления симптома**

- Котара
- Капгра
- Фреголи
- Стендаля

**Психопатологический механизм совершенного противоправного деяния определяется как**

- бредовое самоутверждение
- бредовая защита
- бредовая месть
- косвенная бредовая мотивация

**На период инкриминируемого деяния у подэкспертного П. должен быть установлен диагноз + + + по МКБ-10**

- бредовое самоутверждение
- бредовая защита
- бредовая месть
- косвенная бредовая мотивация

**Диагноз**

**Дифференциально-диагностическим критерием, позволяющим отграничить бредовое расстройство от шизофрении, является отсутствие**

- галлюцинаторных переживаний
- специфических изменений личности
- аффективных расстройств
- периодов улучшения психического состояния

**Диагностированное у подэкспертного П. на период инкриминируемого ему деяния психическое расстройство соответствует такому медицинскому критерию ст.21 УК РФ как**

- временное психическое расстройство
- слабоумие
- хроническое психическое расстройство
- иное болезненное состояние психики

**Способность подэкспертного П. к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей должна быть оценена как процессуальная**

- ограниченная дееспособность
- недееспособность
- дееспособность
- частичная дееспособность

**Подэкспертному П. должно быть рекомендовано принудительное лечение в**

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

**Препаратами выбора для терапии парафренного состояния являются**

**+ + антипсихотики**

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный В., 49 лет. Обвиняется по п. «б» ч.3 ст.111 УК РФ, ч.1 ст.115 – в нанесении тяжких телесных повреждений троим лицам и причинении легкого вреда здоровью двум лицам. С учетом тяжести инкриминируемого деяния назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

на \* сниженное настроение; \* суицидальные мысли; \* заторможенность.

### **Анамнез заболевания**

В возрасте 47 лет стал испытывать тревогу по поводу своего здоровья, чувствовал, что в нем что-то изменилось, к врачам не обращался, искал народные средства исцеления, ходил к знахарю, в церковь. Постепенно

существенно ограничил круг общения. Продолжал работать, но более формально относился к делу. Периодически отмечался сниженный фон настроения. За 3 дня до инкриминируемого ему деяния вдруг заявил жене, что едет к родителям в Москву, поскольку им угрожает опасность. Оказавшись в Москве, в аэропорту почувствовал «слежку». к родителям не поехал. Днем перемещался по городу, ночь не спал, блуждал по улицам. На следующий день страх еще более усилился, чувствовал, что все люди вокруг передают друг другу информацию о нем. Спасаясь, порвал и выбросил свой паспорт, купил в магазине накладные усы, другую одежду. Ночевал в парке, проснувшись ощутил, что все вокруг изменилось, ствол дерева в форме буквы «W», воспринял как знак дьявола, понял, что должен избавить мир от преследователей. Напал на девушку, гуляющую с младенцем в коляске, решив, что она перевозит аппаратуру. Когда пытался ее задушить, к ним подошла группа молодых людей, на их попытку остановить его действия, двоих отбросил от себя, третьему откусил ухо, выдавил глаз. Был остановлен ударом чем-то тяжелым по голове. Поступил в неврологическое отделение с явлениями закрытой черепно-мозговой травмы. После прояснения сознания признаков психотического состояния не обнаруживал.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически не отягощена. Рос и развивался соответственно возрастным нормам. По характеру формировался общительным, любознательным, неконфликтным. С 4 лет обнаружил абсолютный музыкальный слух, стал заниматься с преподавателем, учился играть на флейте, фортепиано. С 6 лет обучался в музыкальной школе, с 7 – в общеобразовательной. Окончил оба учебных заведения с отличием. Получил высшее образование в Московской государственной консерватории им. П.И. Чайковского, закончил аспирантуру. В 24 года женился, от брака двое детей. По распределению уехал работать в Хабаровск, где в течение трех лет преподавал в музыкальном училище, а затем руководил детским оркестром, с которым добился больших успехов – участие и победы во всероссийских и международных конкурсах. Из перенесенных заболеваний – хронический гастрит, перелом левой руки в возрасте 34 лет. Алкогольными напитками не злоупотреблял.

### **Объективный статус**

Выражение лица страдальческое, сидит ссутулившись, опустив плечи. Говорит тихим маломодулированным голосом, односложно отвечает на вопросы. Порой требуется неоднократно повторять вопрос, поскольку замолкает, произнеся два-три слова. Жалоб самостоятельно не предъявляет, но временами растирает рукой область сердца, сообщая «душа болит». Анамнез собрать затруднительно, на уточняющие вопросы практически не реагирует. При

расспросах об инкриминируемых деяниях отрывочно рассказывает о страхе за родителей, каких-то знаках, слезке, демонстрируя индифферентное отношение к своим болезненным переживаниям того периода. Более подробные сведения о происшедшем не сообщает, ссылаясь на забывание. При этом постоянно повторяет «я людей покалечил», «я во всем виноват», «не должен жить». К своей дальнейшей судьбе интереса не проявляет. В отделении держался обособленно, ни с кем не общался, большую часть времени проводил в постели, лежал, отвернувшись к стене, укрывшись с головой одеялом. Первое время отказывался от приема пищи, говоря «не хочу». В последующем ел, но очень ограниченно. Настроение снижено с чувством тоски, подавленности. Мышление замедленное, со сверхценными идеями самообвинения, суицидальной настроенностью. Память и внимание снижены по депрессивному типу, интеллектуальные функции сохранены. Критические и прогностические способности нарушены.

**Для дальнейшего обследования в стационаре подэкспертному В. необходимо провести**

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

**Результаты обследования**

**Экспериментально-психологическое исследование в условиях судебно-психиатрической экспертизы проводится с целью**

- психологического консультирования
- психокоррекции
- психодиагностики
- профилактики внутрибольничной агрессии

**В период проведения судебно-психиатрической экспертизы психическое состояние подэкспертного В. определялось +**  
**расстройствами**

- депрессивными
- астеническими
- сенесто-ипохондрическими
- бредовыми



**Доманифестный период заболевания у подэкспертного В. характеризовался**  
**+ \_\_\_\_\_ + расстройствами**

- аффективными
- бредовыми
- ипохондрическими
- личностными

**Психопатологические расстройства, имевшиеся у подэкспертного В. в период правонарушения следует расценивать как + \_\_\_\_\_ + синдром**

- парафренный
- параноидный
- паранойяльный
- депрессивно-бредовой

**Результаты экспериментально-психологического исследования**  
**свидетельствуют о наличии у подэкспертного В. расстройств + \_\_\_\_\_ +**  
**спектра**

- психогенного
- органического
- шизофренического
- личностного

**На период инкриминируемого деяния у подэкспертного В. должен быть**  
**установлен диагноз + \_\_\_\_\_ +, + \_\_\_\_\_ + по МКБ-10**

- психогенного
- органического
- шизофренического
- личностного

## **Диагноз**

**Возникшее у подэкспертного В. после совершенного общественно опасного**  
**деяния болезненное состояние должно быть квалифицировано как**  
**+ \_\_\_\_\_ +, + \_\_\_\_\_ + по МКБ-10**

- пролонгированная депрессивная реакция, F43.21
- органическое депрессивное расстройство, F06.30
- тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами, F32.31
- шизоаффективное расстройство депрессивный тип, F25.11

**Диагностированное у подэкспертного на период инкриминируемого деяния психическое расстройство соответствует такому медицинскому критерию ст.21 УК РФ как**

- временное психическое расстройство
- иное болезненное состояние психики
- хроническое психическое расстройство
- слабоумие

**Способность подэкспертного В. к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей должна быть оценена как процессуальная**

- частичная дееспособность
- недееспособность
- ограниченная дееспособность
- дееспособность

**Подэкспертному В. следует рекомендовать принудительную меру медицинского характера в виде принудительного**

- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра
- лечения в психиатрическом стационаре общего типа

**Психофармакотерапия депрессивных расстройств у пациента с шизофренией предполагает назначение**

- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра
- лечения в психиатрическом стационаре общего типа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Г., 31 года. Обвиняется по пп. а, в ч.2 ст. 105 в убийстве трех человек, в связи с возбуждением уголовного дела назначена стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

## **Жалобы**

на \* сниженное настроение; \* боли в груди; \* снижение памяти.

## **Анамнез заболевания**

В возрасте 24 лет после расставания с девушкой перенес депрессивное состояние, когда отмечалось пониженное настроение, с подавленностью, внутренним дискомфортом, чувством нежелания жить, дисморфоманическими переживаниями (считал себя уродливым). Лечился стационарно в течение 2 месяцев с диагнозом «Депрессивный эпизод средней тяжести», после выписки у психиатра не наблюдался, поддерживающее лечение принимал неделю, затем прекратил прием лекарственных средств. В последующем к врачам не обращался, хотя отмечались колебания настроения с гипотимическим аффектом, имевшие сезонную ритмику. В те периоды становился подавленным, мрачным, много лежал, подозревал жену (женился в 26 лет) в неверности, после рождения детей, возникали мысли, что они не его. За неделю до инкриминируемого ему деяния без видимых причин стал молчаливым, стремился уединиться, говорил жене, что «плохо себя чувствует», был на чем-то сосредоточен, настроение было сниженным, практически не спал ночами. Накануне правонарушения звонил родителям, сумбурно говорил о каком-то родовом проклятии, на их предложение обратиться к врачу, резко прекратил разговор. На следующий день совершил убийство жены и малолетних детей путем их удушения, сотрудниками полиции, которых вызвали приехавшие родители, был задержан при попытке повеситься. После ареста, в следственном изоляторе неоднократно предпринимал суицидальные действия – пытался повеситься, резать вены на руках, ногтями раздирать вены на шее. Осматривался психиатром, с диагнозом «Тяжелый депрессивный эпизод» помещался в психиатрический стационар, где говорил врачам о родовом проклятии, наложенном на всех членов его семьи дальней родственницей, был то тревожен до ажитации, то вял пассивен, заторможен. На фоне проведенного лечения психическое состояние несколько улучшилось, но оставался подавленным, убежденным в правильности своих действий, сожалел о том, что не успел лишить себя жизни, так как теперь ему придется «мучиться всю жизнь».

## **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. По характеру всегда был активным, общительным, коммуникабельным, жизнерадостным человеком. В школе обучение начал с 7 лет, окончил 11 классов, за период обучения участвовал во многих школьных мероприятиях (школьном театре, походах, экскурсиях), имел дружеские отношения со сверстниками. Поступив в институт радиотехники, стал более степенным, был сосредоточен на учебе, нередко шумным большим компаниям

предпочитал уединение. На последнем курсе обучения познакомился с девушкой, через год расстались, так как она переехала в другой город, тяжело переживал разлуку. На этом фоне впервые был госпитализирован в психиатрический стационар с депрессивным состоянием. После больницы успешно защитил диплом, устроился на работу в частную фирму по специальности. В 26 лет женился, от брака двое детей - сыновья 4 и 2 лет. Проживали отдельно, отношения в семье были ровные, доверительные.

### **Объективный статус**

В отделении держался настороженно, большую часть времени проводил в постели, лежал, отвернувшись к стене, от еды категорически отказывался, говоря, что он «не достоин даже крохи хлеба». После многократных уговоров съедал небольшую порцию, но к следующему приему пищи сам не выходил. В беседе инициативы не проявлял, сидел, опустив голову, зрительный контакт не поддерживал. О своих переживаниях говорил неохотно, стереотипно повторял фразу «моя семья проклята, я их освободил, а сам должен нести этот крест до конца». О родовом проклятье «узнал случайно» из разговора с матерью, которая вдруг, вне контекста беседы, упомянула про дальнюю родственницу. В этот момент «все встало на свои места», «прояснилось», понял, что ему, его жене, детям уготована «жизнь в муках». Чувствовал, как «души близких страдают», мысли детей и жены «читал как открытую книгу». Свое состояние в тот период характеризовал как «внутреннее напряжение», «камень на сердце», «безысходность», считал, что жена и дети испытывают то же самое, слышал в голове их голоса, молящие о помощи. В течение двух дней искал в интернете способы «снять проклятие», увидев объявление какой-то знахарки, ездил к ней, но «стало только хуже», не было сил «хоть что-то предпринять». Решение избавить семью от «такой участи» пришло, когда, поговорив с родителями, «окончательно» осознал – помощи ждать не от кого. Детей задушил спящими, жену – когда она подошла посмотреть, как спят мальчики, при этом в голове звучали детские голоса, прощавшиеся с ним, благодарившие его. Настроение в течение всего периода пребывания на экспертизе оставалось сниженным, продолжал активно высказывать суицидальные мысли, видел в этом единственный выход – «избавление от проклятия». О содеянном не сожалел, считал, что «помог всем, кроме себя». Мышление замедлено по темпу, паралогичное, бредовое. Критические и прогностические способности нарушены.

### **Для дальнейшего обследования в стационаре подэкспертному Г. необходимо провести консультацию**

- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра
- лечения в психиатрическом стационаре общего типа

### **Результаты обследования**

#### **Среди лабораторных методов обследования в стационаре подэкспертному Г. необходимо провести**

- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра
- лечения в психиатрическом стационаре общего типа

### **Результаты обследования**

#### **Выявленные у подэкспертного Г. психопатологические расстройства составляют + + синдром**

- маниакально-бредовой
- кататоно-параноидный
- парафренный
- депрессивно-бредовой

#### **Бредовые переживания у подэкспертного Г. являются + + по отношению к аффекту**

- голотимным
- конгруэнтным
- инконгруэнтными
- экспансивным

#### **К типичным шизофреническим симптомам в структуре шизоаффективного эпизода у подэкспертного Г. следует отнести**

- бред самоуничтожения
- витальный депрессивный аффект
- стойкие суицидальные тенденции
- слуховые псевдогаллюцинации

#### **Психопатологический механизм совершенного противоправного деяния определяется как**

- бредовое самоутверждение
- бред самообвинения
- косвенная бредовая мотивация
- бредовая демонстрация

**В соответствии с МКБ-10 болезненное состояние у подэкспертного Г. должно быть квалифицировано как**

- бредовое самоутверждение
- бред самообвинения
- косвенная бредовая мотивация
- бредовая демонстрация

**Диагноз**

**Личностные изменения в межприступные периоды у подэкспертного Г. характеризовались**

- эмоциональным обеднением с апатией и адинамией
- психопатоподобными расстройствами с расторможенностью влечений
- падением энергетического потенциала с гипобулией
- астенией со снижением творческих проявлений

**Диагностированное у подэкспертного Г. болезненное состояние соответствует такому медицинскому критерию невменяемости как**

- временное психическое расстройство
- хроническое психическое расстройство
- слабоумие
- иное болезненное состояние психики

**У подэкспертного Г. юридический критерий невменяемости определяется нарушением + \_\_\_\_\_ + компонента**

- личностного
- интеллектуального и волевого
- только волевого
- только интеллектуального

**Подэкспертному Г. должно быть рекомендовано принудительное лечение в**

- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

**Психофармакотерапия депрессивно-бредового синдрома в рамках шизоаффективного расстройства предполагает сочетанное применение**

- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный С., 44 лет. Обвиняется в хулиганских действиях, в связи с возбуждением уголовного дела назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Нет.

### **Анамнез заболевания**

В возрасте 31 года впервые перенес маниакально-бредовое состояние, возникшее после смерти матери. На похоронах стал вести себя нелепо, громко смеялся, говорил, что он «с мамой всех обманули», в могиле лежит «несчастливая бомжиха», их «шутка удалась». Был госпитализирован в недобровольном порядке в психиатрический стационар, где находился в течение 2 месяцев. Наряду с маниакальным возбуждением, обнаруживал бредовые идеи воздействия, инсценировки, слышал в голове «голоса» ангелов, которые сообщали, что его мать жива. В последующем еще дважды находился на стационарном лечении с психотическими расстройствами маниакально-бредовой структуры. В межприступные периоды, несмотря на отказ от поддерживающей терапии, отмечалось практически полное восстановление социальных контактов, трудоспособности, семейных отношений. В период второго приступа подарил квартиру каким-то мошенникам за «священную запись», считал, что она бесценна и позволит «открыть в нем новое видение мира». В ходе гражданского судопроизводства проходил амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу, на момент оформления дарственной

признавался неспособным, права собственности на жилье ему были возвращены. За две недели до совершенного правонарушения стал чрезмерно активным, практически не спал, все время пребывал в действии, куда-то уезжал, приводил в дом незнакомых людей, стал многоречивым, легко аффектировался, когда встречал хоть какое-то противодействие. Вскоре стал заявлять, что ему «было видение», он «избран Магистром», является «Проводником между людьми и Богом». Слышал в голове «голоса», считал их «божественными», которые приказывали «нести людям благо». Упаковывал дома в яркие обертки, собранные на улице камни, и, нарядившись в рясу, продавал их на площади под видом талисманов «счастья» по тысяче рублей, деньги раздавал у церкви прихожанам. При отказе одного из подошедших купить «талисман», стал громко оскорблять его, бросал в него камнями. Был задержан сотрудниками полиции.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически не отягощена. Рос и развивался соответственно возрастным нормам. По характеру всегда был жизнерадостным, неунывающим, деятельным, с авантурными наклонностями. Будучи подростком состоял на учете в детской комнате милиции – на спор вынес из краеведческого музея какой-то экспонат. Окончил 10 классов, служил в армии в артиллерийских войсках, демобилизован на общих основаниях. После армии женился на девушке, с которой встречался еще в школе, от брака двое детей. Работал охранником на предприятии, заочно окончил технологический институт. В последующем работал технологом на мясоперерабатывающих предприятиях, увольнялся только, если находил более выгодное предложение. На последнем производстве проработал около 8 лет. Имел устойчивый круг друзей из одноклассников, сослуживцев, коллег. На праздники встречались семьями, со всеми поддерживал доброжелательные отношения, никогда не отказывал в помощи. С женой сложились доверительные отношения, она характеризует его позитивным, ответственным человеком. В периоды болезни всегда находил поддержку у близких. Алкогольными напитками не злоупотреблял. Из перенесенных заболеваний – черепно-мозговая травма (был избит на улице в возрасте 25 лет, лечился стационарно с сотрясением головного мозга), последствий не отмечал.

### **Объективный статус**

В беседе многоречив, старается себя сдерживать, но начиная, что-либо рассказывать, остановиться не может. В речи использует яркие образы, остроумен, ассоциативный ряд не всегда последователен, легко отвлекается, переключается на описания иных событий, но затем возвращается в заданный контекст беседы. Мимика живая, активно жестикулирует. Свое состояние оценивает, как «на подъеме», все получается, хочется многое сделать. На



вопрос, чем вызвано такое хорошее настроение, тут же заявляет, что вокруг «прекрасные люди». К ситуации правонарушения отношение поверхностное, говорит, что «никого не хотел обидеть», а потерпевший повел себя «неадекватно», с хитрым прищуром спрашивает: «неужели ему жалко было тысячи рублей на благое дело?». Осведомлен о возможном сроке наказания, уверен, что большее – это условный срок. Психически больным себя не считает, свои прежние госпитализации в психиатрические больницы расценивает как «недоразумение». Говорит, что «хотел сделать что-нибудь хорошее», но его «не поняли». Наличие «голосов», прежние высказывания о своей избранности, причастности к Богу категорически отрицает, утверждает, что это были «только образы». Пространно рассуждает о возможностях «человеческого организма», осторожно спрашивает врача «неужели все, кто что-то слышит, сумасшедшие?». В отделении весь период пребывания был активен, деятелен, «опекал» ослабленного подэкспертного, ночью несколько раз был замечен медперсоналом, что-то шепчущим в туалетной комнате. Объяснял это тем, что сочиняет поэму «во славу врачам», делиться своими опусами отказывался, ссылаясь на «неоконченность» произведения. Фон настроения оставался приподнятым, мышление ускоренным.

**Для дальнейшего обследования в стационаре подэкспертному С. необходимо провести консультацию**

- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

**Результаты обследования**

**Для дальнейшего обследования в стационаре С. необходимо провести**

- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

**Результаты обследования**

**Экспериментально-психологическое исследование в период стационарной судебно-психиатрической экспертизы проводится с целью**

- психокоррекции
- профилактики внутрибольничной агрессии
- психологического консультирования
- психодиагностики

**Выявленные у подэкспертного С. психопатологические расстройства составляют + + синдром**

- кататоно-параноидный
- парафренный
- паранойяльный
- маниакально-бредовый

**К типичным шизофреническим симптомам в структуре шизоаффективного эпизода у подэкспертного С. следует отнести**

- отсутствие критики
- бредовые идеи сверхспособностей
- псевдогаллюцинации
- бред величия

**Психопатологический механизм совершенного противоправного деяния определяется как**

- аффектогенная переоценка своих возможностей
- императивные галлюцинации и автоматизмы
- косвенная бредовая мотивация
- реализация бредовых проектов (миссии)

**Тип шизоаффективного расстройства у подэкспертного С. определяется как**

- недифференцированный
- смешанный
- маниакальный
- депрессивный

**В соответствии с МКБ-10 болезненное состояние у подэкспертного С. должно быть квалифицировано как**

- недифференцированный
- смешанный

- маниакальный
- депрессивный

## **Диагноз**

**Диагностированное у подэкспертного С. болезненное состояние соответствует такому медицинскому критерию невменяемости как**

- временное психическое расстройство
- хроническое психическое расстройство
- слабоумие
- иное болезненное состояние психики

**У подэкспертного С. юридический критерий невменяемости определяется нарушением + + компонента**

- только интеллектуального
- интеллектуального и волевого
- личностного
- только волевого

**Подэкспертному С. должно быть рекомендовано принудительное лечение в**

- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа

**Психофармакотерапия маниакально-бредового синдрома в рамках шизоаффективного расстройства предполагает сочетанное применение**

- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Б., 20 лет. Обвиняется в убийстве друга в связи с возбуждением уголовного дела назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Сниженное настроение.

### **Анамнез заболевания**

Ранее к психиатрам не обращался.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена. Родился ослабленным, в раннем детском возрасте часто болел, в 1,5 месяца перенес пневмонию. В психомоторном развитии от сверстников не отставал. Воспитывался в полной семье. По характеру всегда был послушным, впечатлительным, сензитивным, мнительным. Окончил 11 классов средней школы, поступил в МАИ на факультет авиастроения, является студентом второго курса. Со школы дружил с потерпевшим по делу, обучались в разных ВУЗах, но продолжали тесно общаться. Алкогольными напитками не злоупотреблял. Проживал с родителями. За две недели до инкриминируемого деяния стали беспокоить головные боли, обследовался амбулаторно, принимал обезболивающие, но болевой синдром сохранялся. \* Обстоятельства дела: в день правонарушения находился у друга вместе с его девушкой. Слушали музыку, общались. Когда сели ужинать, Б. вдруг с улыбкой спросил, не отравлена ли пища. Девушка вышла на балкон, позвонить, вернувшись, увидела, что Б. сидит сверху на ее парне, лежащем на полу, и наносит ему удары ножом. Испугавшись, выбежала на улицу, остановила наряд ДПС, вместе с которым вернулись в квартиру. На кухне обнаружили труп молодого человека, Б. находился в ванной комнате, лежал одетый в воде с отсутствующим взглядом. Сопротивления Б. не оказывал, ничего не говорил, лицо его ничего не выражало. В отделении полиции сидел в оцепенении с отрешенным видом, на вопросы не реагировал, выражение лица менялось от восторженного до испуганного, напряженного. При наркологическом освидетельствовании признаков алкогольного и наркотического опьянения не выявлено, в крови и моче наличия психоактивных веществ не обнаружено. По данным судебно-медицинской экспертизы трупа, смерть потерпевшего наступила от множественных ножевых ранений в области шеи и грудной клетки, на лице рваная рана, в которой обнаружены обломки ногтевых пластин.

### **Объективный статус**

Сидит, опустив голову. Выражение лица скорбное, мимика печальная. Двигательно заторможен. На вопросы отвечает после длительных пауз, преимущественно односложно. С трудом удается собрать анамнестические сведения. На фоне антидепрессивной терапии стал несколько живее, активнее.

Рассказал, что примерно за полмесяца до содеянного появились упорные головные боли, стал переживать, что это какое-то серьезное заболевание, на приеме у невролога возникли мысли, что врач ему «что-то недоговаривает». Практически не спал ночами, все время думал, что «смертельно болен», мысленно прощался с родителями, друзьями, представлял, что о нем скажут на похоронах. На утро эти мысли казались абсурдными, отвлекался на повседневные дела, но к вечеру тревога и страх возникали снова. В день правонарушения «как обычно» встретился со своим другом у него дома, при этом присутствовала девушка друга, которую тоже давно знал. За ужином вдруг почувствовал какой-то странный, напоминавший металлический, привкус пищи, затем стал ощущать «тошнотворный запах», обстановка в кухне стала меняться, предметы приобретали неправильные очертания, лицо друга исказилось и стало безобразным. Охватил «панический страх», тело как будто «парализовало», в голове по нарастающей звучала какая-то «какофония», вокруг прыгали люди в масках. Дальнейшее помнит отрывочно – «грохочущий звук был невыносим», «срывал маски с лица кого-то», «плыл в лодке», «показывали кино, картинки менялись одна за другой, райские деревья с русалками, дьявольский котел, театр теней, сексуальные оргии». В голове «прояснилось» в следственном изоляторе, во время допроса от следователя узнал, что совершил убийство. До сих пор не может принять эту мысль, говорит, что он был его единственным настоящим другом. Предполагает, что в пище случайно могли оказаться какие-то «психотропные вещества», допускает, что это было чье-то воздействие. Фон настроения оставался стойко пониженным, постоянно обращался с вопросом, как ему жить дальше. Мышление замедленное по темпу. Критические и прогностические способности нарушены.

**Среди инструментальных методов исследования больному с впервые выявленным психотическим расстройством целесообразно проведение**

- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа

**Результаты обследования**

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре общего типа

## **Результаты обследования**

**При проведении экспериментально-психологического исследования наиболее значимым для уточнения диагноза является наличие/отсутствие + \_\_\_\_\_ + симптомокомплекса**

- психоорганического
- олигофренического
- шизофренического
- психопатического

**В период, предшествовавший развитию психотического расстройства, психическое состояние Б. определялось + \_\_\_\_\_ + симптомокомплексом**

- тревожно-фобическим
- депрессивно-бредовым
- сенесто-ипохондрическим
- деперсонализационным

**В период проведения судебно-психиатрической экспертизы психическое состояние подэкспертного Б. определялось + \_\_\_\_\_ + расстройствами**

- бредовыми
- сенесто-ипохондрическими
- астеническими
- депрессивными

**В период инкриминируемого деяния психотическое расстройство у Б. характеризовалось + \_\_\_\_\_ + симптоматики**

- монотематичностью
- реактивностью
- полиморфностью
- мономорфностью

**В соответствии с МКБ-10 болезненное состояние у подэкспертного Б. должно быть квалифицировано как**

- монотематичностью
- реактивностью
- полиморфностью
- мономорфностью

## **Диагноз**

**Возникшее у подэкспертного Б. после совершенного общественно опасного деяния болезненное состояние должно быть квалифицировано как**

**+ +, F + + по МКБ-10**

- пролонгированная депрессивная реакция, 43.21
- органическое депрессивное расстройство, 06.30
- умеренный депрессивный эпизод, 32.10
- шизоаффективное расстройство депрессивный тип, 25.11

**Диагностированное у Б. на период инкриминируемого деяния болезненное состояние соответствует такому медицинскому критерию невменяемости как**

- слабоумие
- хроническое психическое расстройство
- временное психическое расстройство
- иное болезненное состояние психики

**Способность подэкспертного Б. к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей должна быть оценена как процессуальная**

- недееспособность
- частичная дееспособность
- дееспособность
- ограниченная дееспособность

**Подэкспертному Б. следует рекомендовать принудительную меру медицинского характера в виде**

- принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра
- принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа

**Психофармакотерапия депрессивных расстройств предполагает назначение**

- принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра
- принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Подэкспертный С., 56 лет. Обвиняется в соучастии в убийстве собственной дочери, в связи с возбуждением уголовного дела назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

### Жалобы

на \* сниженное настроение; \* головную боль.

### Анамнез заболевания

Ранее к психиатрам не обращался.

### Анамнез жизни

Данных о наследственной отягощенности психическими заболеваниями нет. Раннее развитие без особенностей. Окончил 8 классов средней школы, ПТУ по специальности слесарь-сборщик. Много лет проработал на шарикоподшипниковом заводе, во времена перестройки перебивался случайными заработками, в начале 2000 годов вернулся на завод. Женат, от брака имеет двоих взрослых дочерей. В семье всегда решения принимала жена, он с ней не спорил, считал, что она разумный и правильный человек. 7 лет назад переболел туберкулезом легких, длительно лечился стационарно, перенес две операции, после чего получил II группу инвалидности, не работал. В последние годы жена стала вести себя странно, у нее появились какие-то свои идеи о мироздании, активно приобщала его и дочерей к «новому» образу жизни, он не сопротивлялся, находил это интересным. Около года назад старшая дочь (Татьяна) вышла замуж, отношения с зятем складывались напряженные. Утром в день правонарушения жена заявила, что видит в своем доме черта, который «сидит» в Татьяне, требовала, чтобы ее связали и «отпоили святой водой». Он и младшая дочь стали удерживать Татьяну, а жена влиwała ей в рот воду (около 5 литров), затем взяла нож и нанесла ей порезы на обоих запястьях, чтобы «вышла дурная кровь». Смерть потерпевшей наступила от аспирации жидкостью.



## Объективный статус

В беседе держится несколько скованно, разговаривает в заискивающей манере. Сразу сообщает, что смерти дочери не желал, «жена заморочила голову своей эзотерикой», «вины моей в этом нет», «бедная доченька». Рассказывает, что около 6 лет назад жена изменилась, сначала «ударилась» в религию, затем стала посещать разные «секты». Приносила домой «всякую» литературу, он не работал и тоже стал «почитывать». Жена «насаждала» ему и дочерям «новый» образ жизни, он и младшая дочь ему следовали, а старшая – «не воспринимала». Когда мать стала запрещать просмотр развлекательных телепередач, а потом вынесла из дома телевизор и ноутбук, Татьяна (старшая дочь) переехала на съемную квартиру, но оплачивать ее не смогла и вернулась. Когда Татьяна вышла замуж, отношение жены к ней изменилось, перед зятем она демонстрировала «материнскую любовь», а за глаза говорила, что та недостойна такого мужчины. Он стал замечать, что жена сама проявляет «страстные чувства» к зятю, стала носить дома коротенькие халаты, могла выйти к завтраку полуобнаженной, ему же она говорила, что это муж дочери «ее домогается», а в нем «говорит дьявол». Прислушивался к себе, верил, что в любом человеке есть божественное и дьявольское начало, любил обсуждать эти темы с женой, которая была более категорична в этих вопросах, «знала» ответы на все, что его интересовало. Несколько раз вместе с супругой бывал на «сеансах очищения», чувствовал в те моменты, что приобщается к чему-то «неземному». За неделю до правонарушения, жена стала говорить, что в квартире «нечисто», пахнет «преисподней», ему тоже казалось, что в доме «творится неладное». Свое состояние описывает как нарастающее внутреннее напряжение, переходящее в «панику», с ожиданием «конца света», реальной угрозы катастрофы. С утра в день правонарушения супруга была чем-то озабочена, потом собрала всех на кухне и зловеще заявила, указав на Татьяну, «в ней черт». Зять, испугавшись, выбежал из квартиры, именно он вызвал полицию. Татьяна недоуменно смотрела на мать, после чего та, пристально вглядываясь в глаза дочери, стала что-то шептать, «было страшно», казалось, что вокруг дочери «проступает чернота», обволакивающая все вокруг, затягивающая его внутрь себя. В голове мыслей не было, поэтому, когда жена «отдала приказ» ему и младшей дочери держать Татьяну, у него не было сомнений, что «так нужно». Говорит, что действовал в тот момент «механистически», крепко придавил вырывающуюся дочь к полу, при этом не чувствовал ее сопротивления, продолжал удерживать даже тогда, когда она перестала подавать признаки жизни. «Прояснилось» в голове только тогда, когда врач скорой констатировал смерть дочери. По отношению к жене в настоящее время испытывает двойственные чувства – «мне ее не хватает» и «она довела меня до тюрьмы». Говорит, что очень сожалеет, что дочь умерла, при этом больше высказывает озабоченность своей дальнейшей судьбой.

Настроение ближе к ровному, хотя жалуется на внутреннее беспокойство, периодическое чувство тревоги. Мышление достаточно последовательное, с тенденцией к конкретному, суждения несколько поверхностные. Память и интеллект сохранены. Критические и прогностические функции не нарушены.

**Для дальнейшего обследования в стационаре подэкспертному С. необходимо провести консультацию**

- принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра
- принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа

**Результаты обследования**

**Среди лабораторных методов обследования в стационаре подэкспертному С. необходимо провести**

- принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра
- принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа

**Результаты обследования**

**В период правонарушения у подэкспертного С. наблюдались**

**+ бредовые расстройства**

- персекуторные
- резидуальные
- индуцированные
- интерпретативные

**Ассоциативные нарушения при индуцированном бредовом расстройстве носят + характер**

- эндогенный
- аффектогенный
- психогенный
- экзогенный

**Характерологические особенности у подэкспертного С. представлены в виде заострения + + личностных черт**

- эксплозивных
- зависимых
- неустойчивых
- истерических

**Личностные особенности подэкспертного С. следует квалифицировать как + +, + + по МКБ-10**

- инфантильное расстройство личности, F60.9
- акцентуированные личностные черты, Z73.1
- стойкое изменение личности после психического заболевания, F62.1
- расстройство типа зависимой личности, F60.7

**Диагноз на период инкриминируемого деяния должен быть сформулирован как + +, F + + по МКБ-10**

- инфантильное расстройство личности, F60.9
- акцентуированные личностные черты, Z73.1
- стойкое изменение личности после психического заболевания, F62.1
- расстройство типа зависимой личности, F60.7

**Диагноз**

**Дифференциально-диагностическим критерием, позволяющим отграничить индуцированное бредовое расстройство от шизофрении, является купирование болезненных проявлений**

- после разлучения с индуктором бреда
- на фоне психотерапии
- в следствие нарастания дефицитарных расстройств
- на фоне психофармакотерапии

**Диагностированное у подэкспертного С. индуцированное бредовое расстройство соответствует такому медицинскому критерию невменяемости как**

- слабоумие
- хроническое психическое расстройство
- иное болезненное состояние психики
- временное психическое расстройство

**Способность подэкспертного С. к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей должна быть оценена как процессуальная**

- частичная дееспособность
- недееспособность
- ограниченная дееспособность
- дееспособность

**Решение вопроса о применении принудительных мер медицинского характера предполагает формулировку**

- в применении принудительных мер не нуждается
- рекомендуется амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра
- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа
- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа

**После купирования индуцированного бредового расстройства психофармакотерапия показана в случае**

- в применении принудительных мер не нуждается
- рекомендуется амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра
- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа
- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Б., 69 лет. Обвиняется в убийстве соседа по даче, в связи с возбуждением уголовного дела назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

на \* головную боль; \* пониженное настроение; \* тревогу.

### **Анамнез заболевания**

В возрасте 65 лет стал заявлять сыну, что соседи по даче претендуют на его

участок, подбрасывают ему сухую траву, спиленные ветки деревьев, заливают его участок сточными водами. Пытался выяснять с ними отношения, конфликтовал, вызывал полицию, писал жалобы в различные инстанции. На просьбы сына как-то уладить конфликт, озлоблялся, говорил «ты ничего не понимаешь, тебя же лишают наследства». В последующем и дома стал замечать «происки» соседей по даче, считал, что они «спиливают» замки с почтового ящика, подбрасывают «чужую» корреспонденцию, под дверь оставляют мусор, проникают в его отсутствие в квартиру. Неоднократно обращался с заявлениями в правоохранительные органы о «посягательствах на его честь и здоровье», болезненно воспринимал отказы в возбуждении уголовного дела, писал в вышестоящие инстанции, уличая в сговоре «власти». Категорически отказывался от обращения к врачам, рассорился с сыном. За месяц до правонарушения отношения с соседом еще более обострились, конфликты возникали практически ежедневно, считал, что сосед его «изводит» своими действиями, слышал, как тот ночью ходит по его участку. Утром, в день инкриминируемого деяния, срезав укроп, почувствовал необычный привкус, через пару часов обнаружил у себя признаки отравления – лицо «горело», была тошнота, двоилось в глазах, «стучало» сердце. Решил, что сосед ночью разбросал «какую-то» отраву, в течение всего дня делал себе «промывание желудка», но состояние не улучшалось, вызвал скорую помощь, но врач показаний для госпитализации не нашел, после чего понял, что «все заодно». Поздно вечером отправился к соседу «поговорить», «на всякий случай» взял с собой кухонный нож. Дверь долго не открывали, когда сосед появился на пороге, увидел на его лице «издевательскую ухмылку», в голове промелькнула мысль «мне не жить», после чего нанес соседу удар ножом в область шеи. Потерпевший скончался на месте.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически неотягощена. Рос и развивался соответственно возрастным нормам. По характеру всегда был деятельный, общительный, целеустремленный. Обучение в школе начал своевременно, учился хорошо, окончил 10 классов, после чего поступил в медицинский институт. На 5 курсе женился на однокурснице, от брака есть сын. В армии не служил, поскольку при ВУЗе была военная кафедра. После окончания института работал хирургом, сначала в стационаре, последние 10 лет до пенсии – в амбулаторном звене. Курит с 18 лет, алкогольными напитками не злоупотребляет. Из перенесенных заболеваний – гипертоническая болезнь с 50 лет, облитерирующий периартериит курильщика, коксартроз II ст. В возрасте 60 лет вышел на пенсию, проживал с супругой, сын с женой и двумя детьми живет отдельно. В 62 года овдовел.

## **Объективный статус**

Держится несколько напряженно. Ориентирован всесторонне правильно. Цель проводимой экспертизы в целом передает верно. Постоянно апеллирует к тому, что он тоже врач, изучал психиатрию в институте, поэтому знает, для чего ему задают вопросы. К врачу обращается исключительно «коллега», в беседе порой несколько фамильярен. На вопросы отвечает в плане заданного, анамнестические сведения излагает подробно, последовательно. Сообщает, что после выхода на пенсию, смерти жены, остался практически один, много времени проводил на даче, даже зимой приезжал «проверить дом», убрать снег. Отношения с сыном характеризует, как плохие, он не поддержал его в трудную минуту. Психически больным себя не считает, уверен, что все происходившее с ним в последние годы было спровоцировано действиями его соседа, «неумным желанием» последнего «прихватить себе еще землицы». На вопрос каким образом сосед мог завладеть его участком, раздражается, говорит, что при поддержке «властей» это не сложно «провернуть». О гибели соседа высказывает формальные сожаления, тут же уточняет, что другого выхода у него не было, «либо я, либо он». Очень подробно рассказывает обо всех «кознях» соседа, его сговоре с правоохранительными органами, членами Правления СНТ. Отмечает, что в день правонарушения «отравился укропом», на который сосед ночью что-то распылил. Тот факт, что врач скорой помощи не подтвердил наличие у него признаков отравления, трактует как «подкуп» со стороны соседа. Сообщает, что убивать не собирался, хотел договориться «по-хорошему», нож взял для самообороны, но увидев ухмылку на лице соседа, понял, что тот может причинить ему вред и нанес «упреждающий удар». Сомнений в правильности своих умозаключений не допускает, становится настороженным, раздражительным при указании на несостыковки и отсутствие логики в его построениях. Настроение несколько снижено, высказывает озабоченность, что теперь будет с его участком, спрашивает, не отдадут ли его в качестве компенсации семье потерпевшего. Мышление паралогичное, выявляются бредовые идеи. Интеллектуально-мнестические функции сохранены. Критические и прогностические способности нарушены.

## **Среди инструментальных методов исследования больному с впервые выявленным бредовым расстройством целесообразно проведение**

- в применении принудительных мер не нуждается
- рекомендуется амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра
- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа
- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа

## **Результаты обследования**

**Для дальнейшего обследования в стационаре подэкспертному Б. необходимо провести консультацию**

- в применении принудительных мер не нуждается
- рекомендуется амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра
- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа
- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа

## **Результаты обследования**

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- в применении принудительных мер не нуждается
- рекомендуется амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра
- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа
- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа

## **Результаты обследования**

**Выявленные у подэкспертного Б. бредовые расстройства составляют**

**+ \_\_\_\_\_ + синдром**

- парафренный
- параноидный
- паранойяльный
- аффективно-бредовой

**Тематика бредовых переживаний у подэкспертного, Б. представлена идеями**

- самообвинения
- преследования
- ущерба
- воздействия

**Психопатологический механизм совершенного противоправного деяния определяется как**

- бредовая месть
- бредовое самоутверждение
- косвенная бредовая мотивация
- бредовая защита

**В соответствии с МКБ-10 болезненное состояние у подэкспертного Б. следует квалифицировать как**

- бредовая месть
- бредовое самоутверждение
- косвенная бредовая мотивация
- бредовая защита

**Диагноз**

**Ддифференциально-диагностическим критерием, позволяющим отграничить инволюционный параноид от шизофрении, является отсутствие**

- аффективных расстройств
- симптомов первого ранга
- периодов улучшения психического состояния
- галлюцинаторных переживаний

**Диагностированное у подэкспертного Б. болезненное состояние соответствует такому медицинскому критерию невменяемости как**

- хроническое психическое расстройство
- временное психическое расстройство
- иное болезненное состояние психики
- слабоумие

**У подэкспертного Б. юридический критерий невменяемости определяется нарушением + \_\_\_\_\_ + компонента**

- только волевого
- только интеллектуального
- личностного
- интеллектуального и волевого

**Подэкспертному Б. должно быть рекомендовано принудительное лечение в**

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре специализированного типа



- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

**Препаратами выбора для купирования бредовых расстройств являются**

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Д., 34 лет. Обвиняется в хранении огнестрельного оружия и хулиганских действиях, в связи с возбуждением уголовного дела назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Нет.

### **Анамнез заболевания**

В течение последних 5 лет стал заявлять родителям, что его преследуют «компетентные органы» в связи с его профессиональной деятельностью (возглавлял отдел кибербезопасности банка), а также из-за того, что в свое время отверг предложение о работе в Интерполе. Считал, что какие-то люди в штатском ведут за ним наблюдение, понимал это по пристальным взглядам на улице, в транспорте, в банке, управляя автомобилем. Говорил, что очень устает от этого, после работы чувствовал себя «вымотанным», дома много времени проводил в Интернете в поисках информации о различных спецслужбах. Отказался от встреч с девушкой, на которой планировал жениться. Переехал жить отдельно от родителей, часто менял съемные квартиры, не ставя близких в известность, поскольку опасался, что «преследователи» прослушивают телефонные разговоры. Пребывал в постоянном напряжении, на короткое время успокаивался, когда уезжал отдыхать за рубеж, но и там через несколько дней начинал чувствовать слежку. При этом продолжал работать, справлялся со своими обязанностями, с коллегами и подчиненными поддерживал ровные отношения, но никогда не принимал участия в корпоративных мероприятиях. Примерно за год до инкриминируемых деяний приобрел пистолет марки ТТ через каких-то знакомых, с тех пор всегда носил оружие при себе. В последнее

время часто говорил родителям, что слежка приобрела «тотальный характер», следят даже дома из соседних окон, подключая специальную аппаратуру. В один из вечеров вышел на балкон съемной квартиры и стал вести огонь по окнам в доме напротив. Был задержан сотрудниками полиции.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически неотягощена. Рос и развивался соответственно возрастным нормам. По характеру с детства отличался упрямством, настойчивостью, стремлением к самостоятельности. Обучение в школе начал своевременно, проявлял способности к точным наукам. После окончания 10 классов, поступил в Баумановский институт на факультет информатики, который окончил с красным дипломом. Работал в банке в отделе кибербезопасности, через 4 года его возглавил. В течение 5 лет встречался с девушкой, строил планы на их совместную жизнь, копил деньги на покупку отдельной квартиры, однако расстался с ней без объяснения причин. К родителям всегда относился с уважением, когда начал работать, часть зарплаты отдавал им. Близких друзей никогда не имел, при этом знакомых было много, со всеми поддерживал ровные отношения. Алкогольными напитками не злоупотреблял, негативно высказывался в отношении вредных привычек у других.

### **Объективный статус**

Держится несколько напряженно. Недоумевает, для чего ему назначена экспертиза, считает себя «абсолютно здоровым человеком». Ситуацию правонарушения расценивает как «надуманную», поскольку все (прежде всего правоохранительные органы) знают, что его довели до таких действий спецслужбы. С удивлением реагирует на вопросы врача, не допускает ли он мысли, что происходившее ему казалось. Убежден, что слежка за ним велась и нынешние события не случайны, а являются закономерным продолжением его отказа работать на Интерпол. В доказательство этому сообщает, что, выходя на улицу, сразу замечал человека, который должен был его «вести», из окон напротив постоянно был виден объектив, который записывал все его действия. На просьбу пояснить, кому и зачем это было нужно, восклицает «Вы же сами все понимаете!», это месть спецслужб, «они не терпят отказа». Сообщает, что вел стрельбу с балкона по окнам для того, чтобы напугать «преследователей», показать, что они «разоблачены». При этом разубеждению не поддается, встречая интерес к своему повествованию, становится многоречивым, эмоционально живо описывает свои переживания, в случае недоверчивого отношения – замыкается, проявляет внутреннее напряжение, раздражительность. На отвлеченные темы беседует достаточно ровно. Анамнестические сведения сообщает последовательно, аффективно окрашено рассказывает о своих успехах на работе, тепло говорит о родителях, сожалеет,

что расстался с девушкой, она ему «очень подходила». Фон настроения ближе к ровному, в отделении спокойно общался с другими подэкспертными. Мышление паралогичное, выявляются бредовые идеи преследования. Интеллектуально-мнестические функции сохранены. Критические и прогностические способности нарушены.

**Среди инструментальных методов исследования больному с впервые выявленным бредовым расстройством целесообразно проведение**

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

**Результаты обследования**

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

**Результаты обследования**

**При проведении экспериментально-психологического исследования наиболее значимым для диагностики бредового расстройства является обнаружение нарушений в + + сфере**

- интеллектуально-мнестической
- ассоциативной
- личностной
- эмоционально-волевой

**Бредовые переживания, выявляемые у подэкспертного, Д. характеризуются**

- разноплановостью
- несистематизированностью
- политематичностью
- монотематичностью

**Психопатологический механизм совершенного противоправного деяния определяется как**

- бредовая месть
- косвенная бредовая мотивация
- бредовая защита
- бредовое самоутверждение

**Выявленные у подэкспертного Д. бредовые расстройства составляют + \_\_\_\_\_ + синдром**

- аффективно-бредовой
- паранойяльный
- парафренный
- параноидный

**Дифференциально-диагностическим критерием, позволяющим отграничить бредовое расстройство от шизофрении, является отсутствие**

- галлюцинаторных переживаний
- специфических изменений личности
- аффективных расстройств
- периодов улучшения психического состояния

**В соответствии с МКБ-10 болезненное состояние у подэкспертного Д. должно быть квалифицировано как**

- галлюцинаторных переживаний
- специфических изменений личности
- аффективных расстройств
- периодов улучшения психического состояния

**Диагноз**

**Диагностированное у подэкспертного Д. болезненное состояние соответствует такому медицинскому критерию невменяемости как**

- временное психическое расстройство
- иное болезненное состояние психики
- слабоумие
- хроническое психическое расстройство

**У подэкспертного Д. юридический критерий невменяемости определяется нарушением + \_\_\_\_\_ + компонента**

- только интеллектуального
- личностного
- только волевого
- интеллектуального и волевого

#### **Подэкспертному Д. должно быть рекомендовано принудительное лечение в**

- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)
- психиатрическом стационаре специализированного типа

#### **Препаратами выбора для купирования бредовых расстройств являются**

- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)
- психиатрическом стационаре специализированного типа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный И., 29 лет. Обвиняется в убийстве соседки, в связи с возбуждением уголовного дела назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Нет.

### **Анамнез заболевания**

Заболел в возрасте 19 лет, будучи студентом II курса Баумановского университета. Стал заявлять матери, что он создал новую программу, которая способна заменить собой все оркестры мира. Испытывал страх, что за его изобретение ему грозят расправой спецслужбы, чувствовал за собой постоянную слежку. В таком состоянии был впервые госпитализирован в психиатрическую больницу, где находился на лечении 4,5 месяца. После выписки поддерживающую терапию принимал нерегулярно, продолжал считать, что должен и дальше работать над своим изобретением. В университете восстанавливаться не стал, все время проводил дома, не работал.

С матерью обращался как с «прислугой», заявлял ей, что она должна его кормить, одевать, убирать за ним. Временами был груб, агрессивен. В дальнейшем трижды поступал на стационарное лечение в психиатрическую больницу, где продолжал сообщать о своем изобретении, высказывал идеи преследования, отмечались поведенческие расстройства с раздражительностью, расторможенностью влечений. Последняя госпитализация за два года до совершенного правонарушения. Дома по-прежнему ничем не занимался, много лежал, матери рассказывал, что за его открытие ему скоро дадут Нобелевскую премию и он ее бросит. Временами был тревожен, жаловался, что он находится под постоянным контролем «конкурирующих организаций», иногда в страхе прятался в погреб, где мог находиться по несколько дней, говорил, что там на него «меньше действуют лучами». Около года назад стал писать письма в правительственные организации, Президенту, с просьбой принять от него в дар его изобретение – «вселенскую дискотеку». Считал, что отсутствие ответов связано с желанием Правительства присвоить его изобретение себе, не оставив ему даже авторских прав. Услышав по радио или телевидению какую-либо музыку, говорил матери, что это его произведение, которое у него украли. В последние дни стал крайне настороженным, подозрительным, утверждал, что за ним ведется слежка, в любом человеке, проходившем мимо дома, видел «преследователя». Накануне правонарушения поссорился с матерью, ушел из дома, ночевал у соседки. Утром мать в поисках сына, обнаружила его в соседнем доме спящим, в кухне лежал труп соседки с множественными ранениями от топора.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически не отягощена. Рос и развивался соответственно возрасту. Когда И. было 3 года, отец ушел из семьи. Воспитывался матерью. По характеру формировался послушным, застенчивым, молчаливым. Окончил 11 классов общеобразовательной школы с отличием, был призером математических городских олимпиад. Поступил в Баумановский университет, на факультет информационных технологий. Первый курс закончил с высоким баллом, приступив к обучению на втором курсе успеваемость снизилась, часто жаловался на невозможность сосредоточиться, по многу раз перечитывал текст и не мог его запомнить, говорил матери, что «мысли уплывают, обрываются, теряются». Периодически становился крайне пассивным, сутками лежал в постели. С трудом сдал осеннюю сессию с задолженностями. После каникул в учебе выровнялся, стал активнее, много времени проводил за подготовкой к занятиям, практически не спал по ночам, не ел. На замечания матери реагировал с раздражением, вскоре стал заявлять, что работает над «открытием». Когда представил свой проект преподавателю и тот посмеялся над его идеей, заявил дома, что больше в университет не

вернется, был возбужденным, то плакал, то смеялся, бригадой скорой психиатрической помощи был доставлен в психиатрический стационар.

### **Объективный статус**

В беседе держится уверенно, несколько высокомерен. Речь монологом, говорит с напором, трудно корригируем. Мимические реакции маловыразительные, голос практически без модуляций. Сразу сообщает, что соседку убил, потому что она «работала на конкурентов», пыталась «выведать» секреты его изобретения. Считает, что за открытие давно ведется борьба «между правительством и шоу-бизнесом», и те, и другие следят за ним и хотят «завладеть всей информацией». В чем суть «открытия» поясняет путанно, говорит, что это «межгалактическая дискотека», считает, что с помощью музыки можно общаться с другими цивилизациями и это «уже происходит». С увлечением рассказывает, как был охвачен идеей создания своего проекта, обучаясь в университете, тогда в голове стали возникать различные схемы, видел их внутренним зрением и сразу переносил «в реальность». Говорит, что сейчас над его проектами работают целые «промышленные комплексы» и «не только на Земле». Отмечает, что «недаром проектом заинтересовался Путин», с которым он общался по «телепатическим каналам». Однако, пока они «не сошлись в вопросе признания» за ним авторских прав. При указании на противоречия в его высказываниях, замыкается, становится напряженным. На обыденные темы беседует неохотно, быстро теряет к ним интерес. Фон настроения неустойчивый. Мышление непоследовательное, временами с разорванностью, в суждениях крайне паралогичен. Критические и прогностические способности грубо нарушены.

### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)
- психиатрическом стационаре специализированного типа

### **Результаты обследования**

### **Для дальнейшего обследования в стационаре подэкспертному И. необходимо провести консультацию**

- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)
- психиатрическом стационаре специализированного типа

## **Результаты обследования**

### **Экспериментально-психологическое исследование проводится с целью**

- психокоррекционного воздействия
- профилактики внутрибольничной агрессии
- психологического консультирования
- психодиагностики

### **Выявленные у подэкспертного И. бредовые расстройства составляют** **+ + синдром**

- паранойяльный
- аффективно-бредовой
- параноидный
- парафренный

### **Бредовые переживания, выявляемые у подэкспертного И. следует расценивать как**

- хроническую паранойю
- вербальный галлюциноз
- систематизированную парафрению
- конфабуляторную парафрению

### **Психическое состояние подэкспертного И. в межприступные периоды характеризовалось + + синдромом**

- неврозоподобным
- астено-депрессивным
- апато-абулическим
- психопатоподобным

### **Психопатологический механизм совершенного противоправного деяния определяется как**

- бредовая защита
- бредовое самоутверждение
- бредовая месть
- косвенная бредовая мотивация



**На период инкриминируемого деяния у подэкспертного И. должен быть установлен диагноз + , + + по МКБ-10**

- бредовая защита
- бредовое самоутверждение
- бредовая месть
- косвенная бредовая мотивация

## **Диагноз**

**Диагностированное у подэкспертного И. на период инкриминируемого ему деяния психическое расстройство соответствует такому медицинскому критерию ст. 21 УК РФ как**

- слабоумие
- хроническое психическое расстройство
- временное психическое расстройство
- иное болезненное состояние психики

**Способность подэкспертного И. к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей должна быть оценена как процессуальная**

- частичная дееспособность
- недееспособность
- дееспособность
- ограниченная дееспособность

**Подэкспертному И. должно быть рекомендовано принудительное лечение в**

- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

**Препаратами выбора для терапии парафренного состояния являются**  
**+ + антипсихотики**

- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный К., 22 лет. Обвиняется в нападении на сотрудника полиции при исполнении служебных обязанностей и нанесении ему легких телесных повреждений, в связи с возбуждением уголовного дела назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

на \* слабость; \* трудности концентрации внимания; \* нарушения памяти.

### **Анамнез заболевания**

Ранее к психиатрам не обращался.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность отягощена, двоюродная тетя по линии матери наблюдается у психиатра с диагнозом шизофрения. Родился недоношенным, в последующем от сверстников в развитии не отставал. По характеру формировался общительным, открытым, неконфликтным. В школе начал обучаться своевременно, учился посредственно. После 9 класса поступил в строительный колледж на специальность маляр-штукатур. От службы в армии был освобожден в связи с поллинозом. Работал в строительной бригаде, занимавшейся отделочными работами в загородных домах. В течение двух лет проживал с женщиной, старше его на 8 лет. С родителями поддерживал теплые отношения, хотя они возражали против его семейной жизни, были негативно настроены к его избраннице, он стремился сглаживать острые ситуации. Алкогольными напитками не злоупотреблял, употребление наркотиков отрицал. Из перенесенных заболеваний – две операции по коррекции зрения (в 6 и 9-летнем возрасте). \* Обстоятельства дела: за день до правонарушения стал напряженным, к чему-то прислушивался, был рассеянным. Ночью, ничего не объясняя, ушел из дома. Под утро был остановлен патрулем для проверки документов. На требования полицейских громко рассмеялся, потом внезапно начал рыдать, бормоча что-то неразборчивое. При прикосновении к плечу, резко развернулся и ударил сотрудника полиции, причинив ему перелом переносицы. При этом стереотипно повторял «я неприкосновенен». Был доставлен в отделение полиции, где кричал в голос, шептал какие-то заклинания, делая пассы руками, пытался душить другого задержанного. Был освидетельствован наркологом – признаков алкогольного и наркотического опьянения установлено не было. После введения успокоительного уснул. На

утро вновь был возбужденным, после осмотра психиатра, отправлен в стационар. В отделении был импульсивен, сопротивлялся осмотру, стремился куда-то идти, речь была бессвязной, эмоциональные реакции крайне неустойчивыми. На фоне терапии нейролептиками стал несколько спокойнее, доступнее контакту. Сообщил, что в голове звучат «голоса» неземных существ, ему посылают видения, картинки меняются как в калейдоскопе, не мог понять, где реальность, где вымысел. Ощущал управление мыслями, чувствами, действиями, был как «робот». Считал, что в палате все инсценировано, ходят переодетые люди, которых он знал «еще в прошлой жизни», ему постоянно на что-то намекают. Навещался родственниками, родителей по началу встречал настороженно, сожительницу не узнавал, спрашивал «кто эта женщина?». В течение дня был, то весел, то озабочен, внезапно заявлял, что «ему нужно улететь». Такое состояние сохранялось в течение недели, затем психотическая симптоматика постепенно купировалась, дольше других отмечались явления психических автоматизмов, оставался несколько заторможенным, вялым, с трудом вспоминал происходившее с ним ранее.

### **Объективный статус**

Держится несколько скованно, говорит, тщательно подбирая слова. Сведения о себе сообщает достаточно подробно. Цель экспертизы передает в целом верно. При расспросе о перенесенном психотическом состоянии, становится задумчивым, долго осмысляет вопрос, рассказывает, что помнит «обрывками», не отрицает, что слышал голоса, испытывал воздействие какой-то силы, однако содержание переживаний вспомнить не может. Недоумекает, что с ним произошло, пытается искать психологически понятные объяснения, в частности отмечает, что в тот период «много работал». В отношении содеянного, объяснить свои действия затрудняется, говорит, что даже время, когда это произошло ему трудно определить, сами события помнит смутно. Оценка перенесенного состояния двойственная, то с уверенностью говорит, что оно было болезненное, то высказывает сомнения – «а вдруг, это предназначение». С тревогой расспрашивает врача, может ли это повториться. В отделении был отгорожен, общался формально. Настроение было несколько сниженным, периодами выглядел растерянным. Мышление без грубой патологии. Критические и прогностические способности нарушены.

### **Среди инструментальных методов исследования больному с впервые выявленным психотическим расстройством целесообразно проведение**

- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

### **Результаты обследования**

**Для дальнейшего обследования в стационаре подэкспертному К. необходимо провести консультацию**

- психиатрическом стационаре общего типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

### **Результаты обследования**

**Экспериментально-психологическое исследование проводится с целью**

- психодиагностики
- психологического консультирования
- профилактики внутрибольничной агрессии
- психокоррекционного воздействия

**В период инкриминируемого деяния психотическое расстройство у К. характеризовалось + + симптоматики**

- реактивностью
- мономорфизмом
- монотематизмом
- полиморфизмом

**При проведении экспериментально-психологического исследования наиболее значимым для уточнения диагноза является выявление + + симптомокомплекса**

- психоорганического
- психопатического
- олигофренического
- шизофренического

**О наличии в структуре острого полиморфного психотического расстройства симптомов шизофрении свидетельствуют выявленные у К.**

- психические автоматизмы
- зрительные галлюцинации
- аффективная неустойчивость
- импульсивность поведения

**В соответствие с МКБ-10 болезненное состояние у подэкспертного К. должно быть квалифицировано как**

- психические автоматизмы
- зрительные галлюцинации
- аффективная неустойчивость
- импульсивность поведения

### **Диагноз**

**Диагностированное у К. на период инкриминируемого деяния болезненное состояние соответствует такому медицинскому критерию невменяемости как**

- временное психическое расстройство
- слабоумие
- хроническое психическое расстройство
- иное болезненное состояние психики

**У подэкспертного К. юридический критерий невменяемости определяется нарушением + + компонента**

- личностного
- только интеллектуального
- только волевого
- интеллектуального и волевого

**Способность подэкспертного К. к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей должна быть оценена как процессуальная**

- ограниченная дееспособность
- недееспособность
- частичная дееспособность
- дееспособность

**Подэкспертному К. следует рекомендовать принудительную меру медицинского характера в виде принудительного**

- лечения в психиатрическом стационаре общего типа

- амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

**Психофармакотерапия остаточных явлений перенесенного острого полиморфного психотического расстройства предполагает назначение**

- лечения в психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный У., 32 лет. Обвиняется в совершении иных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетней, в связи с возбуждением уголовного дела назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Нет.

### **Анамнез заболевания**

С 15-летнего возраста появились переживания по поводу своей внешности, считал себя уродливым из-за «длинного» носа, всячески старался маскировать этот «дефект» – прикрывал нос рукой, зимой заматывал лицо шарфом, наносил грим и т.п. Говорил матери о необходимости ринопластики, потому что все обращают на него внимание, смеются над ним. В возрасте 20 лет обращался к психиатру по направлению пластического хирурга, получил справку, что противопоказаний к операции в виде психического расстройства у него не выявлено. После операции на непродолжительное время успокоился, почувствовал себя более уверенным. При этом продолжал много времени проводить на сайтах и в соцсетях, где люди делились своими переживаниями по поводу внешности, обсуждали подобного рода проблемы. Натолкнувшись на сообщение о взаимосвязи между дефектами на лице и в половой сфере, стал прицельно искать информацию по данной тематике. Вскоре пришел к убеждению в правильности такого вывода. Считал, что размер его полового члена очень мал, после нескольких неудач в сексуальных контактах с постоянной партнершей и случайными девушками, понял свою

«несостоятельность». В день правонарушения встречал у школы свою племянницу, мимо проходила девочка, лет 11-ти, пообещав показать ей интересное кино, отвел ее в сторону гаражей, где снял с нее трусики, трогал за половые органы, обнажал перед ней свой половой член, заставлял прикасаться к нему. Когда девочка расплакалась, отпустил ее. Был задержан сотрудниками полиции через два дня у той же школы.

### **Анамнез жизни**

Наследственность отягощена, дед по линии матери страдал психическим расстройством. Рос и развивался соответственно возрасту. Имеет старшую сестру. По характеру всегда отличался упрямством, самоуверенностью, малообщительностью. Окончил 11 классов общеобразовательной школы, получил высшее экономическое образование. В армии не служил из-за сколиоза. Работал аудитором в крупной финансовой компании. Близких друзей не имел. Сожительство с девушкой в течение трех лет, с которой расстался по своей инициативе. Проживал отдельно, тесно общался с сестрой. Алкогольными напитками не злоупотреблял. Из перенесенных заболеваний – ринопластика в 20 лет.

### **Объективный статус**

Держится уверенно. В беседе демонстрирует хороший словарный запас. Охотно рассказывает о себе, с гордостью говорит, что всего в жизни добился сам, к 30-ти годам уже имел стабильную, высокооплачиваемую работу, собственную квартиру, помогал деньгами родителям, сестре. Очень тепло отзываясь о племянниках, «выросли на моих глазах». При этом о правонарушении говорит несколько отстраненно, жалости к потерпевшей не испытывает, с раздражением заявляет, что «девочка была необходима» для его «самореализации». Тут же начинает излагать свою теорию «восстановления половой силы», согласно которой мужчинам с проблемами необходимо «вернуться к истокам становления их сексуальности», сначала мастурбация, потом первый опыт взаимодействия со сверстницами, а уже затем «взрослая жизнь». Считает это «новым подходом» в сексологии, претендующим «на высокую оценку» специалистами. С увлечением рассказывает, что ему пришлось «все испытать на себе», в результате он «на пути к исцелению». Уверен, что потерпевшей девочке «никакого вреда не причинил», «они все этим занимаются». О проблемах подросткового возраста говорит неохотно, сообщает, что операция помогла устранить «сложности коммуникации», однако «глубину проблемы» он постиг только благодаря «своей въедливости», наконец-то смог «понять суть своего Я». Высказывает озабоченность ситуацией задержания, возможными сроками наказания, при этом больше обеспокоен тем, что не сможет до конца «проверить свою теорию». Себя психически больным не считает, говорит, что доказательством этого служит полученное им

разрешение от психиатра на ринопластику. Фон настроения ближе к ровному, стеничен. Мышление паралогичное. Критические и прогностические способности нарушены.

**Для дальнейшего обследования в стационаре подэкспертному У. необходимо провести**

- лечения в психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

**Результаты обследования**

**Экспериментально-психологическое исследование проводится с целью**

- психологического консультирования
- психокоррекционного воздействия
- психодиагностики
- профилактики внутрибольничной агрессии

**Бредовые расстройства, выявленные у подэкспертного У., составляют**  
**+ \_\_\_\_\_ + синдром**

- паранойяльный
- параноидный
- парафренный
- аффективно-бредовой

**Фабулу бредовых переживаний у подэкспертного У. составляют**  
**+ \_\_\_\_\_ + идеи**

- нигилистические
- дисморфофобические
- ипохондрические
- эротоманические

**Психопатологический механизм совершенного противоправного деяния определяется как**

- бредовая защита
- косвенная бредовая мотивация
- бредовая демонстрация
- бредовое самоутверждение



**В соответствии с МКБ-10 болезненное состояние у подэкспертного У. следует квалифицировать как**

- бредовая защита
- косвенная бредовая мотивация
- бредовая демонстрация
- бредовое самоутверждение

**Диагноз**

**Экспертное решение вопроса о расстройстве сексуального предпочтения у подэкспертного У. должно быть сформулировано как**

- диагноз педофилии не выявлен
- установлено расстройство сексуального предпочтения (педофилия), не исключающее вменяемости
- наряду с педофилией обнаруживается психическое расстройство, не исключающее вменяемости
- выявлена педофилия, наряду с которой имеется тяжелое психическое расстройство

**Диагностированное у подэкспертного У. болезненное состояние соответствует такому медицинскому критерию невменяемости как**

- слабоумие
- хроническое психическое расстройство
- временное психическое расстройство
- иное болезненное состояние психики

**У подэкспертного У. юридический критерий невменяемости определяется нарушением + \_\_\_\_\_ + компонента**

- только интеллектуального
- личностного
- интеллектуального и волевого
- только волевого

**Потенциальная опасность подэкспертного У. обусловлена**

- эмоционально-волевыми нарушениями
- индивидуально-личностными особенностями
- аффективной неустойчивостью
- монотематическим дисморфобическим бредом

### **Подэкспертному должно быть рекомендовано принудительное лечение в**

- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

### **Препаратами выбора для купирования бредовых расстройств являются**

- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Т., 29 лет. Обвиняется в убийстве двоих человек, в связи с возбуждением уголовного дела назначена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

\* нарушение памяти \* внутреннее беспокойство

### **Анамнез заболевания**

Ранее за психиатрической помощью не обращался.

### **Анамнез жизни**

\* Данных за психопатологически отягощенную наследственность нет. Есть сестра, старше пациента на 2 года. Раннее развитие без особенностей. До 6 лет отмечался энурез, был гиперактивным, в связи с чем наблюдался у невролога. По характеру формировался беспокойным, общительным, легко возбудимым. Окончил 10 классов среднеобразовательной школы. В течение двух лет проходил службу в армии в ракетных войсках, был демобилизован на общих основаниях. После армии переехал с семьей в Москву, где поступил в МФЮА. Окончив ВУЗ по специальности «юриспруденция», работал в сфере частного бизнеса, занимался юридическим сопровождением крупных сделок с недвижимостью. Не женат. Проживает с родителями. Ранее не судим. Не курит, алкогольными напитками не злоупотребляет. \* Обстоятельства дела. За неделю

до правонарушения переживал из-за сложностей на работе, волновался по поводу предстоящей сделки, куда «серьезными людьми» была вложена крупная сумма денег. Родителям говорил, что там «не все чисто» с юридической точки зрения, взялся за оформление, потому что «по-другому не мог». Поехал на оформление в банк с пакетом документов, оттуда позвонил матери, сказал, что «все хорошо», однако домой не вернулся. Через два дня родителям сообщили из полиции, что их сын задержан в городе Н. МО по подозрению в убийстве двух лиц без определенного места жительства. Был обнаружен полуобнаженным, с порезами на запястьях, сидящим около трупов двоих людей, с ножом в руках. Сотрудниками полиции сопротивления не оказывал, при этом не произнес ни слова. На допросах продолжал молчать, но обращенную речь понимал, через некоторое время стал давать ответы в письменном виде. Писал, что его зомбировали, слышит «голоса», приказали порезать вены на руках, выбросить одежду, убить людей.

### **Объективный статус**

\* При поступлении на экспертизу был ориентирован верно. Письменно отвечал на задаваемые вопросы. В ответах сообщал, что слышит «голоса» различного характера. Его каким-то образом «зомбировали». Голос приказывал наносить на предплечья порезы. Напряжен, тревожен, подозрителен. На фоне симптоматической психофармакотерапии ночь спал. В последующем оставался несколько заторможенным, но стал разговаривать. На вопросы отвечал в плане заданного, несколько растягивая слова, с продолжительными паузами. Отрывочно сообщал о событиях за несколько дней до правонарушения и непосредственно в этот период, ссылаясь на забывчивость. Рассказывал, что приехал в банк оформлять сделку, очень переживал, что могут возникнуть какие-то сложности, операционист попросила его подождать в течение 20 минут, вышел на улицу, присел покурить. Каким образом оказался в другом месте, вспомнить не смог. «Очнулся» от едкого запаха дыма, вокруг и в голове звучали «голоса», которые его обсуждали, спорили между собой. Наиболее «ярким» был женский голос, отдававший четкие приказы – встать, порезать себе вены, раздеться, выбросить одежду, убить двоих людей. Именно воздействием голоса объясняет свое молчание. Не может сказать, откуда взял нож, почему оказался в городе Н., когда и при каких обстоятельствах встретил потерпевших, как и зачем наносил удары. Сообщает только, что периодически в памяти «всплывают лица незнакомых людей». Уверен, что случившееся с ним «не случайно», предполагает, что его похитили, «зомбировали», «парализовали душу, волю», «стерли память». Говорит об этом неохотно, сопровождает высказываниями типа «я понимаю, что это может звучать смешно, нелепо, но...». Фон настроения на протяжении всего времени оставался сниженным, с элементами растерянности, тревоги. Эпизодически отмечал наличие «голоса», в

эти периоды выглядел испуганным, напряженным. Мышление непоследовательное, паралогичное. Критические и прогностические способности грубо нарушены.

**Среди инструментальных методов исследования больному с впервые выявленным психотическим расстройством целесообразно проведение**

- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

**Результаты обследования**

**Для дальнейшего обследования в стационаре подэкспертному Т. необходимо провести**

- психиатрическом стационаре общего типа
- амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)
- психиатрическом стационаре специализированного типа
- психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

**Результаты обследования**

**Экспериментально-психологическое исследование проводится с целью**

- психодиагностики
- профилактики внутрибольничной агрессии
- психокоррекционного воздействия
- психологического консультирования

**В период инкриминируемого деяния психотическое расстройство у Т. характеризовалось + + симптоматики**

- реактивностью
- монотематизмом
- полиморфизмом
- мономорфизмом

**При проведении экспериментально-психологического исследования наиболее значимым для уточнения диагноза является выявление**

**+ + симптомокомплекса**

- олигофренического
- психоорганического
- психопатического
- шизофренического

**О наличии в структуре острого полиморфного психотического расстройства симптомов шизофрении свидетельствуют выявленные у подэкспертного Т.**

- зрительные галлюцинации
- аффективная неустойчивость
- импульсивность поведения
- псевдогаллюцинации

**В соответствии с МКБ-10 болезненное состояние у подэкспертного Т. должно быть квалифицировано как**

- зрительные галлюцинации
- аффективная неустойчивость
- импульсивность поведения
- псевдогаллюцинации

## **Диагноз**

**Диагностированное у Т. на период инкриминируемого деяния болезненное состояние соответствует такому медицинскому критерию невменяемости как**

- хроническое психическое расстройство
- слабоумие
- временное психическое расстройство
- иное болезненное состояние психики

**У подэкспертного Т. юридический критерий невменяемости определяется нарушением + + компонента**

- только волевого
- интеллектуального и волевого
- личностного
- только интеллектуального

**Способность к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей, должна быть оценена у подэкспертного Т. как процессуальная**

- частичная дееспособность
- дееспособность
- недееспособность
- ограниченная дееспособность

**Подэкспертному Т. следует рекомендовать принудительную меру медицинского характера в виде принудительного**

- лечения в психиатрическом стационаре общего типа
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра

**Психофармакотерапия остаточных явлений перенесенного острого полиморфного психотического расстройства предполагает назначение**

- лечения в психиатрическом стационаре общего типа
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный П., 48 лет. Обвиняется в мошенничестве, совершенном в банковской сфере. Являлся главой банка, у которого была отозвана лицензия, в отношении П. возбуждено уголовное дело в связи с мошенничеством в банковской сфере, он направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

### **Жалобы**

Нет.

### **Анамнез заболевания**

К уголовному делу приобщены истории болезни, из которых следует, что год назад в ПНД по месту жительства обратилась жена подэкспертного, сообщила, что последнее время П. изменился по характеру, стал раздражительным, нервным, беспричинно ее ревновал, требовал, чтобы его водитель следил за

ней, она часто замечала его машину в различных местах. Проверял ее белье, поместил в сотовый телефон метку геоданных, чтобы знать, где она находится. Сам П. при беседе с врачом ПНД настаивал на многочисленных изменах жены. В связи с таким состоянием был направлен в стационар с диагнозом «Хроническое бредовое расстройство? Шизофрения?». Однако предпочел лечиться частным образом, якобы получал нейролептики. После выписки продолжал работать, в этот период из банка были выведены крупные суммы, подделаны банковские документы.

### **Анамнез жизни**

\* Имеет высшее экономическое образование. \* Председатель правления банка. \* Женат, имеет детей. \* Ранее к уголовной ответственности не привлекался. \* На учете в ПНД, НД не состоял. \* Общителен, имеет друзей. Характеризуется хорошим семьянином.

### **Объективный статус**

Держится естественно, охотно беседует. Жалоб не предъявляет. Высказывает озабоченность настоящим уголовным делом, утверждает, что никаких незаконных финансовых операций не совершал, высказывает предположение, что «недобросовестные коллеги» воспользовались его плохим состоянием. Считает, что «голова была занята другим», переживал из-за измен жены. П. подтверждает обращение к психиатрам, однако воспроизвести свои жалобы на тот период не может, говорит лишь, что ревновал жену. Предлагает врачу обратиться к истории болезни, «там все написано». Держится естественно, спокойно, настроение ровное. В отделении общителен с персоналом и другими подэкспертными. Нарушений эмоциональной сферы, мышления, критических способностей не выявлялось.

### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- лечения в психиатрическом стационаре общего типа
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа
- лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра

### **Результаты обследования**

### **Психическое состояние подэкспертного характеризуется**

- отсутствием психических расстройств
- бредом ревности
- бредоподобным фантазированием
- сверхценными идеями

### **Представленную медицинскую документацию можно расценить как**

- подделку медицинских документов
- объективную оценку психического состояния в тот период
- представление чужой медицинской документации
- симуляцию анамнеза

### **В период правонарушения у подэкспертного выявлялось**

- острое полиморфное психотическое расстройство
- шизофрения
- бредовое расстройство
- отсутствие каких-либо психических расстройств

### **Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии**

- личностных расстройств
- бредовых концепций
- защитного поведения
- эндогенных нарушений

### **Ведущим феноменом в клинической картине в период обследования является**

- паранойя
- сверхценные идеи
- симуляция
- непатологическая ревность

### **В данном случае можно говорить о**

- аггравации
- превентивной симуляции
- постсимуляции
- метасимуляции

### **Диагностическое заключение в отношении подэкспертного**

- острое полиморфное психотическое расстройство
- шизофрения
- хроническое бредовое расстройство
- каким - либо психическим расстройством не страдал и не страдает

### **Экспертное заключение: подэкспертный**



- острое полиморфное психотическое расстройство
- шизофрения
- хроническое бредовое расстройство
- каким - либо психическим расстройством не страдал и не страдает

## **Диагноз**

### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F22
- Z76.5
- F76.5
- F20

### **В период инкриминируемого ему деяния он + \_\_\_\_\_ + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими**

- мог
- не мог в полной мере
- не мог с высокой долей вероятности
- не мог

### **По своему психическому состоянию в настоящее время он в принудительных мерах медицинского характера**

- мог
- не мог в полной мере
- не мог с высокой долей вероятности
- не мог

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Н., 32 года, обвиняется в убийстве. В связи с возбуждением уголовного дела направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

### **Жалобы**

на \* плохой сон; \* тревогу.

### **Анамнез заболевания**

С детства подэкспертный формировался беспокойным, капризным, в то же время замкнутым, одиноким. В подростковом возрасте стал испытывать

перепады настроения, в основном в сторону сниженного, залеживался в постели, не смог учиться в институте, бросил учебу. Время от времени работал системным администратором, ремонтировал компьютерную технику. Познакомился с женщиной на 10 лет старше, переехал к ней. Объяснял, что ему нравится, что «она не лезет в его жизнь», не заставляет ходить по ресторанам и клубам, не требует денег, как сверстницы. Вскоре стал тревожным, говорил матери, что происходит что-то плохое, что сожительница, вероятно, сделала приворот, от чего у него в голове «путаются мысли, думает сразу обо всем и ни о чем». Подозревал, что она добавляет в чай какое-то средство. Перестал есть и пить приготовленное сожительницей, вскоре вернулся к матери. Однако считал, что сожительница поставила ему в телефон специальную программу, которая не только следит за ним, но и «перепрограммирует его мозг во время сна». Разбил телефон, выбросил все вещи, которые она ему подарила. Однако состояние его продолжало ухудшаться, слышал в голове ее голос, который приказывал ему вернуться к ней. В один из таких дней подстерег ее в подъезде и нанес ей ножевое ранение. Судебно-психиатрической экспертной комиссией был признан невменяемым с диагнозом «шизофрения», в течение 3 лет находился на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением, затем общего типа. Первое время был тревожен, депрессивен, неохотно рассказывал о своих переживаниях. Признавал свою неправоту, соглашался, что был болен, но утверждал, что все теперь хорошо. Его навещала сожительница, утверждала, что зла не держит, планировала после его выписки жить вместе. Был выписан в состоянии терапевтической ремиссии без острой психопатологической симптоматики. Через 4 дня после выписки совершил убийство сожительницы.

### **Анамнез жизни**

\* Окончил школу. \* Работал мастером по ремонту компьютеров. \* Имел сожительницу. \* Ранее привлекался к уголовной ответственности за покушение на убийство сожительницы. \* Был признан невменяемым, находился на принудительном лечении в течение 3 лет. \* После выписки на 4 день совершил убийство сожительницы, на которую покушался ранее. \* Направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

### **Объективный статус**

Держится напряженно, сидит, ссутулившись, избегает зрительного контакта, дрожит. На вопросы отвечает после длительных пауз. Беседует неохотно, сообщает о себе преимущественно формальные сведения. В процессе беседы удается выяснить, что в период прохождения принудительного лечения скрывал свои переживания, понимая, что от этого зависит возможность его скорейшей выписки. Ради этого «терпел» посещения сожительницы, принимал от нее передачи, при ней ел еду, которую она приносила. Потом вызывал рвоту.

Отмечал, что иногда «не все частицы яда выводились», тогда чувствовал, как «тупеет, замедляются мысли, а то вовсе исчезают, открываются каналы для ее приказов». Уклончиво говорит, что видел только один путь, чтобы избавиться от «негативного воздействия» - устранить его источник. Сосредоточился на возможности выписки, старался вести себя спокойно, упорядоченно, не проявлять признаков имевшихся переживаний. После выписки вернулся к сожительнице, чтобы осуществить задуманное. Мышление непоследовательное, паралогичное. Эмоционально уплощен. Критические способности грубо нарушены.

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- мог
- не мог в полной мере
- не мог с высокой долей вероятности
- не мог

**Результаты обследования**

**Ведущими в клинической картине заболевания является синдром**

- паранойяльный
- парафренный
- ипохондрический
- психического автоматизма (галлюцинаторно-параноидный)

**Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии расстройств**

- личностных расстройств
- эндогенной природы
- органического спектра
- умственной отсталости

**Клинически значимым феноменом, связанным с правонарушением, является**

- диссимуляция
- ремиссия
- симуляция
- выздоровление

**В данном случае диссимуляция носит характер**

- частичной

- полной
- фрагментарной
- неосознанной

**Феноменом, определяющим в данном случае продолжение принудительного лечения, должно быть выявление**

- психопатоподобного поведения
- негативных расстройств
- ремиссии с дефектом
- диссимуляции

**Диссимуляция в судебно-психиатрической практике имеет значение для**

- установки диагноза
- выбора методов психотерапии
- выбора фармакологической группы препаратов
- профилактики повторных общественно-опасных действий

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- установки диагноза
- выбора методов психотерапии
- выбора фармакологической группы препаратов
- профилактики повторных общественно-опасных действий

**Диагноз**

**Шифр Диссимуляции по МКБ-10**

- Z76.5
- не существует
- F20
- F44

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F21
- F23
- F20.0
- F22

**В период инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими**

- не мог
- не мог в полной мере
- не мог с высокой долей вероятности
- мог

**По своему психическому состоянию в настоящее время он нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях**

- не мог
- не мог в полной мере
- не мог с высокой долей вероятности
- мог

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной 45 лет находится в психиатрическом стационаре.

### **Жалобы**

Самостоятельно не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Доставлен бригадой скорой медицинской помощи из дома.

### **Анамнез жизни**

\* Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался. \* Курит до 1,5 пачки в сутки. \* В детстве перенес детские инфекции. \* Текущими соматическими заболеваниями не страдает.

### **Объективный статус**

Больной полностью отрешен от окружающего, иногда застывает в причудливых позах. Наблюдается изменение самосознания (перевоплощение в «хищный цветок»), а также диссоциация между последовательно развивающимися, как в сновидении, фантастическими событиями и внешней неподвижности, безучастности. Продуктивный контакт отсутствует. При полном развитии психоза сознание совершенно поглощено наплывом образных представлений, а восприятие впечатлений реального внешнего мира почти полностью прекращено. Грёзоподобные события разыгрываются как сновидения в субъективном мире представлений и фантазий. Воспоминания о субъективных переживаниях во время психоза сохранены, а об окружающих событиях амнезированы.

**Психиатрическое освидетельствование данного больного в остром состоянии проводится**

- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия родственников
- при отсутствии письменного согласия пациента
- только при наличии решения супруги

**Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить**

- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников
- с санатории психоневрологического профиля
- в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии психиатрического стационара
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера

**Необходимыми для постановки диагноза обследования являются**

- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников
- с санатории психоневрологического профиля
- в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии психиатрического стационара
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера

**Результаты обследования**

**К необходимым для постановки диагноза методам дополнительного обязательного обследования относят**

- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников
- с санатории психоневрологического профиля
- в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии психиатрического стационара
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера

**Результаты обследования**

**Учитывая данные психиатрического и соматического обследования, у больного можно определить наличие синдрома**

- мусситирующего делирия
- оглушения
- онейроида
- депрессивного ступора

**Для постановки диагноза необходимо определить наличие + + признаков нарушения сознания**

- 2
- 5
- 3
- 4

**Причиной развития данного состояния чаще всего является**

- обезвоживание организма
- тяжелая форма гриппа
- гипертоническая болезнь
- шизофрения

**В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует поставить диагноз**

- обезвоживание организма
- тяжелая форма гриппа
- гипертоническая болезнь
- шизофрения

**Диагноз**

**Основная терапевтическая помощь включает**

- назначение препаратов с выраженной ноотропной активностью
- назначение нейролептиков (антипсихотиков) и бензодиазепинов
- электросудорожную терапию
- форсированный диурез с проведением дезинтоксикационных мероприятий
- обильное питье и активные физиотерапевтические процедуры
- назначение стимулирующих антидепрессантов внутривенно капельно

**Основные терапевтические подходы основаны на**

- использовании длительной фиксации больного в лежачем положении

- активных психотерапевтических мероприятиях и тренингах по контролю аффекта
- круглосуточном электроэнцефалографическом мониторинге
- купировании психоза нейрорептиками-антипсихотиками

#### **Вопрос о госпитализации решается в зависимости от**

- наличия синдрома онейроида
- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- наличия группы инвалидности больного
- способности больного давать анамнестические сведения

#### **При неблагоприятном течении расстройство может перейти в**

- наличия синдрома онейроида
- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- наличия группы инвалидности больного
- способности больного давать анамнестические сведения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной 60 лет находится в психиатрическом стационаре.

### **Жалобы**

Самостоятельно не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Доставлен бригадой скорой медицинской помощи из дома.

### **Анамнез жизни**

\* Среди ближайших родственников никто к врачам-психиатрам не обращался. \*  
 Курит до 1,5 пачки в сутки, злоупотребляет алкоголем. \* В детстве перенес  
 детские инфекции. \* Текущими соматическими заболеваниями не страдает.

### **Объективный статус**

У больного сохраняется ориентировка в собственной личности, но дезориентирован в окружающей обстановке и времени. На этом фоне возникают разнообразные яркие зрительные иллюзии или галлюцинации устрашающего, угрожающего содержания. Больной как бы на сцене видит различных зверей, чудовищ, змей, мертвецов, чертей, картины сражений, катастроф. Больной становится активным участником происходящего: то он нападает, то обороняется, то в ужасе спасается от своих преследователей. В зависимости от содержания галлюцинаторных переживаний появляются страх,



тревога, растерянность, резкое двигательное возбуждение. Продуктивному контакту недоступен. Глубина психоза колеблется - обычно она увеличивается в вечерние и ночные часы, днем нередко возникают периоды прояснения сознания. На выходе из психоза сохраняются фрагментарные воспоминания о перенесенных переживаниях, окружающие события в основном амнезированы.

**Психиатрическое освидетельствование данного больного в остром состоянии проводится**

- при наличии письменного согласия родственников
- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии решения супруги
- при отсутствии письменного согласия пациента

**Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить**

- в санатории психоневрологического профиля
- в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии психиатрического стационара
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

**Необходимыми для постановки диагноза обследованиями являются**

- в санатории психоневрологического профиля
- в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии психиатрического стационара
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

**Результаты обследования**

**К необходимым для постановки диагноза методам дополнительного обязательного обследования относят**

- в санатории психоневрологического профиля
- в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии психиатрического стационара
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера

- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

### **Результаты обследования**

#### **Учитывая данные психиатрического и соматического обследования, у больного можно определить наличие синдрома**

- кататонического возбуждения
- делирия
- оглушения
- депрессивного раптуса

#### **Для постановки диагноза необходимо определить наличие + + признаков нарушения сознания**

- 4
- 2
- 5
- 3

#### **Причиной развития данного состояния является**

- длительное злоупотребление алкоголем
- обезвоживание организма
- тяжелая форма ревматизма
- гипертоническая болезнь

#### **В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует поставить диагноз**

- длительное злоупотребление алкоголем
- обезвоживание организма
- тяжелая форма ревматизма
- гипертоническая болезнь

### **Диагноз**

#### **Основная терапевтическая помощь включает**

- назначение нейролептиков и бензодиазепинов, детоксикацию
- унилатеральную правостороннюю электросудорожную терапию
- назначение стимулирующих антидепрессантов внутривенно капельно
- обильное питье и активные физиотерапевтические процедуры

#### **Основные терапевтические подходы основаны на**

- купировании психоза и метаболических нарушений
- активных психотерапевтических мероприятиях и тренингах по контролю аффекта
- использовании длительной фиксации больного в лежачем положении
- круглосуточном электроэнцефалографическом мониторинге

#### **Вопрос о госпитализации решается в зависимости от**

- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- наличия группы инвалидности больного
- наличия синдрома делирия
- способности больного давать анамнестические сведения

#### **При осложненном течении расстройство может перейти в**

- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- наличия группы инвалидности больного
- наличия синдрома делирия
- способности больного давать анамнестические сведения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной 40 лет находится в психиатрическом стационаре.

### **Жалобы**

Самостоятельно не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Болен с 19 лет, последнее время ежегодно госпитализируется в психиатрические стационары. Не способен вести самостоятельный образ жизни, ничем не занят, находится на иждивении родственников.

### **Анамнез жизни**

\* Дед по отцовской линии страдал параноидной шизофренией. \* Курит около 1 пачки в сутки. \* В детстве перенес обычные инфекции без осложнений. \* Текущими соматическими заболеваниями не страдает. \* Имеет инвалидность 2 группы по психическому заболеванию.

### **Объективный статус**

Больной предпочитает одиночество, не идет на контакт с другими людьми, отсутствует проявление адекватных эмоций и интереса к окружающим событиям. Двигательная активность ограничивается передвижением по палате. Целенаправленное поведение ограничивается удовлетворением биологических

потребностей. Любит поест и смотреть примитивные развлекательные программы по телевизору. Просьбы со стороны окружающих обычно игнорирует, однако простые требования в приказном тоне выполняет. Больной не меняет одежду и пренебрегает личной гигиеной. При этом состояние собственного тела и внешний вид не вызывают у пациента никаких эмоций. Критические замечания в адрес больного как правило им не воспринимаются. Саморегуляция поведения практически разрушена, требуется энергичное побуждение к какой-либо деятельности со стороны. Продуктивная психотическая симптоматика не выявляется, периодически бывает раздражителен, злобен, с нарушением ночного сна.

#### **Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится**

- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии решения супруги
- при наличии письменного согласия родственников
- при отсутствии письменного согласия пациента

#### **Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить**

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в санатории психоневрологического профиля
- в условиях отделения психиатрического стационара
- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

#### **Необходимыми для постановки диагноза обследованиями являются**

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в санатории психоневрологического профиля
- в условиях отделения психиатрического стационара
- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

#### **Результаты обследования**

#### **К необходимым для постановки диагноза к основным методам обследования относят**

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в санатории психоневрологического профиля

- в условиях отделения психиатрического стационара
- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

## **Результаты обследования**

### **Учитывая данные психиатрического и соматического обследования, у больного можно определить наличие синдрома**

- абулии в структуре психического дефекта
- оглушения после закрытой черепно-мозговой травмы
- аменции после перенесенного делирия
- депрессивного ступора

### **Для постановки диагноза необходимо определить наличие**

- признаков нарушения сознания
- афетивно-бредовой симптоматики
- негативных эмоционально-волевых нарушений
- депрессивного аффекта с идеаторной и моторной заторможенностью

### **Причиной развития данного состояния является**

- рекуррентное депрессивное расстройство
- шизофрения
- органическое заболевание головного мозга
- тяжелая форма гриппа

### **В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует поставить диагноз**

- рекуррентное депрессивное расстройство
- шизофрения
- органическое заболевание головного мозга
- тяжелая форма гриппа

## **Диагноз**

### **Основная терапевтическая помощь включает**

- длительную фиксацию больного в лежачем положении
- контроль избыточного приема пищи
- круглосуточный надзор и отмену психофармакотерапии
- назначение нейролептика

### **Основные терапевтические подходы основаны на**

- снижении выраженности негативных расстройств и купировании аффективных включений
- круглосуточном контроле пищевого поведения
- активных психотерапевтических мероприятиях и тренингах по контролю аффекта
- использовании длительной фиксации больного в лежачем положении

#### **Вопрос о госпитализации решается в зависимости от**

- способности больного давать анамнестические сведения
- наличия перенесенных в анамнезе психических расстройств
- тяжести и особенностей основного заболевания
- наличия группы инвалидности больного

#### **Выбор формы психосоциальных воздействий для конкретного больного должен осуществляться в соответствии**

- способности больного давать анамнестические сведения
- наличия перенесенных в анамнезе психических расстройств
- тяжести и особенностей основного заболевания
- наличия группы инвалидности больного

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной 54 лет находится в психиатрическом стационаре.

### **Жалобы**

Самостоятельно не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Доставлен бригадой скорой медицинской помощи из дома.

### **Анамнез жизни**

\* Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался. \* Курит до 1 пачки в сутки, злоупотребляет алкоголем. \* В детстве перенес детские инфекции. \* Атеросклероз сосудов головного мозга, перенес геморрагический инсульт год назад. \* Инвалид 2 группы.

### **Объективный статус**

Состояние характеризуется растерянностью, нарушением всех видов ориентировки, в том числе, осознания собственной личности, а также бессвязностью мышления. Больной постоянно находится в состоянии хаотического двигательного возбуждения, ограничивающегося пределами

постели. Он недоступен контакту, речь его разорвана и состоит из отдельных слов. Аффективные реакции лабильны: больной то плаксив, то улыбчив, то индифферентен к окружающему. По ночам периодически возникают делириозные эпизоды, в высказываниях нередко звучат фрагментарные бредовые переживания, а поведение указывает на наличие отдельных галлюцинаторных обманов. Память на весь период психоза отсутствует.

**Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится**

- при отсутствии письменного согласия пациента
- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия матери
- только при наличии решения супруги

**Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить**

- в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в санатории психоневрологического профиля

**Необходимыми для постановки диагноза обследованиями являются**

- в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в санатории психоневрологического профиля

**Результаты обследования**

**К необходимым для постановки диагноза методам дополнительного обязательного обследования относят**

- в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в санатории психоневрологического профиля

**Результаты обследования**

**Учитывая данные психиатрического и соматического обследования, у больного можно определить наличие синдрома**

- депрессивного ступора
- аменции
- оглушения
- кататонического возбуждения

**Для постановки диагноза необходимо определить наличие + + признаков нарушения сознания**

- 2
- 3
- 4
- 5

**Причиной развития данного состояния является**

- тяжелая форма гриппа
- гипертоническая болезнь
- злоупотребление алкоголем
- обезвоживание организма

**В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует поставить диагноз**

- тяжелая форма гриппа
- гипертоническая болезнь
- злоупотребление алкоголем
- обезвоживание организма

**Диагноз**

**Основная терапевтическая помощь включает назначение**

- покоя и активных физиотерапевтических процедур
- мягких нейролептиков
- стимулирующих антидепрессантов
- нейролептиков (антипсихотиков) и бензодиазепинов

**Основные терапевтические подходы основаны на**

- коррекции психомоторного возбуждения и бессонницы психотропными препаратами
- круглосуточном электроэнцефалографическом мониторинге
- использовании длительной фиксации больного в лежачем положении



- активных психотерапевтических мероприятиях и тренингах

### **Вопрос о госпитализации решается в зависимости от**

- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- постановки диагноза «амения»
- наличия группы инвалидности больного
- способности больного давать анамнестические сведения

### **При тяжелом течении расстройство может перейти в**

- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- постановки диагноза «амения»
- наличия группы инвалидности больного
- способности больного давать анамнестические сведения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 30 лет находится в психиатрическом стационаре.

### **Жалобы**

Самостоятельно не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

После падения на улице доставлен в стационар.

### **Анамнез жизни**

\* Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался. \* Курит до 1 пачки в сутки, алкоголь употребляет редко и в незначительных количествах. \* В детстве перенес детские инфекции. \* Работает курьером. \* Соматическими заболеваниями последнее время не болел.

### **Объективный статус**

Больной малоподвижен, заторможен, дезориентирован в месте и времени, сонлив. Большую часть дня лежит, оставаясь безучастным, равнодушным ко всему, в том числе и к своему состоянию. При обращении к нему или не отвечает на вопросы, или отвечает односложно после неоднократных повторений. Удастся выяснить, что внешний мир воспринимается больным «как сквозь туман», причем некоторые раздражители до него не доходят. Вместе с тем, при активной стимуляции возможна некоторая мобилизация психической деятельности, оживление ответов, после чего больной истощается и вновь впадает в прежнее состояние. В области затылка поверхностные следы припухлости и кровоподтека.

**Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится**

- при отсутствии письменного согласия пациента
- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии решения супруга
- при наличии письменного согласия матери

**Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить**

- в условиях психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- в санатории психоневрологического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому

**Необходимыми для постановки диагноза обследования являются**

- в условиях психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- в санатории психоневрологического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому

**Результаты обследования**

**К необходимым для постановки диагноза методам дополнительного обязательного обследования относят**

- в условиях психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- в санатории психоневрологического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому

**Результаты обследования**

**Учитывая данные психиатрического и соматического обследования, у больного можно определить синдром**

- кататонический
- аменции
- депрессивный
- оглушения травматической природы

**Для постановки диагноза необходимо определить наличие + + признаков нарушения сознания**

- 2

- 5
- 3
- 4

**Причиной развития данного состояния является**

- тяжелая форма пневмонии
- обезвоживание организма
- травма головы
- остеохондроз позвонков шейного отдела

**В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует поставить диагноз**

- тяжелая форма пневмонии
- обезвоживание организма
- травма головы
- остеохондроз позвонков шейного отдела

**Диагноз**

**Основная терапевтическая помощь включает**

- уход и назначение ноотропных препаратов
- покой и назначение седативных нейролептиков
- специфические детоксикационные мероприятия
- назначение стимулирующих антидепрессантов

**Терапевтические подходы основаны на**

- использовании физиотерапии воротниковой зоны
- психотерапевтических мероприятиях
- общеукрепляющей и ноотропной терапии
- массивной психофармакотерапии

**Вопрос о госпитализации решается в зависимости от**

- способности больного давать анамнестические сведения
- наличия предшествующих перенесенных соматических заболеваний
- тяжести и особенностей травмы
- особенностей профессиональной деятельности больного

**При осложненном течении расстройство может перейти в**

- способности больного давать анамнестические сведения
- наличия предшествующих перенесенных соматических заболеваний

- тяжести и особенностей травмы
- особенностей профессиональной деятельности больного

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной 35 лет находится в психиатрическом стационаре.

### **Жалобы**

на \* пониженное настроение, \* нежелание что-либо делать, \* плохой сон, \* аппетит.

### **Анамнез заболевания**

Доставлен из дома в психиатрический стационар бригадой скорой медицинской помощи.

### **Анамнез жизни**

\* Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался. \* Курит менее пачки в сутки. \* Перенес детские инфекции без осложнений. \* Текущими соматическими заболеваниями не страдает. \* Психические расстройства в прошлом отрицает.

### **Объективный статус**

Больной выглядит печальным, настроение характеризует как подавленное, при этом ничто не радует, отмечает повышенную утомляемость, постоянно находится в постели, отказывается от помощи родственников. Хуже всего самочувствие в утренние часы. Сон поверхностный, без чувства отдыха, аппетит отсутствует, практически ничего не ест. На чтении не может сосредоточиться, трудно следить за содержанием, мысли словно «отяжелели», постоянно погружен в тягостные размышления о собственных неудачах. Более всего угнетает ощущение беспомощности, отсутствие побуждений к любой деятельности, невозможность справиться с элементарными профессиональными и бытовыми обязанностями, нет сил заставить себя выполнять даже рутинную работу, поддерживать гигиенические навыки. Больной словно замкнулся в круге однообразных размышлений о своей беспомощности и неадекватности, «параличе» мотивации и неспособности к произвольности обычного стиля поведения, на нерешительности и отказе от преодоления незначительных житейских проблем, потере целенаправленности устремлений. Психотических нарушений, антивитальных переживаний не выявлено.

**Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится**

- при отсутствии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия родственников
- только при наличии решения супруги
- только при наличии письменного согласия пациента

#### **Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить**

- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников
- в санатории психоневрологического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в условиях психиатрического стационара

#### **Необходимыми для постановки диагноза обследованиями являются**

- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников
- в санатории психоневрологического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в условиях психиатрического стационара

#### **Результаты обследования**

#### **К необходимым для постановки диагноза основным методам обследования относят**

- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников
- в санатории психоневрологического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в условиях психиатрического стационара

#### **Результаты обследования**

#### **Учитывая данные психиатрического и соматического обследования, у больного можно определить состояние**

- депрессии с выраженными абулическими нарушениями
- оглушения с выраженными абулическими нарушениями
- мусситирующего делирия
- кататонического ступора

**Для постановки диагноза необходимо определить наличие + + главных симптомов и + + дополнительных симптомов депрессии**

- 3; не менее 4
- 5; 2
- 2; 2
- 2; не менее 5

**Причиной развития данного состояния является**

- личностное расстройство
- шизофрения
- депрессия
- агорафобия

**В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует поставить диагноз**

- личностное расстройство
- шизофрения
- депрессия
- агорафобия

**Диагноз**

**Основная терапевтическая помощь включает**

- форсированный диурез с проведением дезинтоксикационных мероприятий
- назначение седативных нейролептиков
- назначение антидепрессантов
- обильное питье и активные физиотерапевтические процедуры

**Основные терапевтические подходы основаны на**

- купировании депрессивного аффекта антидепрессантами
- круглосуточном электроэнцефалографическом мониторинге
- активных психотерапевтических мероприятиях и тренингах по контролю аффекта
- использовании длительной фиксации больного в лежачем положении

**Вопрос о госпитализации решается в зависимости от**

- тяжести и особенностей основного заболевания
- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- наличия группы инвалидности больного

- способности больного давать анамнестические сведения

### **При неблагоприятном течении расстройство может перейти в**

- тяжести и особенностей основного заболевания
- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- наличия группы инвалидности больного
- способности больного давать анамнестические сведения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Т., 18 лет, обвиняется по ч.3 ст.30, п. «б» ч.2 ст. 131 УК РФ в попытке изнасилования.

### **Жалобы**

Предъявляет жалобы на периодические головные боли, головокружения при изменении положения тела, плохую переносимость жары, духоты, укачивание в транспорте.

### **Анамнез заболевания**

В детском возрасте перенес многочисленные ОРВИ, бронхиты, синуситы, гаймориты. В школе успеваемость слабая, дублировал 6 и 7 классы, отличался грубыми поведенческими нарушениями, часто пропускал занятия без уважительных причин, вел себя неадекватно, ругался с педагогическим составом, дрался со сверстниками. В дальнейшем переведен в класс для детей с умственной отсталостью. Режим учебного процесса нарушал, пропускал очень часто уроки без уважительных причин, бродяжничал, неоднократно не ночевал дома. На уроках активность внимания была низкой. Не воспринимал учебную инструкцию, не мог работать по ней самостоятельно. С 13-летнего возраста употребляет преимущественно крепкие алкогольные напитки, толерантность до литра водки, на следующий день после употребления иногда не может вспомнить события, произошедшие с ним в состоянии алкогольного опьянения. С 15-16 лет регулярно уходил из дома, ночевал в подъездах, начал употреблять наркотические и токсические препараты. Ингалировал пары лака, толерантность в день до 3-4 бутылок, на фоне опьянения испытывал «приятное чувство расслабления, иногда можно увидеть что-то интересное, из мультиков», также отмечались случаи амнезии, когда забывал ряд событий, произошедших с ним в течение дня. Постоянно при себе всегда держал бутылку с лаком для того, чтобы «опохмелиться», так как эффект от лака быстро пропадал, поэтому настроение становилось сразу же плохим, «все раздражало и бесило», «злился на всех». Пробовал ингалировать пары бензина, однако

«эффект не понравился, сильно болела голова». Также неоднократно употреблял соли, анашу, последнее время - «спайс». После употребления «спайсов» чувствовал себя «заторможенным, как будто мысли были отдельно от действий», часто также появлялась непонятная подозрительность. В ряды Вооруженных сил РФ не призывался, был признан ограниченно годным к военной службе с диагнозом «Легкая умственная отсталость».

### **Анамнез жизни**

\* Данных об отягощенной психическими заболеваниями наследственности, раннем развитии подэкспертного нет. \* В возрасте года был усыновлен семейной парой. \* Посещал детский сад, в школе начал обучаться с 7 лет, окончил 8 классов. \* Ранее привлекался к уголовной ответственности за кражи. \* Состоял на учете у нарколога с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей. Синдром пагубного употребления F18.1».

### **Объективный статус**

В беседу вступает поначалу неохотно, держится оппозиционно, настроен негативистично, после установления доверительного контакта, беседует охотнее. В целом старается удерживать дистанцию, однако отмечаются резкие спонтанные колебания настроения от повышенного, эйфоричного с оттенком благодушия до крайне раздражительного, при этом категорически отказывается от беседы, иногда используя при этом нецензурные выражения. Говорит, что неоднократно получал ушибы и травмы головы, но за медпомощью не обращался. С недовольством рассказывает, что обучался сначала в обычной школе, но учиться было трудно, неинтересно, часто возникали конфликты с учителями, несмотря на то, что продолжил обучение в коррекционной школе, проблемы остались прежними. Отношения с одноклассниками также не всегда были гладкими, периодически случались конфликты и драки. Не скрывает, что неоднократно принимал участие в избиении фанатов другого футбольного клуба, при этом замечает, что «дрался бы с кем угодно, такая злость иногда внутри». Про инкриминируемое ему деяние сообщает, что в день случившегося был сильно расстроен, обижен, захотелось еще «подышать», употребил около 0,5 л лака, при этом чувствовал расслабление. Говорит, что заметил проходящую мимо соседку, сказал ей, что хочет её «изнасиловать, повалил на землю, снял её штаны, но не смог снять свои», замечает, что сейчас «просто стыдно об этом говорить», «это потому что я под лаком был». В отделении Центра удерживается с трудом, навязчив с вопросами и при этом дерзит медперсоналу и другим подэкспертным, психокоррекционные мероприятия имеют непродолжительный эффект, в беседе соглашается с тем, что ведет себя неправильно, просит прощения у врача, однако через некоторое время поведение и высказывания подэкспертного становятся прежними. Мышление



конкретного типа. Суждения носят поверхностный, незрелый, облегченный характер. Во время беседы заметно истощается, внимание становится рассеянным, отвлекается на посторонние раздражители. Эмоциональные реакции крайне лабильные, со склонностью к спонтанным реакциям раздражения, оппозиции. Критические и прогностические способности не сформированы. При экспериментально-психологическом исследовании выявляются нарушения эмоционально-волевой сферы подэкспертного. Для него характерна эмоциональная неустойчивость, склонность к реакциям раздражения и негативизма, агрессивные тенденции, эгоцентризм, склонность к внешнеобвиняющим формам реагирования, ориентация на собственные желания и потребности в сочетании с трудностями волевого контроля и прогноза последствий своих действий, относительно узким репертуаром поведенческих стратегий, склонностью к непосредственной реализации внезапно возникающих побуждений. При исследовании интеллектуальной сферы выявляется тенденция к конкретности мышления, проявляющаяся в актуализации поверхностных, наглядных признаков объектов. Внимание неустойчиво, отмечается пресыщаемость деятельности, наблюдаются некоторые трудности вработываемости.

**Для дальнейшего обследования и диагностики в психиатрическом стационаре необходимо провести**

- тяжести и особенностей основного заболевания
- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- наличия группы инвалидности больного
- способности больного давать анамнестические сведения

**Результаты обследования**

**Клинические симптомы синдрома зависимости при сочетанном употреблении ПАВ зависят от**

- первого ПАВ, которое начал употреблять подэкспертный
- преобладающего психоактивного вещества
- ПАВ, которое вызывает психотические состояния
- алкоголя, если подэкспертный употребляет его не меньше 3 месяцев

**Диагноз судебно-психиатрической экспертной комиссии пациента Т. может быть сформулирован, как**

- первого ПАВ, которое начал употреблять подэкспертный
- преобладающего психоактивного вещества
- ПАВ, которое вызывает психотические состояния

- алкоголя, если подэкспертный употребляет его не меньше 3 месяцев

## **Диагноз**

### **Динамика органического расстройства личности у Т. характеризуется**

**+ + типом течения**

- смешанным
- периодическим
- прогрессивным
- регрессивным

### **Выявленный у Т. синдром зависимости в период судебно-психиатрического освидетельствования соответствует рубрике МКБ-10**

- F19.11
- F19.41
- F19.21
- F19.00

### **Экспертная комиссия пришла к заключению, что Т. в момент инкриминируемого ему деяния**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в силу выявленного у него отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

### **При оценке уголовно-процессуальной дееспособности и способности к даче показаний экспертной комиссией было вынесено решение, что Т. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела**

**+ + и + + давать показания, понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, самостоятельно осуществлять действия, направленные на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей**

- может; не может
- может; может

- не может; может
- не может; не может

**Экспертная комиссия рекомендовала Т. принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в условиях**

- стационара специализированного типа
- амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра
- стационара общего типа
- стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением

**В компетенцию судебно-психиатрических экспертов в отношении обвиняемых/ подозреваемых не входит вопрос о/об**

- участия в судебном процессе
- возможности давать показания
- рекомендации мер медицинского характера
- вменяемости

**Одним из основных признаков сформировавшейся зависимости от летучих растворителей является**

- перемежающееся употребление
- индивидуальное употребление
- переход от группового употребления к индивидуальному
- групповое употребление

**Юридический критерий невменяемости сводится к констатации компонентов**

- интеллектуального и волевого
- какого-либо психического расстройства
- только волевого
- только интеллектуального

**Исходом синдрома химической зависимости, обусловленной употреблением летучих растворителей, является**

- интеллектуального и волевого
- какого-либо психического расстройства
- только волевого
- только интеллектуального

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Подэкспертный П., 15 лет. Обвиняется в нанесении тяжких телесных повреждений, повлекших смерть потерпевшего в группе подростков, в связи с чем назначена комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

## **Жалобы**

\* Частые головные боли; \* головокружения при перемене положения тела; \* плохая переносимость езды в транспорте и душных помещений; \* ухудшение памяти.

## **Анамнез заболевания**

\* В 3 мес. неврологом поставлен диагноз: «Перинатальная энцефалопатия. Выраженный спастический синдром». В раннем психомоторном развитии от сверстников не отставал. В возрасте 3 лет на фоне высокой температуры отмечались 2 судорожных приступа, был госпитализирован, диагноз: «Эписиндром на резидуально-органическом фоне», наблюдался у невролога, в лечении получал глюферал. В 5 лет при консультации неврологом дано заключение: «Гипертензионный синдром. Церебрастения. Эписиндром в анамнезе». В 7 лет перенес травму головы. В этот же период проявились невротические реакции в виде тиков, энурез. Подэкспертный с трудом усваивал учебный материал, на занятиях был неусидчив, отвлекаем. В 10 лет перенес повторную травму головы, после которой его стали беспокоить головные боли, отмечал ухудшение памяти. С 12 лет подэкспертный стал систематически пропускать уроки без уважительной причины, уходил из дома, бродяжничал, вовлекся в асоциальную группу подростков, с которыми совершал правонарушения. Неоднократно задерживался в состоянии токсического опьянения, поставлен на учет в Наркологическом диспансере с диагнозом «Эпизодическое вдыхание ингалянтов». Был консультирован психиатром, который указывал, что «отмечаются трудности в поведении», однако подэкспертный и его мать от дальнейшего осмотра специалиста отказались.

## **Анамнез жизни**

\* Мать злоупотребляла алкогольными напитками, вела асоциальный образ жизни, лишена родительских прав, отца нет, воспитанием подэкспертного занималась бабушка. \* Родился от 3 беременности, в стремительных родах, с весом 3400,0, длиной тела 54 см, оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов. \* Посещал детский сад, где был подвижен, неусидчив. \* В общеобразовательную школу оформлен с 7 лет, затем переведен в 1 класс «выравнивания», в связи с трудностями усвоения программы и повышенной отвлекаемостью. \* Классы не дублировал. \* В 12 лет был поставлен на учет в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите прав (КДН и ЗП) за совершение правонарушений

в группе сверстников. \* В 13 лет в группе подростков нанес легкие телесные повреждения мужчине, но в возбуждении уголовного дела по ст. 115 УК РФ было отказано в связи с недостижением возраста уголовной ответственности. \* Является учащимся 8 класса общеобразовательной школы.

### **Объективный статус**

\* Выглядит младше своего паспортного возраста. Настроение приподнятое, беспечен. Держится по-детски непосредственно, неусидчив, отвлекается на посторонние раздражители. Мимика и пантомимика живые, выразительные. Речь со смазанностью произношения, пуэрильными интонациями и бедным словарным запасом. По-детски непосредственно рассказывает, что любит играть в подвижные игры, в «стрелялки» по компьютеру. Отмечает, что с трудом высиживает уроки («болит голова»), после уроков старается поспать. Сообщает, что с 11-12 лет он начал употреблять алкогольные напитки (пиво), вдыхал пары бензина, клея, видел «мультики», «слышалась музыка», на высоте интоксикации у него возникали ощущения «замедленного течения времени», в последующем заметно ухудшилась память. Указывает, что после перенесенных неоднократно черепно-мозговых травм стали беспокоить частые головные боли, «плохое» самочувствие в душных помещениях, головокружения при резкой перемене положения тела, снохождение и сноговорение, появились состояния, когда казалось, что «будто видел уже это во сне». Себя характеризует спокойным, легко поддающимся влиянию сверстников. О правонарушении говорит облегченно, с бравадой («побил деда»), затем признается, что подростки стали избивать потерпевшего, а он ударил один раз «за компанию», чтобы подельники не побили его самого. Сообщает, что когда заключили под стражу «испугался, плакал». Мышление ближе к конкретному типу с элементами обстоятельности, суждения незрелые, оценки облегченные, поверхностные. Интересы носят игровой, развлекательный характер. Эмоциональные проявления живые и непосредственные, выявляется зависимость от внешних факторов и мнения значимого окружения. В отделении режиму подчинен, настроение приподнятое, чрезмерно подвижен, затевает шумные игры. Критические и прогностические способности не сформированы. \* Экспериментально-психологическое исследование. Выявляются личностная незрелость и эмоционально-волевые нарушения. Характерны слабая развитость и примитивность смысловой сферы, неустойчивость и недостаточная дифференцированность самооценки, незрелость и поверхностность суждений. Обнаруживается сочетание несамостоятельности, пассивности, подчиняемости, конформности к мнению ближайшего асоциального окружения с неустойчивостью и непосредственностью эмоциональных проявлений и развлекательным характером интересов, склонностью к непосредственным действиям при слабом прогнозе возможных последствий своих поступков,

значительными трудностями волевого контроля собственного поведения. В интеллектуальной сфере выявляются признаки некоторой неравномерности процесса обобщения при тенденции к конкретности мышления в виде эпизодической актуализации поверхностных, наглядных, второстепенных признаков предметов, обобщений по материалу и конкретно-ситуационных оснований, трудностей вербализации, опосредования, понимания условного смысла и самостоятельного установления причинно-следственных связей. Вместе с тем, на простом материале испытуемый способен выполнять основные мыслительные операции преимущественно на функциональном уровне, а также использовать несложные понятия. Обнаруживаются трудности вработываемости, существенные колебания внимания, отвлекаемость, истощаемость, влияющие на продуктивность мнестических процессов.

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- интеллектуального и волевого
- какого-либо психического расстройства
- только волевого
- только интеллектуального

**Результаты обследования**

**Ведущий психопатологический синдром представлен**

- органическим психофизическим инфантилизмом
- психопатоподобным состоянием
- астеническим симптомокомплексом
- психоэндокринным синдромом

**Психологом при описании особенности развития подэкспертного выявлены патопсихологические феномены в виде**

- органического патопсихологического симптомокомплекса
- незрелости, связанной с органической недостаточностью
- патопсихологических нарушений по шизофреническому типу
- патопсихологического симптомокомплекса при умственной отсталости

**В рамках судебно-психиатрической систематики дизонтогенетического развития у несовершеннолетних обвиняемых психическое развитие подэкспертного можно отнести к**

- гетерохрониям развития
- дефектам развития
- асинхрониям развития

- аномалиям развития

#### **Психическое расстройство у подэкспертного следует сформулировать как**

- гетерохрониям развития
- дефектам развития
- асинхрониям развития
- аномалиям развития

#### **Диагноз**

#### **Психическое расстройство у П. соответствует рубрике МКБ-10**

- F70.08
- F91.2
- F60.83
- F07.88

#### **Органическое расстройство личности следует дифференцировать с**

- псевдопсихопатической шизофренией
- умственной отсталостью
- формирующимся смешанным расстройством личности
- социализированным расстройством поведения

#### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в болезненном состоянии, в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **Правовая квалификация экспертного решения попадает под действие**

- статьи 22 УК РФ
- статьи 89 УК РФ
- статьи 21 УК РФ
- ч. 3 статьи 20 УК РФ

**По своему психическому состоянию в настоящее время П. нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь**

- в амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра
- в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением
- в стационарных условиях, общего типа
- в стационарных условиях, специализированного типа

**Психоэндокринные нарушения в структуре органических психических расстройств в подростковом возрасте проявляются**

- гипофизарным нанизмом
- аденогенитальным синдромом
- гипоталамо-гипофизарными дисфункциями
- акромегалией

**Личностный регистр при органических психических расстройствах у несовершеннолетних обвиняемых включает в себя**

- гипофизарным нанизмом
- аденогенитальным синдромом
- гипоталамо-гипофизарными дисфункциями
- акромегалией

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Л., 17 лет 11 мес., обвиняется в убийстве, в связи с чем назначена комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза

### **Жалобы**

\* Головные боли; \* носовые кровотечения; \* раздражительность.

### **Анамнез заболевания**

Раннее развитие подэкспертного протекало с задержкой: первые слова начал говорить с 2 лет, ходить стал с 2,5 лет, фразовая речь сформировалась после 3 лет. Впервые консультирован психиатром в 8 лет, был увезен незнакомыми лицами в неизвестном направлении, доставлен также случайным знакомым домой. При осмотре психиатром отмечалось, что контакту был доступен, лицо амимичное, речь косноязычная, односложная, словарный запас крайне мал, в бытовых вопросах ориентировался слабо, легко утомлялся, счет до «20», читать



не умел, знал не все буквы, основные цвета называл, не знал времен года, не мог сказать, кем и куда был увезен. Специалистом указывалось, что мальчик не смог обучаться даже по программе вспомогательной школы. Был поставлен на учет в ПНД, оформлен на инвалидность (инвалид детства). Психиатра посещал раз в год при переосвидетельствовании во ВТЭК. В 16 лет совершил кражу в магазине, уголовное дело было закрыто за примирением сторон. Дома ничем не занимался. Характеризовался окружающими как легко внушаемый, безынициативный. Из материалов уголовного дела следует, что в соучастии со взрослым обвиняется в убийстве, а именно нанес 3 удара ножом в области шеи В., затем труп закопали в огороде. Уголовное дело было возбуждено через 2 года после происшедшего при подозрении соучастника Л. в совершении другого тяжкого деяния (убийства).

### **Анамнез жизни**

\* Родители злоупотребляют алкогольными напитками, отец страдает умственной отсталостью. \* Родился от 5 беременности, четвертым ребенком в семье, с весом 3300,0, длиной тела 52 см, оценкой по шкале Апгар 6 баллов. \* Детский сад не посещал, воспитывался дома. \* В общеобразовательную школу определен с 8 лет, дублировал 1 класс, затем прекратил учебу, школу не посещал. \* Состоит на учете у психиатра по месту жительства. \* Является инвалидом детства по психическому заболеванию.

### **Объективный статус**

Выглядит младше своего паспортного возраста, не причесан, в одежде неаккуратен. Называет фамилию, имя, свой возраст. Не может указать текущую дату, где находится – приблизительно (наверное, больница). Движения скованные, медлительные. Во время беседы сидит в однообразной позе, на вопросы отвечает тихим голосом, чаще односложно, требует упрощенной их формулировки. Речь косноязычная, с бедным словарным запасом, отмечаются выраженные трудности вербализации. Подэкспертный на большинство вопросов дает отрицательные ответы («не знаю», «почем знаю»). Говорит, что у него плохая память («говоришь - говоришь, а минут через 10 забываешь»). В целом ответы на вопросы носят односложный, примитивный характер. Цель проведения экспертизы объясняет заученными фразами - «суд направил, чтобы признали», при этом возможными исходами ее не заинтересован, утверждает, что хочет «поскорее домой». Активно жалобы на состояние здоровья не предъявляет, при целенаправленном расспросе удается выяснить, что периодически его беспокоят головные боли давящего характера в височных областях, иногда при ссоре с сестрой становится «злым». Вместе с тем тепло говорит о сестре, скучает по ней. Себя считает хорошим, но когда пьяные родители доводят, то «плохим», «хлопал дверь и к бабке уходил», конфликтов старается избегать, в драки не ввязывается. Друзей не имеет, дома помогал

полоть траву в огороде, носил воду из колодца. Не может пояснить, кем и когда был похищен. Помнит, что какие-то мужики обокрали магазин, он был рядом, его забрали с собой и «увезли далеко», потом долго ночью шел домой. Об инкриминируемом ему деянии сообщает сведения отрывочно. Говорит, что подельник М. был после тюрьмы, вся деревня его боялась. Он заставил выпить водки, голова «кружилась», М. дал в руки нож и сказал ударить потерпевшего, иначе самого его «зарежет». Отмечает, что сильно испугался. Эмоциональные реакции слабо дифференцированные. Мышление замедленное, сугубо конкретное, суждения примитивные. Критические и прогностические способности нарушены. При экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступает интеллектуальная недостаточность подэкспертного. Выявляется низкий уровень обобщения, конкретность мышления с трудностями вербализации, существенные сложности установления причинно-следственных связей, понимания условных смыслов, опосредования и абстрагирования. Суждения конкретны, примитивны, поверхностны. Обучаемость существенно снижена. Ассоциативные образы слабо дифференцированы, при этом проективны, эмоционально насыщены. Отмечаются трудности концентрации внимания, колебания умственной работоспособности, утомляемость, истощаемость к концу обследования. Объем непосредственного механического запоминания и отсроченного воспроизведения достаточен. Вместе с тем опосредованное запоминание малопродуктивно. При исследовании индивидуально-психологических особенностей выявляется пассивность, подчиняемость, ведомость, зависимость от внешнесредовых факторов. При слабовыраженных агрессивных тенденциях, отмечаются трудности разрешения проблемных ситуаций, несформированность стратегий поведения, в сочетании с трудностями регуляции собственного поведения и существенном снижении прогностических способностей.

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- гипоталамическим синдромом
- аденогипоталамическим синдромом
- гипоталамическими дисфункциями
- акромегалией

**Результаты обследования**

**Ведущий клинический признак представлен**

- органическим психофизическим инфантилизмом
- общим психическим недоразвитием, преимущественно интеллекта
- органическим псевдоолигофреническим синдромом

- олигофреноподобным дефектом при детской шизофрении

**Психологом выявлены характерные феномены в виде**

- патопсихологических нарушений по шизофреническому типу
- органического патопсихологического симптомокомплекса
- незрелости, связанной с органической недостаточностью
- патопсихологического симптомокомплекса при умственной отсталости

**Патопсихологическими признаками, повышающими вероятность диагноза, являются**

- снижение темпа, обстоятельность и вязкость мышления
- низкий уровень обобщения и абстрагирования
- способность проводить мыслительные операции на понятийном и функциональном уровнях
- неравномерность и нецеленаправленность мыслительной деятельности

**Психическое расстройство у подэкспертного следует сформулировать как**

- снижение темпа, обстоятельность и вязкость мышления
- низкий уровень обобщения и абстрагирования
- способность проводить мыслительные операции на понятийном и функциональном уровнях
- неравномерность и нецеленаправленность мыслительной деятельности

**Диагноз**

**Психическое расстройство у Л. соответствует рубрике МКБ-10**

- F60.08
- F70.08
- F06.82
- F71.0

**Коэффициент интеллекта (IQ) при данной степени умственной отсталости у Л. составляет**

- менее 20 единиц
- 50-69 единиц
- 20-34 единиц
- 35-49 единиц

**Умственную отсталость следует дифференцировать с**

- социализированным расстройством поведения
- органическим расстройством личности в связи с эпилепсией
- инфантильным расстройством личности
- детской шизофренией

#### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в болезненном состоянии, в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **Правовая квалификация экспертного решения подпадает под действие**

- статьи 21 УК РФ
- ч. 3 статьи 20 УК РФ
- статьи 22 УК РФ
- статьи 89 УК РФ

#### **По своему психическому состоянию в настоящее время П. нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь**

- в стационарных условиях, специализированного типа
- в амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра
- в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивном наблюдением
- в стационарных условиях, общего типа

#### **При допросе несовершеннолетнего обвиняемого, не достигшего 16 лет, обязательно участвуют**

- в стационарных условиях, специализированного типа
- в амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра
- в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивном наблюдением
- в стационарных условиях, общего типа

### **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный З., 15 лет, обвиняется в убийстве отца, в связи с чем назначена стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза

### **Жалобы**

На головные боли, головокружения при резком изменении положения тела.

### **Анамнез заболевания**

Беременность подэкспертным у матери протекала на фоне анемии, пиелонефрита. З. на первом году жизни наблюдался у невролога по поводу «Перинатальной энцефалопатии, синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости». В 6 лет он перенес травму головы без потери сознания. С 5 класса стал испытывать трудности в обучении, резко ухудшилась успеваемость. На уроках был невнимателен, отвлекаем, часто пропускал занятия без уважительной причины. Из материалов уголовного дела следует, что З. обвиняется в нанесении отцу не менее 32 ударов ножом по различным частям тела, от полученных телесных повреждений потерпевший скончался. Из показаний свидетелей известно, что из-за агрессии отца З. в последнее время не ночевал дома, стал скрытным, часто жил в гараже, когда отец его выгонял. За несколько дней до случившегося отец в состоянии опьянения вновь избил мать подэкспертного. После заключения под стражу в следственном изоляторе З. нарушал режим, не подчинялся требованиям администрации, портил имущество.

### **Анамнез жизни**

\* Сведений о биологическом отце нет. \* Воспитывался в малообеспеченной семье. \* Отец злоупотреблял алкогольными напитками, в состоянии опьянения был агрессивен, избивал подэкспертного и его мать. \* Обучение в школе начал своевременно. С начальных классов был поставлен на внутришкольный учет из-за уходов из дома. \* С 9 лет неоднократно приглашался в Комиссию по делам несовершеннолетних в связи с поведенческими нарушениями. \* В 13 лет нанес побои девочке, в возбуждении уголовного дела было отказано из-за возраста. \* Условно переведен в 9 класс в связи с плохой успеваемостью. \* На учете у психиатра и нарколога подэкспертный не состоял.

### **Объективный статус**

Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Цель проводимой экспертизы передает верно. Во время беседы держится напряженно. Контакт носит недостаточно продуктивный, формальный характер. На вопросы отвечает после пауз, кратко, односложно. Анамнестические

сведения излагает в плане «вопрос-ответ». С теплотой отзывается о матери, характеризует ее «хорошей, доброй». Себя считает «спокойным, если не задевают», описывает состояния, когда «бывает злым..., надо время, чтобы отойти, ... много хожу и легче», не всегда может сдержаться, легко выходит из себя – «сразу лезу в драку». Неохотно сообщает о неоднократных травмах головы, перенесенных в драках. При затрагивании темы его взаимоотношений с отчимом надолго замолкает, на глаза наворачиваются слезы, перестает отвечать на вопросы, затем резко встает и выходит из кабинета, отказываясь продолжать беседу. В последующем несколько успокаивается, признается, что ему трудно вспоминать о случившемся. Удастся выяснить, что накануне от матери узнал, что отчим в очередной раз ее побил, у нее «был синяк под глазом». Отмечает, что сильно разозлился на отчима, пытался отвлечься с друзьями в гараже, но не мог, в голове крутилась мысль, что «отчим снова избил мать», «накатывали картинки» обо всех обидах, которые им тот нанес. Говорит, что «так всю ночь просидел, не мог уснуть, утром решил поговорить с отчимом». Сообщает, что взял нож, на всякий случай, чтобы припугнуть отчима. Стал ждать его возле гаража, при этом испытывал злость, «в висках пульсировало». Увидев отчима, испугался, т.к. «всегда боялся его», не смог ничего ему сказать, испытывал «страх, злость, ненависть», «взял нож и стукнул его в живот несколько раз». Отмечает, что дальнейших ударов не помнит, «бил куда пришлось». Помнит, как бежал в гараж, при этом «не чувствовал рук и ног», была только мысль, что надо снять одежду и сжечь. Сообщает, что в дальнейшем переоделся, дома позавтракал, пошел в полицию и во всем признался. Утверждает, что убивать отчима не хотел, собирался лишь поговорить с ним. Запас общеобразовательных знаний и представлений невысокий, но соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Мышление с тенденцией к конкретному. Ряд суждений носит поверхностный, облегченный характер. Эмоциональные проявления несколько неустойчивые, но в целом соответствуют обсуждаемым темам. При экспериментально-психологическом исследовании на фоне актуального состояния в виде повышенного психического напряжения, тревожности, колебаний настроения, склонности к вытеснению неприятных переживаний, попыток ухода от их интеллектуальной переработки, наблюдаются дисгармоничные личностные черты. Отмечается поверхностная, недостаточно дифференцированная самооценка, категоричность суждений и полярность оценок. Относительно невысокая агрессивность сочетается с чувствительностью к средовым воздействиям, сензитивностью, обидчивостью, наряду с ригидностью, инертностью, узким репертуаром стратегий разрешения сложных жизненных ситуаций. Склонность к накоплению психического напряжения сочетается с тенденцией к самовзвинчиванию, с последующим продуцированием ярких эмоционально насыщенных реакций, при затрудненности всестороннего

прогноза последствий своих действий. В интеллектуальной сфере отмечается нерезко выраженная тенденция к конкретности мышления, элементы эмоциональной логики в сочетании с некоторой ригидностью мыслительных процессов, а также колебания внимания и умственной работоспособности, утомляемость к концу работы.

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- в стационарных условиях, специализированного типа
- в амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра
- в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивном наблюдением
- в стационарных условиях, общего типа

**Результаты обследования**

**У подэкспертного в настоящее время имеется**

- органический психофизический инфантилизм
- псевдоолигофренический симптомокомплекс
- церебрастенический вариант психоорганического синдрома
- тревожно-депрессивный синдром

**В период правонарушения у подэкспертного отмечались проявления**

- физиологического аффекта
- просоночного состояния
- дисфорической реакции непсихотического уровня
- патологического алкогольного опьянения

**В рамках экспериментально-психологического исследования у З. выявляется патопсихологический симптомокомплекс, относящийся к**

- шизофреническому регистру
- олигофреническому регистру
- аномально-личностному регистру психогенно обусловленному
- экзогенно-органическому регистру

**В рамках судебно-психиатрической систематики дизонтогенетического развития у несовершеннолетних обвиняемых психическое развитие З. можно отнести к**

- дефектам развития
- аномалиям развития
- асинхрониям развития

- гетерохрониям развития

### **Психическое расстройство у подэкспертного следует сформулировать как**

- дефектам развития
- аномалиям развития
- асинхрониям развития
- гетерохрониям развития

### **Диагноз**

### **Психическое расстройство у З. соответствует рубрике МКБ-10**

- F60.33
- F92.8
- F07.08
- F21.8

### **Органическое расстройство личности следует дифференцировать с**

- диссоциативными (конверсионными) расстройствами
- формирующимся расстройством личности
- шизотипическим личностным расстройством
- умственной отсталостью

### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в болезненном состоянии, в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

### **Правовая оценка экспертного решения подпадает под квалификацию**

- ограниченной вменяемости (ст. 22 УК РФ)
- невменяемости (ст. 21 УК РФ)
- «возрастной» невменяемости (ч. 3 ст. 20 УК РФ)
- полной вменяемости

### **Наличие психического расстройства у несовершеннолетнего З., не исключаящее вменяемости (в рамках ст. 22 УК РФ) является обстоятельством**



- учитывающимся судом при назначении условного срока наказания
- не влияющим при назначении наказания
- отягчающим наказание
- смягчающим наказание

### **3. рекомендуются принудительные меры медицинского характера в виде**

- учитывающимся судом при назначении условного срока наказания
- не влияющим при назначении наказания
- отягчающим наказание
- смягчающим наказание

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный С., 17 лет. Обвиняется в серии убийств и покушений на убийства, совершенных в организованной группе, в связи с чем назначена стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Жалобы на состояние здоровья не высказывает, отмечает лишь редкие головные боли, возникающие при переутомлении или недосыпании.

### **Анамнез заболевания**

Наследственность психическим заболеваниями не отягощена. Родился вторым ребенком в семье от нормально протекавших беременности и родов, с весом 3600,0 г; длиной тела 57 см, оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Раннее психомоторное развитие протекало своевременно. В детском возрасте перенес ветряную оспу, скарлатину, ОРЗ без осложнений. В 4 г. наблюдался у невролога по поводу минимальной мозговой дисфункции, энуреза. В детских коллективах адаптировался хорошо. По характеру формировался спокойным, неконфликтным, немногословным. Согласно школьной характеристике: ответственный, инициативный, поддерживал дружеские отношения с одноклассниками. Был аккуратен, подтянут, уверен в себе, самокритичен. Обладал волевыми качествами, хорошими памятью, мышлением. Обвиняется в том, что С. в организованной преступной группе на националистической почве совершил 17 убийств и 8 покушений на убийства граждан. В период пребывания под стражей нарушал режим содержания в следственном изоляторе, отказывался выполнять требования, устанавливал межкамерную связь, хранил запрещенные предметы.

### **Анамнез жизни**

\* Родители в разводе. \* Посещал детский сад, где был адаптирован. \* В общеобразовательную школу оформлен с 6 лет, учился хорошо, активно участвовал в школьных мероприятиях. \* Занимался горнолыжным спортом, участвовал в соревнованиях, в том числе международных, занимал призовые места. Последний год занимался в секции по тайскому боксу. \* Окончил 11 классов с золотой медалью и поступил в Университет физической культуры. \* Наблюдался по поводу правостороннего нефроптоза, аллергического ринита. \* На учете у психиатра и нарколога не состоит. \* Ранее к уголовной ответственности не привлекался.

### **Объективный статус**

Подэкспертный ориентирован всесторонне правильно. Во время беседы держится уверенно, корректно. Речь грамотная, с богатым словарным запасом. На вопросы отвечает в плане заданного, по существу. Анамнестические сведения сообщает последовательно. Цель проводимой экспертизы передает правильно. Считает себя психически здоровым. Охарактеризовать себя затрудняется, вместе с тем отмечает, что выдержанный, спокойный, не конфликтный, «не лидер, но хороший организатор». Поясняет, что у него хорошее самообладание. Отношения с родителями формально характеризует как «хорошие». Из увлечений отмечает чтение исторических романов «о древней Руси и русичах», а также занятия различными видами спорта. Хорошо ориентирован в политических направлениях, пропагандирующих националистические взгляды. Спокойно, последовательно рассказывает об эпизодах нападения в организованной группе на граждан, называет это «акциями». Сообщает, что имел прозвища «White», а также «Молоток», по оружию, которое он использовал, являлся организатором этих «акций». Отмечает, что при нападении на людей «испытывал прилив адреналина», чувство жалости к потерпевшим «старался пресечь», был уверен, что делает «правое дело». Говорит, что такие «акции» планировал продолжать до 18 лет, затем хотел «начать новую взрослую жизнь». Утверждает, что после заключения его под стражу, он, «изменил свое мировоззрение», «понял, что все люди равны». Проявляет осведомленность в правовых вопросах. Суждения последовательные, отдельные - несколько поверхностны. Эмоциональные реакции адекватные сложившейся ситуации. Интеллектуально-мнестических нарушений нет. Критические и прогностические способности сохранены. В экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают черты формирующейся личностной дисгармонии подэкспертного. Обнаруживаются противоречивые личностные черты: существенно сниженная способность к сопереживанию в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, тенденцией к дезорганизации деятельности в субъективно значимых и

эмоционально насыщенных ситуациях, а также гиперкомпенсаторные тенденции, с ориентацией на силу и гипермаскулинность. Нерезко выраженные открытые внешнеобвиняющие реакции сочетаются с повышенной потребностью в самоутверждении и лидерстве, достигаемом за счет внутреннего противопоставления себя окружающим и социальным ценностям, а также с тенденцией к игнорированию общепринятых норм, активностью и настойчивостью в реализации своеобразных смыслов. Вместе с тем, подэкспертный осведомлен о социальных нормах, способен учитывать их в поведении, предвидеть ближайшие последствия своих действий. В интеллектуальной сфере нарушений мышления не выявлено. Ассоциативные процессы также без нарушений. Выявляются незначительные трудности вратываемости, некоторые колебания внимания и умственной работоспособности, без явлений утомляемости. Мнестические процессы сохранены.

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- учитывающимся судом при назначении условного срока наказания
- не влияющим при назначении наказания
- отягчающим наказание
- смягчающим наказание

**Результаты обследования**

**У подэкспертного определяется**

- грубый психопатоподобный синдром
- синдром повышенной аффективной возбудимости
- расстройство поведения с нарушением взаимоотношений с другими детьми
- устойчивое диссоциальное, агрессивное поведение в интегрированной группе

**В рамках экспериментально-психологического исследования психолог квалифицировал у С. патопсихологический симптомокомплекс, относящийся**

**к + + регистру**

- аномально-личностному
- шизофреническому
- олигофреническому
- экзогенно-органическому

**В рамках возрастной систематики течения пубертата у подэкспертного имеется вариант + + пубертатного криза**

- дисгармонического
- патологического
- психологического
- гармонического

#### **Психическое расстройство у подэкспертного следует сформулировать как**

- дисгармонического
- патологического
- психологического
- гармонического

#### **Диагноз**

#### **Психическое расстройство у С. соответствует рубрике МКБ-10**

- F60.83
- F92.8
- F70.08
- F91.2

#### **Социализированное расстройство поведения следует дифференцировать с**

- смешанным расстройством эмоций и поведения
- несоциализированным расстройством поведения
- органическим расстройством личности и поведения
- шизотипическим расстройством с преобладанием психопатоподобной симптоматики

#### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в болезненном состоянии, в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **Правовая оценка экспертного решения подпадает под квалификацию**

- невменяемости (ст.21 УК РФ)
- ограниченной вменяемости (ст. 22 УК РФ)
- вменяемости

- «возрастной» невменяемости (ч. 3 ст. 20 УК РФ)

### **Этиология формирования расстройств поведения в детско-подростковом возрасте предусматривает**

- преимущественное влияние эндогенных факторов
- биопсихосоциальный подход
- алкогольную зависимость у родителей
- генетические аберрации

### **Негативистическое, враждебное, вызывающее, провокационное поведение у детей в возрасте до 10 лет характерно для**

- диссоциального расстройства личности
- органического расстройства личности
- оппозиционно-вызывающего расстройства
- смешанного расстройства личности

### **Наиболее часто назначаемым видом судебной экспертизы при освидетельствовании несовершеннолетних является/являются**

- диссоциального расстройства личности
- органического расстройства личности
- оппозиционно-вызывающего расстройства
- смешанного расстройства личности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертная К., 32 года, обвиняется в мошенничестве, в связи с чем направлена на судебно-психиатрическую экспертизу.

### **Жалобы**

\* Головные боли при смене погоды; \* трудности засыпания; \* повышенная раздражительность.

### **Анамнез заболевания**

К. отставала в психофизическом развитии. С опозданием начала ходить и говорить, фразовая речь также формировалась с опозданием. С 7 лет начала обучение в общеобразовательной школе, училась плохо, программу не усваивала, переведена во вспомогательную школу, где училась удовлетворительно. В 14 лет перенесла черепно-мозговую травму с потерей сознания, лечилась стационарно. В 16 лет в связи с трудностями в

самообслуживании из-за левостороннего гемипареза впервые консультирована психиатром. Во время осмотра специалистом была медлительна, заторможена, эмоционально невыразительна. Мышление ее было конкретным, лексикон ограничен, запас знаний и представлений ниже возрастной нормы. Находилась под динамическим наблюдением у психиатра, ей определена инвалидность. С 18 лет в компании сверстников стала употреблять спиртные напитки. В состоянии алкогольного опьянения бывала раздражительной, агрессивной по отношению к матери. В дальнейшем ее состояние стабилизировалось, работала уборщицей, вахтером. Проживала с мужчиной в гражданском браке, с которым вновь стала злоупотреблять алкоголем, была груба, агрессивна с родителями, требовала у них деньги. Обвинялась в том, что, представив свои документы, приобрела в кредит бытовую технику на общую сумму 20 880 рублей. При оформлении кредита указала сведения, не соответствующие действительности. В дальнейшем ежемесячные взносы для погашения кредита не выплачивала.

### **Анамнез жизни**

\* Родители злоупотребляют алкогольными напитками. \* Сведения о беременности у матери подэкспертной, течении родов не имеется. \* В послеродовом периоде был диагностирован детский церебральный паралич с гемипарезом. \* В детских дошкольных учреждениях была тихой, замкнутой, со сверстниками не общалась. \* Обучалась во вспомогательной школе, училась удовлетворительно. \* После окончания 9 классов вспомогательной школы проживала с родителями, помогала по хозяйству, шила, вязала. \* Является инвалидом 2 группы по психическому заболеванию.

### **Объективный статус**

Правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности. Держится напряженно, сидит в однообразной позе. Выражение лица грустное. Мимика обеднена. Настроение снижено. Несколько заторможена. Голос тихий, маломодулированный. Темп речи замедлен, словарный запас ограничен. Сведения о себе сообщает кратко. Себя характеризует спокойной, в то же время часто отмечает у себя плохое настроение, когда «все раздражает», тогда становится обидчивой, «кричит на родителей, ругается, психует». Сообщает, что выпивает чтобы «успокоить нервы», а также в компании с сожителем. При расспросе об инкриминируемом ей деянии становится растерянной, плачет. Не может объяснить, как попала в такую ситуацию, недоумевает по поводу случившегося. Отмечает, что в день правонарушения «была с похмелья», до этого выпивала несколько дней подряд, очень хотелось опохмелиться, но не было денег. Когда «знакомые» предложили «подработать», она согласилась, не спросив о том, что ей предстоит сделать. Говорит, что не знала даже, что такое «кредит», «писала все документы под диктовку», «не задумывалась и не понимала, что делает» и что будет потом. После оформления кредита очень

обиделась на своих знакомых, которые обещали хорошо заплатить, а дали всего 300 рублей. Сообщает, что позже ни с кем не советовалась по поводу произошедшего, не придавала этому никакого значения. Забеспокоилась и рассказала обо всем матери, когда стали приходить квитанции на «оплату кредита». Мышление конкретного типа, суждения поверхностные, легковесные, незрелые, примитивные. Запас общеобразовательных знаний и представлений ограничен. Интеллект невысок. Отмечаются трудности разрешения сложных проблем, недостаточная способность к прогнозу возможных последствий своих действий, неполное понимание противоправности инкриминируемого ей деяния. При этом выявляются возможность выполнения интеллектуальных операций с выделением практически значимых признаков, достаточная ориентированность в вопросах практической жизни. Эмоциональные реакции неустойчивые. Критика к своему состоянию неполная, оценить критически сложившуюся ситуацию не может.

#### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- диссоциального расстройства личности
- органического расстройства личности
- оппозиционно-вызывающего расстройства
- смешанного расстройства личности

#### **Результаты обследования**

#### **Клиническая симптоматика расстройства у подэкспертной обусловлена**

- органическим псевдоолигофреническим синдромом
- психоорганическим симптомокомплексом
- легкой интеллектуальной недостаточностью
- астеническим симптомокомплексом

#### **Психическое состояние подэкспертной осложняется нарушениями в виде**

- хронического бредового расстройства
- значительных расстройств поведения
- эпилептиформного синдрома
- шизофреноподобной симптоматики

#### **Психологом выявлены характерные феномены в виде**

- патопсихологического симптомокомплекса при умственной отсталости
- незрелости, связанной с органической недостаточностью
- органического патопсихологического симптомокомплекса
- патопсихологических нарушений по шизофреническому типу

**Психическое расстройство у подэкспертной следует сформулировать как**

- патопсихологического симптомокомплекса при умственной отсталости
- незрелости, связанной с органической недостаточностью
- органического патопсихологического симптомокомплекса
- патопсихологических нарушений по шизофреническому типу

**Диагноз**

**Психическое расстройство у К. соответствует рубрике МКБ-10**

- F06.82
- F21.32
- F70.08
- F70.1

**Коэффициент интеллекта (IQ) при данной степени умственной отсталости у К. составляет + \_\_\_\_\_ + единиц**

- 35-49
- 50-69
- 20-34
- 0-20

**При диагностике умственной отсталости у взрослых определение интеллектуального уровня должно основываться на всей доступной информации, включая + \_\_\_\_\_ + поведение**

- деятельностное
- безупречное
- адаптивное
- сознательное

**Умственную отсталость следует дифференцировать с**

- пограничным расстройством личности
- органической деменцией
- органическим расстройством личности в связи с эпилепсией
- псевдоневротической (неврозоподобной) шизофренией

**В период инкриминируемого деяния подэкспертная**

- находилась в болезненном состоянии, в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным



- могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не могла осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не могла в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **Правовая квалификация экспертного решения подпадает под действие**

- статьи 89 УК РФ
- ч. 3 статьи 20 УК РФ
- статьи 21 УК РФ
- статьи 22 УК РФ

#### **К принудительным мерам медицинского характера в отношении подэкспертной К. относится**

- статьи 89 УК РФ
- ч. 3 статьи 20 УК РФ
- статьи 21 УК РФ
- статьи 22 УК РФ

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 52 лет самостоятельно вызвала скорую психиатрическую помощь в связи с ухудшением психического состояния, в результате впервые добровольно была направлена на лечение в психиатрический стационар, где находится в настоящее время в течение 10 дней. Однако пациентка с первых дней пребывания в ПБ тяготится обстановкой, считает, что попала не по назначению, настаивает на выписке, ссылаясь на оставленную одну дома больную мать.

### **Жалобы**

Предъявляет жалобы на воздействие, голоса в голове, тревогу, расстройства сна, а также на соматические жалобы в виде скованности в теле, моторной заторможенности, нагрубания молочных желез, выделения молозива из грудных желез.

### **Анамнез заболевания**

Впервые заболела 20 лет назад (больной 32 года), когда появился особый интерес к астрологии, мистике. Стала активно общаться в интернете с «астрологами». «По совету астрологов» сожгла открытку из Иерусалима, после

чего ощутила на себе воздействие бесов: стал плохо видеть правый глаз, ощущала запах гари, испытывала страх, нарушился сон. Слышала голоса бесов внутри головы, которые издевались над ней, говорили, что она выбрана ими для искупления грехов всего человечества. Стала активно посещать церковь, «обкладывалась» иконами, пила святую воду, много молилась «высшим силам», привязывала молитвенник к телу. Испытывала тревогу, страх, плохо спала. Обратилась за помощью к психиатру частным образом. Получала рисперидон, клозапин. На фоне терапии нормализовался сон, дезактуализировались воздействия. Самостоятельно скорректировала схему терапии, отменила азалептин, снизила поддерживающую дозу рисперидона до 0.5 мг/сут. Такое лечение принимала последние 10 лет. Работала, жила полноценной жизнью. С января 2019 года от приема лекарств отказалась. С июня 2019 года состояние вновь ухудшилось, после того как в сети интернет просмотрела сессию экзорцизма. После чего вновь стала ощущать собственную «забесованность». Стала посещать сессии по избавлению ее от бесов. Стала разговаривать с духами, которых слышала в голове. Поняла, что «произошло ее подключение к потустороннему миру». Испытывала на себе передачу чужих «бесовских» мыслей на расстоянии, телекинез. Ощущала воздействие на мысли, тело радиоволнами. Также стала слышать в голове голоса, которые вели с ней диалог, принадлежащие мужчинам и женщинам, хорошие и плохие. Сначала дружили, смеялись. Затем стала тяготиться этим, хотела «отцепиться от них». Однако мужской голос не отпускал ее, говорил, что «мне по приколу над тобой издеваться». Испытывала пронзительную резь в теле, нестерпимое желание заниматься сексом. Стала считать, что сосед по дому воздействует на ее мозги, рассудок, радиоволнами пытается ею управлять. Иногда говорил «выпрыгни в окно». Считала, что с помощью специально установленных в ее квартире камер, он следит за ней, просматривает ее квартиру, видит ее, даже цвет ее белья. Ощущала постоянное преследование и приказы с его стороны. На этом фоне испытывала сильное сексуальное возбуждение, что связывала как с воздействием, так и с климаксом. Неоднократно обращалась за помощью к гинекологу с целью устранить гормональный дисбаланс. На высоте состояния испытывала страх, тревогу за свое здоровье, не спала ночами, самостоятельно вызвала скорую психиатрическую помощь. При поступлении в ПБ больной было назначено лечение: галоперидол в табл. по 5 мг 3 раза в день, клозапин 25 мг на ночь.

### **Анамнез жизни**

\* Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался. \* Не курит, алкоголь не употребляет. \* Образование высшее, окончила педагогический институт по специальности детский педагог-психолог. Проработала по специальности 2 года. Далее родила ребенка. 10 лет нигде не

работала, занималась домашним хозяйством и воспитанием дочери. В дальнейшем вышла на работу. Работала продавцом в магазине. Меняла места работы. \* Последние полгода нигде не работает. \* Проживает с престарелой матерью и взрослой дочерью в отдельной квартире, где имеет свою комнату. \* В настоящее время в разводе, полового партнера не имеет. \* Круг общения ограничен членами семьи и 1 подругой. \* Хронический заболеваний в анамнезе нет. При соматическом осмотре молочные железы увеличены, при надавливании на сосок выделяется молозиво, кожа лица с сальным оттенком, при неврологическом осмотре выявляется гипертонус мышц конечностей, других отклонений не выявлено.

### **Объективный статус**

Тревожна, напряжена. Не может усидеть на месте, постоянно встает и ходит по кабинету. Предъявляет жалобы на воздействие, голоса в голове. Во время беседы сидит напряженно. В целом моторика обеднена, отмечается скупость мимики и пантомимики. Выражение лица тревожное, порой подозрительное. Кожа лица с сальным оттенком. Взгляд в одну точку. Сознание не помрачено, основные виды ориентировки сохранены. Загружена галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Сообщает о контактах с духами, бесами, вела с ними беседу. Говорит, что произошло подключение, передача мыслей на расстояние с помощью телекинеза, радиоволн. Отмечает, что слышит мужские и женские голоса внутри головы, хорошие и плохие, ведет с ними диалоги. Голоса сначала веселили, забавляли, дружили. Затем стало утомительно, захотела «отцепиться, а он не отпускает». Считает, что это некий Антон, называет конкретный адрес его проживания (улицу, номер дома, квартиру), который воздействует на ее мозг и рассудок, вызывает сексуальное возбуждение с помощью радиоволн. Пытается управлять, иногда говорит «выпрыгни в окно». Несколько раз подходила к окну, чтобы выпрыгнуть. Отмечает, что преследователь «может видеть ее, даже цвет ее белья», постоянно преследует, приказывает, вызывает пронзительную резь в ее теле. При этом возникает нестерпимое желание заниматься сексом. Во время беседы замирает, к чему-то прислушивается. Подтверждает наличие галлюцинаторной симптоматики во время осмотра. Временами амбивалентна в изложении болезненных переживаний. Мышление паралогичное, аморфное, с соскальзываниями. Когнитивные функции снижены. Эмоциональные реакции обеднены. Фон настроения с оттенком сниженного, тревоги. Антисоциальные и суицидальные тенденции не обнаруживает. Критика к болезни отсутствует. При объективном осмотре отмечается моторная заторможенность, мышцы рук, ног напряжены, походка замедлена, мелкими шажками, при ходьбе тело наклонено вперед.

**В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз**

- статьи 89 УК РФ
- ч. 3 статьи 20 УК РФ
- статьи 21 УК РФ
- статьи 22 УК РФ

### **Результаты обследования**

### **Диагноз**

**В соответствие с критериями МКБ – 10 больной следует выставить такую форму шизофрении как**

- статьи 89 УК РФ
- ч. 3 статьи 20 УК РФ
- статьи 21 УК РФ
- статьи 22 УК РФ

### **Результаты обследования**

**Течение шизофрении в данном случае может быть квалифицировано как**

- эпизодическое со стабильным дефектом
- эпизодическое ремиттирующее
- эпизодическое с нарастающим дефектом
- непрерывное

**Бредовый синдром при обострениях можно определить как**

- параноидный
- паранояльный
- острый парафренный
- сенестопатический

**В клинической картине заболевания ведущим синдромом является**

- сенестопатический
- ипохондрический
- параноидный
- деперсонализации-дереализации

**К психическим автоматизмам данного случая относятся**

- идеаторный, сенсорный
- бредовый

- псевдогаллюцинаторный
- кинестетический

**Проявления нагрубания молочных желез и галакторея скорее всего связано с**

- аномалией сосудов головного мозга
- циррозом печени
- почечной недостаточностью
- медикаментозной гиперпролактинемией

**В связи с появлением у больной нагрубания молочных желез и галактореи необходимо провести**

- общий анализ крови
- анализ крови на определение уровня пролактина
- биохимию крови
- магнитно-резонансную томографию

**Для устранения соматических жалоб больной на нагрубание молочных желез и галакторею необходимым является**

- коррекция психофармакотерапии
- дальнейшее наблюдение
- игнорирование ситуации
- отмена психофармакотерапии

**При определении у пациентки повышенного уровня пролактина крови возможна замена галоперидола на**

- палиперидон
- амисульприд
- оланзапин
- рисперидон

**Выявленный при неврологическом осмотре пациентки гипертонус мышц верхних и нижних конечностей характерен для**

- истинного паркинсонизма
- клинической формы экстрапирамидных нарушений
- энцефалита
- нарушения мозгового кровообращения

**При настойчивом отказе пациента, поступившего в психиатрическую больницу добровольно, от продолжения лечения в условиях стационара (при**

отсутствии оснований для недобровольной госпитализации), несмотря на сохранение симптомов психоза, возможным является

- истинного паркинсонизма
- клинической формы экстрапирамидных нарушений
- энцефалита
- нарушения мозгового кровообращения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 35 лет с уговорами приведен матерью на прием к психиатру. Со слов матери, последние полгода ведет себя неадекватно, проявляет к ней агрессию, обвиняет в сговоре против него с соседями, угрожает матери расправой, не спит по ночам, периодически громко стучит в стену соседям, разговаривает сам с собой. От приема поддерживающей терапии категорически отказывается, ссылаясь, что набрал вес. Со слов матери за последний год на лечении поправился на 10 кг, много ест и пьет жидкости, на теле появились растяжки, в анализах крови отмечается повышенный сахар крови. От предложенного лечения и госпитализации пациент отказывается.

### **Жалобы**

Пациент сам активно жалоб не высказывает. Фиксирован на повышении веса тела.

### **Анамнез заболевания**

Болен с 30 лет, когда беспричинно изменился по характеру, стал замкнутым, развелся с женой, растерял друзей, уволился с последнего места работы и не работает последние 5 лет. С этого времени стал отмечать слежку со стороны соседей. Через стену стал слышать их голоса оскорбляющего характера. Стал считать, что соседи претендуют на их с матерью квартиру, с этой целью собирают на него компромат, чтобы выжить. Утверждал, что соседи тайно проникают в его квартиру, расставили прослушивающую и видеоаппаратуру. С целью свести его с ума и «завладеть его разумом» с помощью специальных устройств направляли в квартиру неприятные запахи и электрические разряды. Все свободное время проводит дома, чаще лежит или бесцельно сидит в интернете. Ощущал запах тухлых яиц, чувствовал покалывания во всем теле. Периодически становился возбужденным, агрессивным, громко кричал, в таком состоянии многократно недобровольно госпитализировался на лечение в психиатрическую больницу. За последние 5 лет лечился в ПБ 10 раз. Последние полгода стал подозревать мать в том, что она вступила в сговор с соседями.

Кричал на нее, угрожал расправой. За время болезни поддерживающую психофармакотерапию принимал нерегулярно, ссылаясь на плохую переносимость, набор в весе, прекращал ее вскоре после выписки из ПБ. Последние полгода принимал лечение оланзапином 20 мг/сут под строгим контролем матери.

### **Анамнез жизни**

\* Отец больного страдал сахарным диабетом, шизофренией, несколько раз лечился в ПБ. \* Курит до 3 пачек сигарет в день, алкоголь не употребляет. \* Образование высшее, окончил строительный институт, до 30 лет работал по специальности. Последние 5 лет не работает, инвалидности не имеет. Проживает с матерью в отдельной двухкомнатной квартире. \* Был женат, имеет от брака дочь 10 лет. В настоящее время в разводе. Отношения с бывшей женой и дочерью не поддерживает. \* Повышенного питания. Из хронических заболеваний: сахарный диабет?

### **Объективный статус**

Сознание не помрачено, основные виды ориентировки сохранены. Контакту малодоступен. Напряжен, легко раздражается. Глазной контакт не поддерживает. Злобно и враждебно настроен в отношении матери. Заявляет, что она находится в сговоре с соседями, которые выжидают его из квартиры. Подозрителен в отношении соседей и матери. Высказывает в их адрес идеи преследования. Заявляет, что квартира просматривается и прослушивается соседями. Мать и соседи травят его зловонными газами, с помощью электротоков вмешиваются в его мыслительную деятельность, путают мысли, вкладывают чужие, повторяют его мысли вслух, вызывают неприятные ощущения в теле в виде болезненных покалываний, жжения. Полагает, что его «хотят свести с ума или довести до смерти». Последние несколько недель слышит громкие голоса соседей через потолок, стены, которые угрожают ему, приказывают срочно покинуть квартиру. В ответ громко кричит, стучит в стены и потолок соседей, угрожает матери и соседям. Мышление паралогичное, непоследовательное, аморфное с элементами разорванности. Эмоционально уплощен, критика к болезни отсутствует. Сон нарушен, аппетит повышен.

### **В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз**

- истинного паркинсонизма
- клинической формы экстрапирамидных нарушений
- энцефалита
- нарушения мозгового кровообращения

### **Диагноз**

**В соответствии с критериями МКБ – 10 больной следует выставить такую форму шизофрении как**

- гебефренная шизофрения F20.1
- шизофрения параноидная F20.0
- бредовое расстройство F22.0
- кататоническая шизофрения F20.2

**Течение шизофрении в данном случае может быть квалифицировано как**

- непрерывное
- эпизодическое со стабильным дефектом
- эпизодическое с нарастающим дефектом
- эпизодическое ремиттирующее

**Значительное повышение массы тела у пациента и гиперпролактинемия являются проявлениями**

- повышения аппетита
- наследственности
- снижения физической активности
- фармакогенного метаболического синдрома

**В клинической картине заболевания ведущим синдромом является синдром**

- деперсонализации-дереализации
- ипохондрический
- параноидный
- сенестопатический

**К психическим автоматизмам данного случая относятся**

- псевдогаллюцинаторный
- бредовый
- идеаторный, сенсорный
- кинестетический

**Первым этапом деятельности врача по борьбе с ожирением и гипергликоземией у пациента является**

- систематическое измерение массы тела и окружности талии
- замена антипсихотика
- назначение мочегонных препаратов
- диета



**В связи с наличием у больного ожирения необходимо провести**

- ультразвуковое исследование желудочно-кишечного тракта
- анализ крови на определение уровня глюкозы
- анализ крови на пролактин
- общий анализ крови

**Препаратом выбора для данного пациента с ожирением, повышением уровня глюкозы крови в анамнезе, а также наследственной отягощенностью является**

- зипрасидон
- кветиапин
- оланзапин
- клозапин

**Состояние галлюцинаторно-параноидных переживаний, имеющих место у пациента, может предшествовать**

- асоциальному поведению
- синдрому помрачения сознания
- хронической парафрении
- суицидальному поведению

**Учитывая несоблюдение пациентом режима непрерывности психофармакотерапии, подходом к медикаментозному лечению является применение**

- инъекционных форм антипсихотиков
- сублингвальных форм антипсихотиков
- пролонгированных форм антипсихотиков
- антипсихотиков в каплях

**Формой оказания психиатрической помощи для данного пациента является**

- инъекционных форм антипсихотиков
- сублингвальных форм антипсихотиков
- пролонгированных форм антипсихотиков
- антипсихотиков в каплях

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Мужчина 55 лет, одинокий, проживает один в отдельной квартире, пришел на

плановый амбулаторный прием в ПНД к психиатру для получения очередной инъекции галоперидола-деканата. В беседе сообщил врачу, что последние 2 недели отказался от еды, так как участвует в инопланетном эксперименте по перемещению на Марс. Для этого он поддерживает постоянный контакт с инопланетянами. С целью качественного выполнения эксперимента инопланетяне запрещают ему принимать пищу, чтобы он стал невесомым. Внешне выглядит крайне истощенным, гигиенически запущенным. Пациент неусидчив, ерзает на стуле, отмечаются непроизвольные подергивания кистей рук, ног, тикоидные подергивания верхних и нижних век, что особо не беспокоит пациента. Учитывая выраженную физическую истощенность пациента, врачом пациенту предложена госпитализация в ПБ, от чего больной категорически отказывается, опасаясь прервать контакт с инопланетянами и эксперимент.

### **Жалобы**

Предъявляет жалобы на воздействие, голоса в голове, на неусидчивость, на увеличение молочных желез с выделением молозива.

### **Анамнез заболевания**

Рос замкнутым. Болен с 30 лет, когда увлекся экспериментальной деятельностью, стал разрабатывать проекты в области астрологии, считал, что сможет совершить прорыв в науке. Ходил по разным инстанциям, писал письма в правительство, с целью получить материальную поддержку для его исследований. С 35 лет стал замечать слезку на улице, слышать голоса преследователей внутри головы угрожающего содержания, испытывал воздействие на мозг с помощью специальной аппаратуры, в результате его мысли становились известны злоумышленникам. Полагал, что у него хотят украсть его научные идеи, помешать экспериментам. Временами испытывал тревогу, страх. В 45 лет внезапно услышал странные голоса, которые представились жителями Марса. Возникло ощущение счастья и восторга. С этого времени продолжил виртуальное общение с инопланетянами. Понял, что его эксперименты удались. Стал считать себя великим изобретателем масштаба вселенной. Настроение было приподнятым. Голоса инопланетян подбадривали его, хвалили, называли великим, давали научные советы. Ощущал на себе с их стороны воздействие с помощью радиоволн. При этом появлялись необычные мысли в голове, в теле возникало приятное тепло. Последний год по договоренности с инопланетянами стал готовиться к полету на Марс. Последний месяц по их приказу ограничил себя в еде. Последние 2 недели полностью прекратил прием пищи, чтобы стать невесомым и поместиться в летательном аппарате. Пациент много лет находится под наблюдением ПНД. Неоднократно лечился в психиатрической больнице. Регулярно принимал поддерживающую терапию галоперидолом, последние несколько лет -

инъекциями галоперидола-деканата 100 мг 1 раз в 3 недели. От регулярного приема тригексифенидила отказывался из-за появляющихся проблем со зрением.

### **Анамнез жизни**

\* Мать больного страдала шизофренией, умерла 2 года назад. \* Не курит, алкоголь не употребляет. \* Образование высшее, окончил физико-математический институт. 3 года работал по специальности, затем уволился, с этого времени больше нигде не работает, проживал на иждивении матери. От оформления группы инвалидности отказался. \* В настоящее время живет один в отдельной однокомнатной квартире на сбережения, оставшиеся от матери. Ведет замкнутый образ жизни, друзей не имеет, порядок не нарушает. Никогда не был женат.

### **Объективный статус**

Фон настроения приподнят, многоречив, охотно рассказывает о своих переживаниях. Мышление крайне паралогичное, аморфное, с соскальзываниями, временами с элементами разорванности. Эмоционально уплощен, тускл, мимика монотонная, маловыразительная. Считает себя великим изобретателем масштаба Вселенной. Сообщает, что находится под постоянным контролем инопланетян, почти постоянно слышит их голоса внутри головы, которые его подбадривают, хвалят, называют Великим, дают научные советы и инструкции поведения. Ощущает на себе воздействие с их стороны с помощью особых радиоволн. При этом у него появляются необычные рационализаторские мысли в голове, в теле возникают приятное тепло, особые движения в руках и ногах. Сообщает, что по договоренности с инопланетянами готовится к полету на Марс. С этой целью последние 2 недели полностью прекратил прием пищи, чтобы стать невесомым и поместиться в летательном аппарате. Настроен на проведение эксперимента до конечного результата. Критика нарушена. Сон укорочен. Суицидальных мыслей и тенденций нет. При объективном осмотре у пациента отмечается увеличение молочных желез, при надавливании на соски выделение молозива. Из неврологических расстройств выявляются акатизия, гиперкинезы лица и туловища.

### **В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз**

- инъекционных форм антипсихотиков
- сублингвальных форм антипсихотиков
- пролонгированных форм антипсихотиков
- антипсихотиков в каплях

### **Диагноз**

**В соответствии с критериями МКБ – 10 больному следует выставить такую форму шизофрении как**

- гебефренная шизофрения F20.1
- параноидная F20.0
- недифференцированная шизофрения F20.3
- кататоническая шизофрения F20.2

**Течение шизофрении в данном случае может быть квалифицировано как**

- эпизодическое с нарастающим дефектом
- непрерывное
- эпизодическое со стабильным дефектом
- эпизодическое ремиттирующее

**Бредовый синдром можно определить как**

- хронический парафренный
- сенестопатический
- паранояльный
- параноидный

**В клинической картине заболевания ведущим синдромокомплексом является**

- сенестопатический
- ипохондрический
- деперсонализации-дереализации
- синдром Кандинского-Клерамбо

**Особые движения в руках и ногах, возникающие у пациента под воздействием радиоволн, являются проявлениями**

- кинестетических психических автоматизмов
- аффективных нарушений
- бредовых нарушений
- псевдогаллюцинаций

**Проявления увеличения молочных желез и галакторея у пациента связаны с**

- аномалией сосудов головного мозга
- хронической почечной недостаточностью
- циррозом печени
- медикаментозной гиперпролактинемией

**В связи с появлением у больного нагрубания молочных желез и галактореи необходимо провести**

- анализ крови на определение уровня пролактина
- биохимический анализ крови
- общий анализ крови
- МРТ

**Для устранения соматических жалоб больного на нагрубание молочных желез и галакторею необходимым является**

- дальнейшее наблюдение
- коррекция психофармакотерапии
- не придавание значения
- отмена психофармакотерапии

**При определении у пациента повышенного уровня пролактина крови возможна замена галоперидола на**

- рисперидон
- аминазин
- амисульприд
- клозапин

**Выявленная при неврологическом осмотре пациента симптоматика с непроизвольным подергиванием кистей рук, ног, тикоидными подергиваниями верхних и нижних век характерна для**

- нарушений мозгового кровообращения
- энцефалита
- тиков
- поздней дискинезии

**Формой медицинской помощи для данного пациента является**

- нарушений мозгового кровообращения
- энцефалита
- тиков
- поздней дискинезии

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Мужчина 50 лет, на повторном приеме с женой, которая с трудом уговорила его пойти к врачу. Со слов жены ведет себя неадекватно, возбужден, отмечают странные высказывания, двигательно расторможен, многоречив, не слушает собеседника, легко раздражается, со всеми ссорится, кричит на жену, несколько раз в гневе кидался в нее тяжелыми предметами. За последние несколько месяцев наделал долгов, набрал кредитов. Дома практически не сидит, при любой возможности убегает из дома по непонятным делам. Назначенную на прошлом визите терапию: рисперидон 4 мг/сут принимает нерегулярно.

### **Жалобы**

Самостоятельно жалоб не предъявляет. Считает, что у него все хорошо, а «проблемы с психикой имеет жена».

### **Анамнез заболевания**

Болен с 43 лет, когда беспричинно повысилось настроение, стал возбужден, многоречив, двигательно расторможен, агрессивен к близким, перестал спать ночами, тратил много денег на ненужные покупки, заводил случайные знакомства, появились конфликты на работе. Стал считать, что сотрудники сговорились против него, переглядываются, перешептываются. Полагал, что они завидуют его исключительным профессиональным способностям. В голове слышал незнакомые голоса хвалебного содержания. Ощущал в себе прилив сил и появление способности врачевать. Такое состояние длилось полгода с постепенным ухудшением поведения в сторону нелепого. Впервые обратился за помощью к врачу, получал лечение рисперидоном. Состояние полностью нормализовалось. С критикой относился к перенесенному приступу. Вернулся к прежней работе, справлялся. Наладились отношения в семье и с окружающими. Стал выплачивать наделанные долги. Первое время принимал поддерживающую терапию рисперидоном, затем самостоятельно отменил лечение из-за сонливости и заторможенности. Состояние оставалось стабильным в течение 7 лет. Настоящее ухудшение 3 месяца назад, когда вновь беспричинно стал возбужден, раздражителен, подозрителен к окружающим, перестал спать ночами. Ссорился с женой, сотрудниками на работе. Заявлял о своих способностях к врачеванию с помощью своей особой биоэнергетики. Внутри себя испытывал прилив сил, приятного тепла, был двигательно расторможен, куда-то постоянно спешил, не мог долго усидеть на одном месте. Перестал посещать работу, уехал в Сибирь к родственникам. Опоздав на поезд, поехал туда на такси. Стал крайне расточителен, тратил не по средствам много денег, совершал ненужные покупки. Последнее время усилилась неадекватность поведения, к чему-то прислушивался, хохотал, иногда разговаривает сам с собой. Практически не спал, говорил без умолку, появилось агрессивное поведение к жене, несколько раз ударил ее. Стал заявлять, что может менять погоду, при этом странно размахивал руками, объясняя, что

двигает облака. Обратился за помощью к психиатру, назначен рисперидон 4 мг/сут. Однако лечение регулярно не принимал, состояние оставалось нестабильным, повторно обратился к врачу после уговоров жены.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность неотягощена. \* Не курит, алкоголь не употребляет. \* Образование высшее, окончил экономический институт. До настоящего времени работает по специальности. Женат, живет в семье, имеет от брака 2 детей.

### **Объективный статус**

Фон настроения приподнят, многоречив, двигательно расторможен, не может долго усидеть на одном месте, легко раздражается. Концентрация внимания нарушена. Речь ускорена по типу монолога, не дает перебить себя. Голос громкий. Мышление непоследовательное, ускоренное, доходящее до скачки мыслей. Самооценка завышена. Считает себя особенным, говорит о своих особых способностях к врачеванию и влиянию на погоду. Может даже двигать облака движениями рук. В теле испытывает особое тепло, огромный прилив сил и энергии. Иногда слышит голоса внутри головы хвalebного содержания. Предполагает, что общается с Богом. Считает себя избранным, пророком, посланником «высших сил». К жене проявляет враждебность, поскольку она не верит ему. Не отрицает, что несколько раз был не сдержан и бросался в жену тяжелыми предметами, чтобы «она замолчала». По ночам практически не спит, но при этом остается энергичным. Отмечает ускорение мыслей в голове, заявляет, что «голова работает как компьютер». Критика нарушена. Аппетит повышен. Суицидальных мыслей и тенденций нет.

### **В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз**

- нарушений мозгового кровообращения
- энцефалита
- тиков
- поздней дискинезии

### **Диагноз**

### **В соответствии с критериями МКБ – 10 больному следует выставить тип расстройства**

- депрессивный
- неуточненный
- маниакальный
- смешанный

**Течение расстройства в данном случае может быть квалифицировано как**

- приступообразное
- эпизодическое со стабильным дефектом
- непрерывное
- эпизодическое с нарастающим дефектом

**Бредовый синдром можно определить как**

- паранояльный
- сенестопатический
- параноидный
- парафренный

**В клинической картине заболевания синдром можно оценить как**

- маниакальный с развитием острого чувственного бреда
- маниакально-бредовый
- маниакальный с развитием онейроидно-кататонических расстройств
- маниакальный с дурашливостью

**Особенности мышления пациента, проявляющиеся непоследовательностью, ускорением, доходящим до скачки мыслей можно определить как**

- торпидное мышление
- разорванное мышление
- интеллектуальное возбуждение
- расплывчатое мышление

**Состояние аффекта пациента можно отнести к**

- спутанной мании
- веселой мании
- маниакальному буйству
- гневливой мании

**Состояние гневливой мании может перерасти в**

- апатическое состояние
- расстройство сознания
- психомоторную заторможенность
- маниакальное буйство



Учитывая некомплаентность пациента в отношении психофармакотерапии, предпочтительной формой поддерживающего амбулаторного лечения для него является + форма антипсихотиков

- пролонгированная
- таблетированная
- жидкая (в виде раствора)
- сублингвальная

Учитывая тот факт, что пациент в настоящее время переносит второй приступ, для профилактики повторных обострений пациенту целесообразно добавить к лечению

- анксиолитики
- ноотропы
- гипнотики
- нормотимики

Для купирования уровня бодрствования у пациента целесообразным выбором психофармакотерапии являются

- седативные антипсихотики
- гипнотики
- анксиолитики
- седативные антидепрессанты

Формой медицинской помощи для данного пациента является

- седативные антипсихотики
- гипнотики
- анксиолитики
- седативные антидепрессанты

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза обвиняемого (26 лет), привлеченного к уголовной ответственности в связи с совершением грабежа в состоянии алкогольного опьянения.

### **Жалобы**

На периодические головные боли, раздражительность.

### **Анамнез заболевания**

В представленной медицинской документации имеется информация о патологии беременности и родов у матери, отставании в раннем развитии, нарушениях поведения в школьном возрасте. Известно, что в подростковом возрасте перенес несколько травм головы, в том числе, с потерей сознания; лечился стационарно. Согласно показаниям свидетелей в материалах уголовного дела подэкспертный раздражительный, конфликтный; на протяжении последних 2-х лет злоупотребляет алкогольными напитками.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность не отягощена, имеет среднее образование; \* в армию не призывался из-за плоскостопия; \* холост; \* постоянного места работы нет. \* К уголовной ответственности привлекается впервые. Данных об обращениях за медицинской помощью после задержания, нарушениях режима в следственном изоляторе нет.

### **Объективный статус**

Сознание ясное, ориентирован, доступен контакту, активная психопатологическая симптоматика отсутствует. Сведения о себе сообщает избирательно, скрывает отрицательно характеризующую его информацию, в том числе, относительно злоупотребления алкоголем. Отрицает изменение состояния после ареста. Настроение неустойчивое, раздражителен, порой конфликтен, демонстративен. Интеллектуально-мнестические функции существенно не нарушены. Суждения поверхностные, эгоцентричен. Реально оценивает ситуацию, ее исход.

### **В ходе экспертизы данному пациенту необходимо провести**

- седативные антипсихотики
- гипнотики
- анксиолитики
- седативные антидепрессанты

### **Результаты обследования**

### **Ведущим психопатологическим синдромом при настоящей СПЭ является**

- бредовый
- неврозоподобный
- психопатоподобный
- церебрастенический

### **Ведущему психопатоподобному синдрому в данном случае сопутствуют**

- психотические нарушения
- легкие когнитивные нарушения
- умеренные когнитивные нарушения
- аффективные расстройства

**Этиологическим фактором психического расстройства в данном случае являются**

- смешанные заболевания
- неустановленные причины
- эндогенные факторы
- психогенные факторы

**С учетом анамнеза и данных обследований можно поставить диагноз**

- смешанные заболевания
- неустановленные причины
- эндогенные факторы
- психогенные факторы

**Диагноз**

**По своим патогенетическим характеристикам и динамике органическое психическое расстройство в данном случае**

- регрессиентное
- малопрогрессиентное
- высокопрогрессиентное
- резидуальное

**Динамика состояния подэкспертного в период после совершения противоправного деяния**

- разнонаправленная
- отсутствует
- благоприятная
- неблагоприятная

**Ведущим психопатологическим синдромом на период совершения инкриминируемого деяния является**

- психопатоподобный
- астенический
- неврозоподобный

- галлюцинаторный

#### **В период совершения противоправного деяния у подэкспертного**

- выявляется патологическое опьянение
- не выявляется временного психического расстройства
- выявляется острое психотическое расстройство
- выявляется физиологический аффект

#### **Правильным экспертным решением в данном случае будет**

- невозможность решения экспертных вопросов
- ограниченная вменяемость
- вменяемость
- невменяемость

#### **Правильным решением относительно уголовно-процессуальной дееспособности подэкспертного будет**

- нарушенная уголовно-процессуальная дееспособность
- сохранная процессуальная дееспособность за исключением способности давать показания
- сохранная уголовно-процессуальная дееспособность
- сохранная процессуальная дееспособность за исключением способности самостоятельно осуществлять право на защиту

#### **В принудительных мерах медицинского характера подэкспертный**

- нарушенная уголовно-процессуальная дееспособность
- сохранная процессуальная дееспособность за исключением способности давать показания
- сохранная уголовно-процессуальная дееспособность
- сохранная процессуальная дееспособность за исключением способности самостоятельно осуществлять право на защиту

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 49 лет обратилась за помощью к психиатру в психоневрологический диспансер в сопровождении дочери.

### **Жалобы**

На \* сниженное настроение; \* чувство тоски; \* тревогу; \* беспокойство; \* боли в области груди; \* нарушение сна; \* потерю веса; \* чувство вины; \* общую

слабость; \* «интеллектуальную несостоятельность»; \* запоры; \* нарушение менструального цикла.

### **Анамнез заболевания**

Психическое состояние изменилось месяц назад – снизилось настроение, нарушился сон, пропал аппетит, появилась тревога, беспокойство. Целыми днями лежит в постели. Перестала заниматься домашними делами. Не выходит из дома. Не следит за собой. Не проявляет интереса к внукам. Потеряла в весе 10 кг за месяц. Нарушился менструальный цикл. Отмечаются запоры. Лучше чувствует себя к вечеру. Планирует оформление пенсии по выслуге лет. Боится, что не сможет далее продолжать трудовую деятельность. + Ранее к психиатру за помощью не обращалась.

### **Анамнез жизни**

\* Мать по характеру эмоциональная, тревожная. Брат злоупотребляет алкоголем. \* Акушерский анамнез не отягощен. \* Образование высшее педагогическое. \* Работает учителем в школе. \* Замужем с 23 лет. Имеет двоих детей. \* Страдает желчнокаменной болезнью, остеохондрозом.

### **Объективный статус**

\*Психический статус:\* Выглядит старше своих лет. Одета небрежно. Сидит на краешке стула, сгорбившись. Двигательная активность снижена. В контакт вступает постепенно. Сознание ясное. Ориентирована полностью в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия отрицает, на момент осмотра не обнаруживает. Настроение снижено. Выражение лица печальное. Самооценка снижена. Жалуется на боли в груди – «как будто камень там вместо сердца». Считает себя никчемным человеком. Говорит, что «замучила своих домашних», «зря ест хлеб». Пессимистично оценивает свое будущее. Мышление в замедленном темпе. На вопросы отвечает с паузами, односложно. Голос тихий, маломодулированный. Память, интеллект без грубой патологии. Внимание быстро истощается в ходе беседы. К состоянию критична.

### **У пациентки можно предположить диагноз**

- нарушенная уголовно-процессуальная дееспособность
- сохранная процессуальная дееспособность за исключением способности давать показания
- сохранная уголовно-процессуальная дееспособность
- сохранная процессуальная дееспособность за исключением способности самостоятельно осуществлять право на защиту

### **Диагноз**

### **Ведущим синдромом в клинической картине является**

- астенический
- ипохондрический
- сенестопатический
- депрессивный

**Специфическими расстройствами сна при депрессии являются**

- нарушения графика сна
- нарушения засыпания
- парасомнии
- ранние пробуждения

**Клинический вариант депрессии в данном случае определяется как**

- апатический
- адинамический
- тревожный
- меланхолический

**Тахикардия, мидриаз, спастические запоры при депрессии являются проявлениями триады**

- Крепелина
- Протопопова
- Кербикова
- Вальтер-Бюэля

**Пациентке в первую очередь рекомендовано назначение**

- транквилизатора
- психостимулятора
- антипсихотика
- антидепрессанта

**К группе антидепрессантов с выраженными седативными свойствами относятся**

- СИОЗС (пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, сертралин)
- ИМАО (моклобемид и пирлиндол), флуоксетин, имипрамин и милнаципран
- кломипрамин, венлафаксин
- амитриптилин, доксепин, тразодон, миансерин, мirtазапин и флувоксамин

**Препаратами первого ряда выбора при меланхолической депрессии являются антидепрессанты из группы**

- ингибиторов моноаминооксидазы
- трициклических
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- активаторов обратного захвата серотонина

**Для трициклических антидепрессантов не характерны + + побочные эффекты**

- антигистаминные
- антихолинергические
- гастроэнтерологические
- сердечно-сосудистые

**Данной пациентке психиатрическая помощь должна оказываться**

- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- стационарно

**Распространенность депрессий в популяции составляет + + %**

- 0,5-1
- 15-17
- 13-15
- 2-11

**Развитие депрессии обусловлено**

- 0,5-1
- 15-17
- 13-15
- 2-11

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Мужчина 72 лет обратился к психиатру в психоневрологический диспансер в сопровождении жены.

## **Жалобы**

На \* когнитивные нарушения – не узнает родственников, не удерживает в памяти текущие события, не может ориентироваться в квартире; \* головные боли; \* головокружения; \* шум в голове; \* нарушение координации; \* общую слабость.

## **Анамнез заболевания**

Психическое состояние изменилось месяц назад. Госпитализировался в хирургическое отделение городской больницы скорой помощью. Проводилось оперативное лечение желчнокаменной болезни. В послеоперационном периоде развилось делириозное состояние – был возбужден, дезориентирован, не спал, позвонил сестре в другой город с просьбой забрать его с вокзала и помочь добраться до дома. В стационаре по рекомендации психиатра получал тиаприд. Через неделю был выписан под наблюдение психиатра по месту жительства. + После выписки стал беспомощным, из родственников узнает только жену и младшего сына, не может ориентироваться в своем районе, теряется. Не удерживает в памяти текущие события. Целыми днями перебирает бумаги, вещи, потом родственники не могут найти нужные документы. Неделю назад не смог открыть внутренний замок на входной двери, чтобы запустить в квартиру жену, пришлось вызывать службу МЧС.

## **Анамнез жизни**

\* Старший из трех детей. \* Образование среднетехническое. \* Работал машинистом локомотива на заводе до 68 лет. \* Пенсионер по возрасту. \* Женат, имеет двоих детей. \* Страдает облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, железодефицитной анемией, остеохондрозом. \* Инвалид 3-й группы по соматическому заболеванию.

## **Объективный статус**

\* Психический статус: \* Контакт малопродуктивный. Растерян. Не понимает, где он находится. Не знает текущую дату. Называет фамилию, имя и отчество. Ошибается в дате рождения. Не воспроизводит даты своей биографии. В беседе с врачом несколько раз спрашивает его имя и отчество. Не может ответить на вопросы о текущих событиях. Не воспроизводит обстоятельств пребывания в больнице. Рассказывает о ситуациях, которых не было в реальности. На многие вопросы ответить не может. Ищет поддержки у жены. Быстро истощается. Критика к состоянию отсутствует.

**Диагностика расстройства должна основываться, в первую очередь, на данных + исследования**

- клинико-лабораторного
- инструментального



- нейрофизиологического
- экспериментально-психологического

**Для оценки когнитивных функций применяется**

- шкала Спилберга
- шкала Янга (YMRS)
- тест mini-mental state examination (MMSE)
- шкала Гамильтона

**В соматическом стационаре у пациента имели место проявления**

- острого полиморфного психотического расстройства
- органического бредового (шизофреноподобного) расстройства
- органического делирия
- органического галлюциноза

**На момент осмотра психическое состояние пациента определяется как**

- органический амнестический синдром в связи с сосудистым заболеванием головного мозга
- легкое когнитивное расстройство
- органическое аффективное расстройство
- органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройства

**Ослабление памяти, снижение интеллекта, недержание аффекта являются диагностическими критериями \_\_\_\_\_ синдрома**

- амнестического
- астенического
- эпилептиформного
- энцефалопатического

**Амнестический (корсаковский) синдром характеризуется**

- аффективными нарушениями
- расстройствами памяти
- снижением интеллекта
- расстройством сознания

**Нарушения памяти в данном случае определяются как**

- гипомнезия
- криптомнезия
- псевдореминесценции

- конфабуляции

**Пациенту в первую очередь рекомендовано назначение**

- транквилизатора
- антидепрессанта
- стабилизатора настроения
- антипсихотического препарата

**Для коррекции когнитивных расстройств применяются**

- аминокислоты
- ноотропы
- ангиопротекторы
- ингибиторы ацетилхолинэстеразы

**Нейрометаболические препараты не оказывают + действия**

- ноотропного
- мнемотропного
- антипсихотического
- психостимулирующего

**Данному пациенту помощь необходимо оказывать**

- в условиях дневного стационара
- стационарно
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)

**Распространенность деменции среди лиц старше 65 лет составляет + + %**

- в условиях дневного стационара
- стационарно
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Мужчина 23 лет обратился за помощью к психиатру в психоневрологический диспансер.

## **Жалобы**

На \* головные боли в затылочной и лобной частях головы; \* выраженную слабость; \* быструю утомляемость; \* головокружение при физической нагрузке; \* трудности засыпания; \* отсутствие чувства отдыха после сна; \* трудности усвоения учебного материала; \* сниженное настроение; \* метеозависимость;

## **Анамнез заболевания**

\* Считает себя больным в течение 8 мес. после того, как стал совмещать работу слесарем на заводе с заочным обучением в техническом университете. \* Перенес тяжелую вирусную инфекцию 6 мес. назад. \* Находился на лечении в неврологическом отделении областной клинической больницы 2 месяца назад с диагнозом: Последствия перинатальной энцефалопатии, астенический синдром. \* Направлялся на консультацию к психиатру в областной психоневрологический диспансер. Психологическое обследование нарушений мышления не выявило. \* Находился на листе нетрудоспособности у психиатра в течение 2-х месяцев. Получал ноотропы, ангиопротекторы, витамины, общеукрепляющие препараты без эффекта. \* Было рекомендовано оформление академического отпуска по месту учебы по медицинским показаниям. \* Госпитализировался месяц назад повторно в неврологическое отделение областной клинической больницы с диагнозом: Последствия перинатальной энцефалопатии с двухсторонней пирамидной недостаточностью.

## **Анамнез жизни**

\* Родился в сельской местности в семье служащих средним из трех детей. \* В анамнезе родовая травма. \* Раннее развитие без особенностей. \* В школу пошел с 7 лет, успевал на «хорошо» и «отлично». \* Был избирателен в контактах. \* После 10 классов закончил колледж информатики. \* Проходил службу в армии в течение 2-х лет. \* Учится заочно в техническом университете на 2-м курсе. \* Работает слесарем на заводе. \* Родители характеризуют пациента как замкнутого, добросовестного, «правильного». \* Женат не был. \* Проживает с родителями. \* Алкоголем не злоупотребляет, употребление наркотических веществ отрицает.

## **Объективный статус**

\* Психический статус: \* сознание ясное. Пациент ориентирован полностью в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовых идей не высказывает. Астенизирован. Быстро истощается в процессе беседы. На вопросы отвечает с паузами, по существу. Настроение снижено. Переживает по поводу снижения трудоспособности. Ипохондричен. Обстоятелен. Склонен к детализации.

Интеллект без грубой патологии. Память несколько снижена на прошлые и текущие события. Критичен.

**Диагностика данного расстройства должна основываться, в первую очередь, на данных + + исследования**

- нейрофизиологического
- экспериментально-психологического
- клинико-лабораторного
- инструментального

**Пациенту в рамках обследования необходимо назначить консультацию**

- терапевта
- эндокринолога
- офтальмолога
- отоларинголога

**Для выявления нарушений памяти при экспериментально-психологическом исследовании используются следующие методики**

- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона
- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий
- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов
- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации

**У пациента можно предположить диагноз**

- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона
- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий
- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов
- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации

**Диагноз**

**Ведущим синдромом в клинической картине является**

- дисфорический
- астенический

- амнестический
- депрессивный

**Ослабление памяти, снижение интеллекта, недержание аффекта являются проявлениями + + синдрома**

- астенического
- эпилептиформного
- амнестического
- энцефалопатического

**У пациента имеет место + + вариант психорганического синдрома**

- эксплозивный
- апатический
- психопатоподобный
- церебрастенический

**Для коррекции когнитивных расстройств используются + + препараты**

- нейрометаболические
- нормотимические
- антипсихотические
- антидепрессивные

**Нейрометаболические препараты не оказывают + + действия**

- психостимулирующего
- мнемотропного
- ноотропного
- антипсихотического

**Препарат сальбутиамин согласно классификации нейрометаболических стимуляторов относится к группе**

- общетонизирующих средств и адаптогенов
- нейропептидов и их аналогов
- психостимуляторов
- корректоров нарушений мозгового кровообращения

**Показатель заболеваемости на 100 000 населения органическими расстройствами непсихотического характера в России составляет**

- 989,1
- 150,3
- 657,5
- 321,6

**Прогноз расстройства в данном случае можно оценить как**

- 989,1
- 150,3
- 657,5
- 321,6

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Молодой человек 21 года доставлен бригадой скорой помощи в психоневрологический диспансер в сопровождении матери.

### **Жалобы**

\* бессонница \* отсутствие аппетита \* тревога

### **Анамнез заболевания**

Психическое состояние изменилось неделю назад после выхода на учебу в университет из академического отпуска. + Нарушился сон. Стал возбужденным. Перестал выходить из дома. Закрылся в своей комнате. Нецензурно бранился в адрес родителей. Порвал книги, тетради, грамоты, затем сжег их в печи. Кричал, что учиться дальше не будет – «лучше быть в этом мире глупым, чем умным». Поведением обнаруживал обманы восприятия – разговаривал сам с собой, заявлял, что «ему и в бане покоя уродцы не дают». В течение трех суток ничего не ел и не пил. Обвинял одноклассников в том, что они «его подвели, не дали методичку».

### **Анамнез жизни**

\* Родился младшим из двух детей. \* Беременность у матери протекала с токсикозом. \* Родился на сроке 38 недель с весом 2900 г в состоянии гипоксии. \* Развивался с опережением – пошел в возрасте 11 мес., научился читать в 4 года. \* В детский сад пошел с 3-х лет, адаптироваться не смог, родители были вынуждены забрать через 2 месяца. \* Боялся темноты. Спал при включенном свете. Требовал присутствия матери при засыпании. \* В школу пошел с 7 лет, учился отлично. \* Друзей не имел. Подвергался насмешкам со стороны

сверстников. \* Много времени проводил за чтением книг. \* Учится в техническом университете на 3-м курсе. Находился в академическом отпуске по состоянию здоровья. \* Наблюдается неврологом с диагнозом: Последствия перинатальной энцефалопатии. \* Проживает с родителями. \* Алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотических веществ отрицает.

### **Объективный статус**

Психический статус: Одет неряшливо. Волосы грязные. Возбужден. На месте удерживается с трудом. Контакт малопродуктивный. На лице выражение страха. Смотрит на врача с недоверием. Речь в ускоренном темпе. Говорит громким голосом. Правильно ориентирован в собственной личности. Текущую дату называет неверно. Понимает, что находится в лечебном учреждении. На момент осмотра обнаруживает обманы восприятия – к чему-то прислушивается, что-то выкрикивает невпопад. Мышление в ускоренном темпе. Перескакивает с одной мысли на другую. Объясняет нервный срыв тем, что «его подвели одноклассники и он не смог подготовиться к занятиям». Раздражителен. Высказывает претензии в адрес матери. Критики к состоянию нет. Считает себя психически здоровым. Возмущен проведением психиатрического освидетельствования.

### **У пациента можно предположить диагноз**

- 989,1
- 150,3
- 657,5
- 321,6

### **Диагноз**

### **Временной критерий для установления диагноза шизофрении составляет**

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2 месяца
- 1 месяц

### **Пациенту необходимо в первую очередь назначить**

- антипсихотический препарат
- антидепрессант
- транквилизатор
- стабилизатор настроения

**Антипсихотическими препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с преимущественным действием**

- антигаллюцинаторным и антибредовым
- седативным
- дезингибирующим
- инцизивным

**Наиболее частым и тяжелым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов первого поколения является**

- гипотензивный
- седативный
- нейролептический
- метаболический

**Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов второго поколения является**

- ортостатическая гипотония
- экстрапирамидная симптоматика
- увеличение массы тела
- седация

**Антипсихотические препараты оказывают + \_\_\_\_\_ + действие**

- депримирующее
- психоделическое
- нормотимическое
- стимулирующее

**Антипсихотическое действие нейролептиков связано с блокадой рецепторов**

- гистаминовых
- дофаминергических
- холинергических
- серотониновых

**Продолжительность этапа купирующей терапии составляет**

- 4-8 недель
- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 1-2 года



### **Антипсихотические препараты согласно классификации относятся к группе**

- тимоизолептиков
- психодизлептиков
- психоаналептиков
- психолептиков

### **Психиатрическое освидетельствование в данном случае должно проводиться**

- недобровольно
- добровольно
- принудительно
- с согласия законного представителя

### **Решение о недобровольном психиатрическом освидетельствовании в данном случае принимается**

- недобровольно
- добровольно
- принудительно
- с согласия законного представителя

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 40 лет обратился за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение в сопровождении матери.

### **Жалобы**

\* слабость \* быстрая утомляемость \* апатия \* снижение эмоционального реагирования \* раздражительность \* неустойчивое настроение \* рассеянность внимания \* трудности восприятия информации \* замкнутость \* напряжение при контактах с людьми \* снижение мотивации \* трудности организации деятельности

### **Анамнез заболевания**

\* Госпитализировался в психиатрическую больницу г. Новосибирска 15 лет назад с диагнозом: Параноидная шизофрения. \* Перед госпитализацией на фоне психотравмирующей ситуации стал злоупотреблять алкоголем. Вел себя агрессивно по отношению к родственникам, испытывал страх, высказывал идеи преследования. Пропал аппетит, значительно снизился вес. \* В стационаре получал оланзапин, феназепам. После выписки прекратил прием препаратов из-за сонливости. \* В течение года после психотического эпизода было

сниженное настроение. \* Злоупотребляет алкоголем с 28 лет. Запой до 2-х недель. Толерантность – 1 л водки. Сформирован синдром отмены. Неоднократно обращался за наркологической помощью. Продолжительность ремиссий до 6 месяцев.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность отягощена – двоюродный дед со стороны отца злоупотреблял алкоголем, неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу. \* Единственный ребенок в семье. Родился в срок с весом 3600 г. Развивался по возрасту. Посещал детский сад с 2-х лет. Часто болел простудными заболеваниями. \* В школу пошел с 6 лет. Учился в специализированной языковой школе. Хорошо давались точные науки. Был общительным. \* После 11 класса в высшее учебное заведение поступать не стал, занялся частным предпринимательством. \* Женился в 31 год, имеет 2-х детей. \* В 2003 г. была травма головы, лечение не получал. \* В возрасте 38 лет снижал вес на 26 кг – следил за питанием, принимал продукцию фирмы Гербалайф. \* Руководит строительной компанией. Компания в данный момент проходит процедуру банкротства. \* Привлекается к уголовной ответственности за мошеннические действия.

### **Объективный статус**

Психический статус: Сознание ясное. Ориентирован полностью в месте, времени, собственной личности. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не обнаруживает. Напряжен. На вопросы отвечает по существу. Внимание рассеянное. Астенизирован. Быстро истощается по ходу беседы. Эмоционально снижен. Мимика бедная. Когнитивные функции без грубой патологии. К состоянию критичен. + Экспериментально-психологическое обследование: + При сохранности способности к проведению основных мыслительных операций с опорой на признаки категориального и функционального уровня, в ряде случаев выявляются содержательно отдаленные, излишне формализованные ответы с подменой содержания понятий, актуализация малозначимых оснований и широких обобщений низкого качества, латентных признаков, что в рамках одной пробы может быть расценено как разноплановость мыслительного процесса. + При верном пояснении условного смысла пословиц и поговорок, отдельные трактует исключительно с опорой на формальные признаки. В настоящее время при целостном осмыслении ситуаций пациент формально непротиворечиво устанавливает причинно-следственные связи и отношения между элементами ситуации. + Ассоциативные образы эмоционально нивелированные, формальные, при, в целом, конкретно-ситуационном уровне связей, отдельные псевдоабстрактные со смысловыми нарушениями в виде совмещения условного и конкретного смыслов; отдельные связи содержательно отдалены,

неадекватны, основаны на формальных, в том числе, случайным образом, выделенных признаках, в ряде случаев с нарушением логики суждений. + В личностной сфере характерна избирательность воспринимаемой информации, своеобразие отдельных критериев для ее переработки и оценивания с периодическим формированием элементарных идей недоброжелательного отношения со стороны окружающих, сопровождающихся чувством страха и тревоги, настороженности, недоверчивости. + Эмоциональные реакции изменены – наблюдается некоторое эмоциональное оскудение, мимическое однообразие при нестабильности аффективной сферы. Волевые ресурсы в целом достаточные, однако, отмечается некоторая тенденция к снижению побудительной функции мотивов. Критическое отношение к психическому состоянию не утрачено.

**У пациента можно предположить диагноз**

- недобровольно
- добровольно
- принудительно
- с согласия законного представителя

**Диагноз**

**Сопутствующим диагнозом в данном случае является**

- употребление алкоголя с вредными последствиями
- абстинентное состояние (синдром зависимости) с делирием
- синдром отмены
- синдром зависимости от алкоголя

**Диагностическим критерием синдрома зависимости не является**

- физиологическое состояние отмены, характерное для данного вещества, когда прием вещества был прекращен или значительно снижен
- нарушение способности контролировать прием ПАВ, т.е. начало употребления, окончание или дозировку употребляемых веществ
- сильная потребность или необходимость принять ПАВ
- синдром, связанный с хроническим выраженным нарушением памяти на недавние события: память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение может сохраняться

**Временной критерий для установления диагноза шизофрении составляет**

- 6 месяцев
- 2 месяца

- 3 месяца
- 1 месяц

**Основные жалобы пациента являются проявлением + + симптоматики**

- галлюцинаторной
- негативной
- аффективной
- бредовой

**Пациенту необходимо в первую очередь назначить**

- антидепрессант
- транквилизатор
- антипсихотический препарат
- стабилизатор настроения

**Препаратами выбора в данном случае являются антипсихотические препараты**

- первого поколения
- инцизивные
- седативные
- второго поколения

**Антипсихотическое действие нейролептиков связано с блокадой рецепторов**

- дофаминергических
- гистаминовых
- холинергических
- серотониновых

**Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов второго поколения является**

- метаболический
- гипотензивный
- нейролептический
- седативный

**Антипсихотическую терапию начинают с назначения + + дозы**

- тестовой
- максимальной

- средней суточной
- ударной

### **Распространенность шизофрении в мире по данным эпидемиологических исследований составляет**

- 0,5-1,6%
- 2,5%
- 5,0%
- 0,3%

### **Тип течения расстройства у данного пациента согласно МКБ-10 можно определить как**

- 0,5-1,6%
- 2,5%
- 5,0%
- 0,3%

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 53 лет доставлена в психоневрологический диспансер полицейским.

### **Жалобы**

\* Слуховые обманы восприятия – слышит в голове «голос» соседки с верхнего этажа, которая требует, чтобы пациентка отдала ей свои ювелирные изделия и деньги. \* Считает, что соседка на нее воздействует каким-то прибором, который называет «шарманкой»; \* Чувствует, что при действии прибора у нее «непроизвольно высывается язык», «сжимаются зубы», «сокращается прямая кишка», «она говорит не своим голосом». \* Трудности засыпания.

### **Анамнез заболевания**

\* Психические расстройства в течение 3-х месяцев. \* Ранее к психиатру за помощью не обращалась. \* Пыталась выяснять отношения с соседкой, требовала, чтобы она перестала «вымогать у нее деньги». \* Обратилась к участковому с просьбой разобраться с ситуацией и прекратить «воздействие со стороны соседки». \* В последнее время после выхода на пенсию часто употребляет спиртные напитки вместе с мужем. Синдром зависимости не сформирован.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность отягощена – отец злоупотреблял алкоголем. \* Старшая из 2-

х детей. \* После окончания педагогического училища работала воспитателем в детском саду. Вышла на пенсию год назад по выслуге лет. \* Замужем с 23 лет, детей нет. \* В анамнезе артериальная гипертензия, хронический холецистит, остеохондроз. \* Злоупотребляет алкоголем в течение года. Синдром отмены отрицает.

### **Объективный статус**

\*Психический статус:\* возбуждена. Ориентирована верно в месте, времени, собственной личности. На момент осмотра слышит внутри головы «голос» соседки с верхнего этажа, которая требует «отдать ей деньги и золотые изделия». Считает, что соседка воздействует на нее каким-то прибором, который называет «шарманкой». Чувствует, как «шарманка» вызывает неприятные и болезненные ощущения в теле – «непроизвольно сокращаются мышцы прямой кишки», «сжимаются зубы», «высовывается язык». Демонстрирует, как соседка «меняет ее голос» - говорит громко, быстро, не своим голосом. Требует, чтобы «остановили произвол». Мышление паралогичное. Эмоционально неадекватна. Память несколько страдает на текущие события. Внимание быстро истощается. Критики к состоянию нет.

### **У пациентки можно предположить диагноз**

- 0,5-1,6%
- 2,5%
- 5,0%
- 0,3%

### **Диагноз**

### **Ведущим синдромом в клинической картине является синдром**

- парафренный
- онейроидный
- паранояльный
- Кандинского-Клерамбо

### **Временной критерий для установления диагноза шизофрении составляет**

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 3 месяца
- 2 месяца

### **Сопутствующим диагнозом в данном случае является**

- употребление алкоголя с вредными последствиями
- синдром зависимости от алкоголя
- синдром отмены
- абстинентное состояние (синдром зависимости) с делирием

**Пациентке необходимо в первую очередь назначить**

- антидепрессант
- транквилизатор
- антипсихотический препарат
- стабилизатор настроения

**Антипсихотическими препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с преимущественным действием**

- антигаллюцинаторным и антибредовым
- инцизивным
- седативным
- дезингибирующим

**Антипсихотическое действие нейролептиков обусловлено блокадой рецепторов**

- серотониновых
- гистаминовых
- дофаминергических
- холинергических

**Наиболее частым и тяжелым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов первого поколения является**

- седативный
- нейролептический
- гипотензивный
- метаболический

**При возникновении экстрапирамидной симптоматики необходимо назначить + \_\_\_\_\_ + препарат**

- сосудистый
- антипсихотический
- антипаркинсонический
- антидепрессивный

**Продолжительность этапа противорецидивной терапии должна составлять**

- 6 месяцев
- 9 месяцев
- не менее 1-2 лет
- 3 месяца

#### **Период полувыведения основных антипсихотических препаратов составляет**

- 36 часов
- 48 часов
- 12 часов
- 24 часа

#### **Распространенность шизофрении в мире по данным эпидемиологических исследований составляет**

- 36 часов
- 48 часов
- 12 часов
- 24 часа

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

Женщина 27 лет обратилась за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение.

#### **Жалобы**

На \* «шепотки» внутри головы, которые «говорят, что делать»; \* бессонницу; \* суицидальные мысли; \* недовольство своим внешним видом; \* апатию; \* трудности в общении; \* раздражительность; \* внутреннее напряжение; \* периодические головные боли; \* ощущение «неясности сознания».

#### **Анамнез заболевания**

\* Психические нарушения с детского возраста, когда появились «шепотки внутри головы», неадекватные эмоциональные реакции и сомнения по поводу половой принадлежности. \* Считает себя мужчиной. Общается на форумах с трансгендерами. \* Избегает смотреть в зеркало, так как не нравится внешний вид. \* В подростковом возрасте отмечались аутоагрессивные тенденции, неоднократно наносила себе порезы и самоповреждения. Мать, анестезиолог по специальности, накладывала швы на раны вне лечебных учреждений. \* Отношения со сверстниками не складывались, чувствовала себя «белой вороной». \* Проявляла интерес к сатанизму. \* Впервые обратилась за помощью к психиатру год назад. \* Периодически принимает амисульприд, «когда



чувствует себя плохо» - «уходят боль, страх, ненависть, омерзение», «проходят шепотки».

### **Анамнез жизни**

\* Образование среднее. \* Учится на 5 курсе коммерческого ВУЗа. \* С 2012 г. не работает. \* Проживает с матерью. Родители разведены. С родственниками отношения практически не поддерживают. \* В квартире находятся семь кошек. \* Сочиняет рассказы, выкладывает их в интернете. \* Интересуется темами сатанизма, наркомании, некрофилии. \* Имеет приятеля, с которым «может общаться только после употребления алкоголя».

### **Объективный статус**

\*Психический статус:\* Коротко подстрижена. На пациентке одежда черного цвета. Просит называть себя Ярославом. Говорит о себе в мужском роде. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности. Отмечаются слуховые обманы восприятия – слышит «шепотки», которые говорят, что ей нужно делать. Избегает визуального контакта, во время разговора смотрит в сторону. Мышление паралогичное. Называет себя «уродом». «Чувствует от себя запах гноя». Напряжена. Озлоблена. «Испытывает ненависть к людям». Рассуждает на тему садизма. «Говорит, что «ненавидит мать, потому что сильно ее любит и не может быть самим собой». Напряжена. Критика к состоянию неполная.

### **У пациентки можно предположить диагноз**

- 36 часов
- 48 часов
- 12 часов
- 24 часа

### **Диагноз**

### **Ведущим синдромом в клинической картине является**

- онейроидный
- парафренный
- параноидный
- паранояльный

### **Временной критерий для установления диагноза шизофрении составляет**

- 2 месяца
- 1 месяц
- 6 месяцев

- 3 месяца

**Пациентке необходимо в первую очередь назначить**

- антипсихотический препарат
- антидепрессант
- стабилизатор настроения
- транквилизатор

**Антипсихотическими препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с преимущественным действием**

- антигаллюцинаторным и антибредовым
- седативным
- дезингибирующим
- инцизивным

**Антипсихотическое действие нейролептиков связано с блокадой рецепторов**

- гистаминовых
- серотониновых
- холинергических
- дофаминергических

**Наиболее частым и тяжелым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов первого поколения является**

- гипотензивный
- метаболический
- седативный
- нейролептический

**Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов второго поколения является**

- седативный
- метаболический
- гипотензивный
- нейролептический

**Период полувыведения основных антипсихотических препаратов составляет**

- 12 часов
- 36 часов
- 48 часов

- 24 часа

**Распространенность шизофрении в мире по данным эпидемиологических исследований составляет**

- 2,5%
- 0,3%
- 5,0%
- 0,5-1,6%

**Прогноз расстройства у данной пациентки можно оценить как**

- благоприятный
- фатальный
- неблагоприятный
- сомнительный

**Тип течения расстройства у данной пациентки согласно МКБ-10 можно определить как**

- благоприятный
- фатальный
- неблагоприятный
- сомнительный

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 55 лет обратилась за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение.

### **Жалобы**

На \* периодические слуховые обманы восприятия – слышит «голоса» соседей оскорбляющего, угрожающего, комментирующего характера; \* периодические обонятельные обманы восприятия – чувствовала в квартире запах газа; \* мысли о том, что соседи снимают на камеру ее действия; \* слабость; \* забывчивость; \* дрожь в теле; \* непроизвольные сокращения мышц; \* ранние пробуждения; \* сниженный аппетит.

### **Анамнез заболевания**

\* Психические нарушения с 21 года. \* Наблюдается психиатром с 1981 г., лечилась амбулаторно, госпитализаций в психиатрический стационар не было. \* Получала рисперидон, тиоридазин, галоперидол, карбамазепин. \* Ухудшение

психического состояния в течение 2-х месяцев после злоупотребления спиртными напитками.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность отягощена – дед по линии матери страдал психическим расстройством, родители злоупотребляли алкоголем. \* Старшая из 2-х детей. \* Родилась в срок. \* Раннее развитие без особенностей. \* В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо. \* Образование высшее. Закончила исторический факультет МГУ. \* Вышла замуж в возрасте 40 лет, детей нет. \* Работала старшим научным сотрудником в музее до 55 лет. Пенсионерка по возрасту. \* Пишет стихи, прозу. \* В анамнезе ЖКБ, колит, операция по поводу полипов кишечника и половых органов. \* В молодом возрасте были приступы потери сознания. \* Злоупотребляет алкоголем с 40 лет. Объясняет, что таким образом «снимает стресс». Предпочитает слабоалкогольные напитки. Синдром отмены не выявляется. \* Курит до 40 сигарет в день.

### **Объективный статус**

\*Психический статус:\* от одежды пациентки сильно пахнет табаком. На лице яркий макияж, не соответствующий возрасту. Сознание ясное. Ориентирована верно в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия на момент осмотра отрицает, поведением не обнаруживает. Высказывает идеи отношения в адрес соседей с верхнего этажа. Считает, что они к ней недоброжелательно относятся. Эмоционально неадекватна, экзальтирована. Держится без чувства дистанции. Волевые побуждения снижены. Астенизирована. Внимание быстро истощается в ходе беседы. Память страдает на текущие события. Критика к состоянию неполная.

### **У пациентки можно предположить диагноз**

- благоприятный
- фатальный
- неблагоприятный
- сомнительный

### **Диагноз**

### **Ведущим синдромом в клинической картине является**

- парафренный
- параноидный
- паранояльный
- онейроидный

### **Временной критерий для установления диагноза шизофрении составляет**

- 2 месяца
- 3 месяца
- 1 месяц
- 6 месяцев

**Сопутствующим диагнозом в данном случае является**

- употребление алкоголя с вредными последствиями
- синдром зависимости от алкоголя
- синдром отмены
- абстинентное состояние (синдром зависимости) с делирием

**Пациентке необходимо в первую очередь назначить**

- стабилизатор настроения
- транквилизатор
- антидепрессант
- антипсихотический препарат

**Антипсихотическими препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с преимущественным действием**

- антигаллюцинаторным и антибредовым
- инцизивным
- седативным
- дезингибирующим

**Антипсихотическое действие нейролептиков обусловлено блокадой рецепторов**

- холинергических
- гистаминовых
- дофаминергических
- серотониновых

**Наиболее частым и тяжелым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов первого поколения является**

- седативный
- гипотензивный
- метаболический
- нейролептический

**Для купирования экстрапирамидной симптоматики пациентке необходимо назначить + \_\_\_\_\_ + препарат**

- антипаркинсонический
- сосудистый
- антидепрессивный
- антипсихотический

**Продолжительность этапа противорецидивной терапии должна составлять**

- 9 месяцев
- не менее 1-2 лет
- 3 месяца
- 6 месяцев

**Распространенность шизофрении в мире по данным эпидемиологических исследований составляет**

- 0,5-1,6%
- 0,3%
- 2,5%
- 5,0%

**Тип течения расстройства у данной пациентки согласно МКБ-10 можно определить как**

- 0,5-1,6%
- 0,3%
- 2,5%
- 5,0%

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Ребенка 8 лет привела на консультацию к психиатру мать для решения вопроса о форме обучения.

### **Жалобы**

На \* трудности обучения; \* быструю утомляемость; \* рассеянность; \* трудности засыпания; \* плаксивость; \* вспыльчивость; \* трудности во взаимоотношениях со сверстниками; \* периодические головные боли.

### **Анамнез заболевания**

\* С раннего возраста был отгорожен, избегал ласки, физического контакта, слабо реагировал на внешние раздражители. \* Круг общения крайне ограниченный. \* Отношение к родителям сдержанное. \* С взрослыми людьми

общий язык находит лучше, чем с детьми. \* Предпочитает игры в одиночестве. \* Много фантазирует – «придумывает планы спасения родственников от космических катастроф». \* Избирателен в еде. \* Интересуется космосом, медициной, электроникой. \* Читает энциклопедическую и учебную литературу. \* Боится шума воды – не смывает воду в унитазе, моется в ванной только в присутствии матери. \* Предпочитает ходить босиком.

### **Анамнез жизни**

\* Дедушка по линии отца отличается крайне замкнутым характером, занимается научной работой. \* Акушерский анамнез не отягощен. \* Раннее развитие с опережением - ходит с 8,5 мес., говорит с 1,5 лет, читает с 4 лет. \* В школу пошел с 7 лет. Учится во 2-м классе. \* Ребенок 4 мес. назад получил черепно-мозговую травму. Проведен курс амбулаторного лечения у невролога по поводу сотрясения головного мозга. \* В школе снизилась успеваемость – имеет неудовлетворительные оценки по математике и русскому языку.

### **Объективный статус**

\*Психический статус:\* зайдя в кабинет, сразу снял обувь. Просьбу матери надеть ботинки отказался выполнить. Избегает визуального контакта. Двигательно беспокоен. С трудом удерживается на месте. Сознание ясное. В месте, времени, собственной личности ориентирован полностью. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не обнаруживает. Голос маломодулированный. Привлекает внимание спонтанная речь в отсутствие обращения к пациенту. Внимание неустойчивое. Быстро истощается в беседе. Познавательный интерес избирательный. Запас знаний неравномерен. С удовольствием рассуждает на интересующие его темы. Использует в разговоре специальную терминологию. В общих знаниях имеются пробелы. Память несколько снижена. Считает, что учитель недооценивает его способности. Эмоционально лабилен. Раздражается на замечания и комментарии матери. Капризен. + \*Данные психологического обследования:\* отмечают нарушения мышления в виде эпизодических искажений процесса обобщения, разноплановости. Коэффициент интеллекта (IQ) по таблицам Равена – 93%. + \*Из характеристики:\* ребенок издает громкие звуки, совершает произвольные движения, чем мешает работе класса. Не слышит объяснений учителя в связи с тем, что погружен в себя, в свои мысли. Занимается только тем, что для него интересно, не выполняет требования. Интересы ребенка не соответствуют возрасту. Обладает богатым воображением.

### **При клиническом исследовании следует использовать шкалу**

- Спилберга
- CARS
- {nbsp}PANSS

- {nbsp}YMRS

**У пациента можно предположить диагноз**

- Спилберга
- CARS
- {nbsp}PANSS
- {nbsp}YMRS

**Диагноз**

**Ведущим синдромом в клинической картине является**

- психопатоподобный
- апатический
- астенический
- аутистический

**Сопутствующим диагнозом является**

- депрессивное расстройство поведения
- несоциализированное расстройство поведения
- постконтузионный (постокоммоционный) синдром
- вызывающее оппозиционное расстройство

**В данном случае терапевтическая тактика должна включать**

- комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения
- психолого-педагогическую коррекцию
- логопедическую коррекцию
- психофармакотерапию

**Пациенту необходимо в первую очередь рекомендовать прием**

- антидепрессанта
- витаминов
- стабилизатора настроения
- ноотропов

**Пациенту можно рекомендовать прием антидепрессанта из группы**

- седативных
- сбалансированных
- двойного действия



- стимулирующих

**Атипичным антипсихотическим препаратом, запрещенным к использованию у детей до 15 лет, является**

- рисперидон
- клозапин
- палиперидон
- оланзапин

**Распространенность аутизма на 10 000 взрослого населения составляет**

- 7,7
- 1,5
- 2,7
- 5,3

**Соотношение мальчиков и девочек среди детей с аутистическими расстройствами составляет**

- 4:1
- 2:1
- 7:1
- 5:1

**Развитие аутистического расстройства обусловлено**

- органическим поражением головного мозга
- реакцией на стресс
- влиянием социальных факторов
- наследственной предрасположенностью

**Синдром Аспергера не определяется как**

- органическим поражением головного мозга
- реакцией на стресс
- влиянием социальных факторов
- наследственной предрасположенностью

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Женщина 38 лет обратилась за помощью к психиатру в психоневрологический диспансер в сопровождении мужа.

### **Жалобы**

На \* сниженное настроение; \* чувство тоски; \* ангедонию; \* тревогу; \* ранние пробуждения; \* плохой аппетит; \* снижение массы тела; \* болезненные ощущения в теле; \* общую слабость.

### **Анамнез заболевания**

\* Психическое состояние изменилось 2 месяца назад после стресса – стала подавленной, нарушился сон, пропал аппетит. \* Обращалась за помощью к психиатру по поводу депрессии 6 лет назад, лечилась амбулаторно. Принимала в течение 3 месяцев кломипрамин.

### **Анамнез жизни**

\* Мать эмоциональная, тревожная. Отец злоупотребляет алкоголем, обращался за наркологической помощью. Бабушка по линии отца страдает деменцией. \* Родилась в срок с весом 3500 г. \* Раннее развитие без особенностей. \* В школе училась хорошо. \* Была активной, общительной. \* Закончила музыкальную школу по классу фортепиано. \* Образование высшее экономическое. \* Замужем с 25 лет. Имеет дочь. \* Страдает хроническим гастритом, гипотиреозом, остеохондрозом.

### **Объективный статус**

\*Психический статус:\* одета небрежно. Волосы не прибраны. На лице нет макияжа. Сидит в одной позе. Голова и плечи опущены. Говорит тихим голосом. Сознание ясное. Ориентирована полностью в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовые идеи, суицидальные мысли не звучат. Настроение снижено. Выражение лица страдальческое. Несколько заторможена. На вопросы отвечает с паузами, односложно. Память, интеллект без грубой патологии. Астенизирована. Быстро истощается. В беседе безинициативна. К состоянию критична.

### **У пациентки можно предположить диагноз**

- органическим поражением головного мозга
- реакцией на стресс
- влиянием социальных факторов
- наследственной предрасположенностью

### **Диагноз**

### **Ведущим синдромом в клинической картине является**

- обсессивный
- ипохондрический
- депрессивный
- астенический

**Тахикардия, мидриаз, спастические запоры при аффективных расстройствах являются проявлениями триады**

- Крепелина
- Вальтер-Бюэля
- Протопопова
- Кербикова

**Клинический вариант депрессии в данном случае можно определить как**

- адинамический
- анестетический
- тревожный
- меланхолический

**Пациентке в первую очередь рекомендовано назначение**

- антидепрессанта
- антипсихотика
- транквилизатора
- психостимулятора

**К группе антидепрессантов с выраженными седативными свойствами относятся**

- амитриптилин, доксепин, trazодон, миансерин, мirtазапин и флувоксамин
- ИМАО (моклобемид и пирлиндол), флуоксетин, имипрамин и милнаципран
- кломипрамин, венлафаксин
- СИОЗС (пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, сертралин)

**Препаратами первого ряда выбора при депрессивном эпизоде умеренной степени являются**

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН)
- ингибиторы моноаминооксидазы (ИМАО)
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)
- трициклические антидепрессанты (ТЦА)

**Данной пациентке психиатрическая помощь должна оказываться**

- стационарно
- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)

**Продолжительность профилактической терапии при рекуррентном депрессивном расстройстве составляет**

- 3-5 лет
- 3 месяца
- 1 год
- 6 месяцев

**Наиболее тяжелым побочным эффектом антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) является**

- нарушение координации движений
- гиперрефлексия
- сексуальная дисфункция
- серотониновый синдром

**Распространенность депрессий в популяции составляет +                    + %**

- 15-17
- 17-19
- 2-11
- 13-15

**Рекуррентное аффективное расстройство обусловлено**

- 15-17
- 17-19
- 2-11
- 13-15

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Молодой человек 22 лет обратился за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение в сопровождении матери.

## **Жалобы**

На \* ощущение, что «снова впадаю в психоз»; \* бессонницу; \* заторможенность; \* мышечное напряжение; \* трудности восприятия информации; \* слабость.

## **Анамнез заболевания**

\* Психическое состояние изменилось 3 месяца назад – перестал спать; стал активным; покупал ненужные вещи; почувствовал в себе «дар ясновидения»; «кался в своих ошибках» - говорил, что «он жил не так, как нужно»; ходил по квартире обнаженным с фотографиями умерших бабушки и дедушки. Затем появились заторможенность и мышечное напряжение. \* Объясняет «нервный срыв» тем, что «перепил фенотропила». \* Находился на лечении в наркологическом отделении МЦ «Независимость» с диагнозом «Острое полиморфное расстройство на фоне употребления стимуляторов (спайсы)» в течение 2-х недель, откуда был переведен в реабилитационный центр и выписан накануне обращения. \* По данным эпикриза пациент употреблял спайсы в течение года до 1-2 пакетов в день. Последнее употребление спайсов за неделю до поступления в стационар. \* Перед госпитализацией отмечались тревога, психомоторное возбуждение, страх, слуховые обманы восприятия. Высказывал идеи преследования – говорил, что «за ним следят». \* Со слов матери в течение последних 3-х лет вел «замкнутый образ жизни». Большую часть времени играл на гитаре, сочинял музыку. Отмечались лень, апатия, нарушение режима сна/бодрствования, продолжительный сон. Был недоволен работой, просил у матери разрешения уволиться. Состояние несколько улучшалось после курсов ноотропной терапии. \* Родственники не подтверждают регулярное употребление пациентом спайсов. В течение последнего года эпизодически со старшим братом курил марихуану.

## **Анамнез жизни**

\* Наследственность отягощена. Отец злоупотреблял алкоголем. Троюродная тетя по линии матери несколько раз госпитализировалась в психиатрическую больницу, диагноз не знают. Двоюродный дедушка по линии матери покончил жизнь самоубийством, перед этим был комиссован из армии. \* Родился на сроке 28 нед. посредством кесарева сечения с весом 2000 г. \* Развивался с задержкой – пошел в 1 г. 3 мес. \* Посещал детский сад с 2 ½ лет. Долгое время не мог адаптироваться, плакал, говорил, что «не нравится воспитатель». \* В детском возрасте в ситуациях психоэмоционального напряжения «выкручивал матери пальцы». \* В школу пошел с 7 лет. В начальной школе учился хорошо, потом интерес пропал. В 9 классе стал прогуливать занятия в школе. \* Был избирателен в контактах. \* Образование среднетехническое, специальность – авиационный техник. \* Работает старшим экспедитором в ОАО «Аэрофлот». Стаж работы – 3 года. \* Отношений с девушками не было, сильно переживает

по этому поводу. \* Страдает тонзиллитом, панкреатитом, дискинезией желчевыводящих путей, ВСД. \* В возрасте 6 лет перенес пневмонию. Был оперирован в детском возрасте по поводу пупочной грыжи.

### **Объективный статус**

\*Психический статус:\* не может усидеть на месте – то встает, то садится. Просит разрешения прилечь, говорит, что «так ему будет легче». Выходит из кабинета, но останавливается на пороге, не может решить выйти ему или остаться. Руки согнуты, прижаты к груди. Отмечается повышенный тонус мышц. На врача смотрит с недоверием. На вопросы отвечает после значительных пауз, с трудом подбирает слова. Голос тихий, маломодулированный. Контакт затруднен. Правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности, окружающих лицах. На момент осмотра расстройства восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Мышление в замедленном темпе. Считает, что у него появились способности разбираться в людях и предвидеть события будущего. Отрицает употребление спайсов. Ситуацию, предшествующую госпитализации, не воспроизводит, обозначает перенесенное состояние «нервным срывом». Считает, что психоз обусловлен тем, что ему в реабилитационном центре «не давали спать». Интеллект соответствует полученному образованию. Внимание неустойчивое. Быстро истощается. Злится на мать, не согласен с тем, что она говорит, обрывает ее. Критика к состоянию неполная.

### **У пациента можно предположить диагноз**

- 15-17
- 17-19
- 2-11
- 13-15

### **Диагноз**

### **Сопутствующим диагнозом в данном случае является**

- синдром отмены
- синдром зависимости от психоактивных веществ
- абстинентное состояние (синдром зависимости) с делирием
- употребление психоактивных веществ с вредными последствиями

### **Временной критерий для установления диагноза шизофрении составляет**

- 1 месяц
- 2 месяца
- 6 месяцев

- 3 месяца

**Психотическому состоянию в данном случае предшествовал этап**

- развития симптоматики
- исхода
- продрома
- манифеста

**Пациенту необходимо в первую очередь назначить**

- антипсихотический препарат
- транквилизатор
- антидепрессант
- стабилизатор настроения

**Антипсихотическую терапию начинают с назначения + \_\_\_\_\_ + дозы**

- ударной
- максимальной
- средней суточной
- тестовой

**Антипсихотическими препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с преимущественным действием**

- антигаллюцинаторным и антибредовым
- седативным
- дезингибирующим
- инцизивным

**Для купирования экстрапирамидной симптоматики пациенту необходимо назначить + \_\_\_\_\_ + препарат**

- сосудистый
- антипаркинсонический
- антидепрессивный
- антипсихотический

**Наиболее частым и тяжелым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов первого поколения является**

- седативный
- метаболический
- гипотензивный

- нейролептический

**Антипсихотические препараты оказывают + \_\_\_\_\_ + действие**

- депримирующее
- стимулирующее
- психоделическое
- нормотимическое

**Пролонгированной формы не имеет антипсихотический препарат**

- галоперидол
- оланзапин
- зуклопентиксол
- флуфеназин

**Продолжительность этапа долечивания или стабилизации составляет**

- галоперидол
- оланзапин
- зуклопентиксол
- флуфеназин

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Молодой человек 17 лет обратился к психиатру в консультативно-диагностическое отделение в сопровождении отчима.

### **Жалобы**

На \* рассеянность внимания; \* трудности усвоения учебного материала; \* вялость; \* усталость; \* трудности во взаимоотношениях с людьми – «не понимают моих интересов»; \* нарушение контроля за поведением.

### **Анамнез заболевания**

\* С раннего возраста был гиперактивным, неусидчивым. \* В ситуациях психоэмоционального напряжения мог долго прыгать на одном месте, «не мог успокоиться». \* С детского возраста отмечались коммуникативные проблемы – избегал общения со сверстниками, подвергался насмешкам со стороны детей. \* Любил сочинять, фантазировать, вел дневник, где «описывал свою жизнь». \* В возрасте 10 лет пропал интерес к учебе, резко снизилась успеваемость. \* Со слов учителей «не слышит, что говорят», стал рассеянным, «беспомощным». \* Плохо чувствует себя в местах скопления людей. \* Закрывает окна, форточки,



объясняет, что «боится пауков». \* Спит только при включенном свете. \* Читает фантастическую литературу. \* Смотрит и пересматривает фильмы про супергероев. \* Пишет роман «про людей с необычными способностями». Хотел бы сам иметь такие качества.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность отягощена – отец злоупотреблял алкоголем, неоднократно был замечен в кражах, изменял. Дядя по линии матери некоммуникабельный, длительное время не работает, находится на содержании у матери, увлекается аниме. \* Отец ушел из семьи, когда пациенту было 2 года. \* В течение 4-х лет воспитывается отчимом. \* Посещал детский сад, привык относительно быстро. \* Учился в школе на «4» и «3». Предпочитал гуманитарные предметы. Интересовался историей. \* Занимался плаванием и рисованием. \* После 9 класса поступил в колледж, получает специальность автомеханика. \* Учится на 3-м курсе, успевает на «4» и «3». \* Отношения с сокурсниками не складываются. \* Страдает аритмией, хроническим бронхитом. \* В анамнезе аппендэктомия в возрасте 8 лет, аллергические реакции на кисло-молочные продукты.

### **Объективный статус**

\*Психический статус:\* сознание ясное. Ориентирован верно в месте, времени, собственной личности. Расстройств восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Бредовых идей активно не высказывает. Напряжен. Избегает визуального контакта. На вопросы отвечает односложно. Эмоционально неадекватен. Запас знаний соответствует возрасту и полученному образованию. Суждения поверхностные. Инфантилен. Аутичен. Внимание рассеянное. Быстро истощается. Волевые побуждения снижены. В беседе инициативы не проявляет. Критика к состоянию неполная. + \*Данные психологического обследования:\* выявлены неравномерность уровня и качества психических функций, психологического развития в целом. Отмечаются неравномерность качества обобщений с актуализацией своеобразных, основанных на внутренних ощущениях, признаков, малозначимых отвлеченных оснований, эмоционально нивелированных и содержательно вычурных признаков, что сочетается со смысловым своеобразием, тенденцией к резонерству. Ассоциативные образы формальные, эмоционально нивелированные, многие своеобразные с содержательно отдаленными пояснениями, тенденцией к малопродуктивному резонерству. Вербальные ассоциативные связи неравномерные по уровню и по качеству, отдельные субъективные, формально выхолощенные, многие псевдоабстрактные. В личностной сфере социальная отгороженность, внутреннее напряжение при общении, отсутствие потребности в общении, уход от межличностных коммуникаций в свой собственный мир со своеобразием, отвлеченным характером переживаний; своеобразие смысловой сферы, опора на внутренние своеобразные ощущения и критерии оценивания,

избирательность восприятия, парадоксальный характер отдельных страхов. Эмоциональные реакции внеконтекстны, несколько сглажены и нивелированы, волевые побуждения ослаблены. Личность недостаточно сформированная, псевдоинфантильная.

**При клиническом исследовании данного пациента следует использовать шкалу**

- {nbsp}CARS
- Спилберга
- {nbsp}PANSS
- {nbsp}YMRS

**У пациента можно предположить диагноз**

- {nbsp}CARS
- Спилберга
- {nbsp}PANSS
- {nbsp}YMRS

**Диагноз**

**Ведущим синдромом в клинической картине является**

- астенический
- аутистический
- психопатоподобный
- апатический

**Отсутствие способности к коммуникации, социальному взаимодействию, стереотипность поведения, приводящие к социальной дезадаптации, являются диагностическими критериями**

- эмоциональных расстройств, расстройств поведения, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте
- общих расстройств развития
- умственной отсталости
- невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств

**В данном случае терапевтическая тактика должна заключаться в**

- комплексном использовании медикаментозных и немедикаментозных методов лечения
- психолого-педагогической коррекции
- логопедической коррекции

- психофармакотерапии

**Пациенту необходимо в первую очередь рекомендовать прием**

- ноотропов
- антидепрессанта
- витаминов
- стабилизатора настроения

**Пациенту можно рекомендовать прием антидепрессанта из группы**

- двойного действия
- сбалансированных
- стимулирующих
- седативных

**К атипичным антипсихотическим препаратам, противопоказанным к использованию у детей до 15 лет, относится**

- клозапин
- оланзапин
- палиперидон
- рисперидон

**Распространенность аутизма на 10 000 взрослого населения составляет**

- 5,3
- 1,5
- 7,7
- 2,7

**Соотношение мальчиков и девочек среди детей с аутистическими расстройствами составляет**

- 4:1
- 5:1
- 2:1
- 7:1

**Развитие аутистического расстройства обусловлено**

- наследственной предрасположенностью
- органическим поражением головного мозга
- реакцией на стресс
- влиянием социальных факторов

## **Синдром Аспергера не определяется как**

- наследственной предрасположенностью
- органическим поражением головного мозга
- реакцией на стресс
- влиянием социальных факторов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 59 лет находится в течение месяца в психиатрическом стационаре.

### **Жалобы**

На \* плохую память, \* рассеянность внимания, \* общую слабость, \* нарушения сна.

### **Анамнез заболевания**

\* Ухудшение памяти в течение 3-х лет. \* Дочь была вынуждена забрать пациентку к себе год назад, так как она стала беспомощной, перестала себя обслуживать. \* Обращалась за помощью к неврологу. \* Получала сосудистые препараты курсами без эффекта. \* Перед госпитализацией в психиатрический стационар у пациентки нарушился сон, была возбуждена, дезориентирована, поведением обнаруживала обманы восприятия.

### **Анамнез жизни**

\* Образование среднетехническое. \* Пенсионерка по возрасту. \* Работала мастером на заводе. \* Замужем с 22 лет. Имеет двоих детей. \* Овдовела 3 года назад. \* Страдает артериальной гипертензией. \* В анамнезе дважды травмы головы, лечилась стационарно.

### **Объективный статус**

\* Психический статус: \* не ориентирована в месте и времени. Не знает, какое сейчас число, месяц, год. Считает, что она находится дома. Окружающих пациентов принимает за своих родственников. Называет свои фамилию, имя и отчество. Дату рождения, возраст говорит неверно. В беседе с врачом несколько раз спрашивает его имя и отчество. Внешне кажется растерянной. Не может ответить на вопрос, что ела на завтрак. Рассказывает, что вчера приходили гости и принесли много подарков. Критики к состоянию нет.

**Диагностика расстройства должна основываться, в первую очередь, на данных + исследования**

- клинико-лабораторного

- экспериментально-психологического
- инструментального
- нейрофизиологического

**Для оценки когнитивных функций применяется**

- шкала Спилберга
- шкала Гамильтона
- шкала Янга (YMRS)
- тест mini-mental state examination (MMSE)

**При госпитализации в психиатрический стационар у пациентки были проявления**

- органического бредового (шизофреноподобного) расстройства
- острого полиморфного психотического расстройства
- органического галлюциноза
- делирия на фоне деменции

**На момент осмотра психическое состояние пациентки определяется как**

- легкое когнитивное расстройство
- органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройства
- органическое аффективное расстройство
- органический амнестический синдром в связи с сосудистым заболеванием головного мозга

**Ослабление памяти, снижение интеллекта, недержание аффекта являются диагностическими критериями + + синдрома**

- эпилептиформного
- астенического
- энцефалопатического
- амнестического

**Амнестический (корсаковский) синдром характеризуется**

- расстройствами памяти
- расстройством сознания
- аффективными нарушениями
- снижением интеллекта

**Нарушения памяти в данном случае определяются как**

- криптомнезия

- гипомнезия
- конфабуляции
- псевдореминисценции

**Пациентке в первую очередь рекомендовано назначение**

- стабилизатора настроения
- антидепрессанта
- транквилизатора
- антипсихотического препарата

**Для коррекции когнитивных расстройств применяются**

- ноотропы
- ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- ангиопротекторы
- аминокислоты

**Нейрометаболические препараты не оказывают + действия**

- ноотропного
- психостимулирующего
- антипсихотического
- мнемотропного

**Данной пациентке помощь необходимо оказывать**

- стационарно
- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)

**Распространенность деменции среди лиц старше 65 лет составляет + %**

- стационарно
- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Женщина 27 лет обратилась за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение.

### **Жалобы**

На \* сниженное настроение; \* тревогу; \* плаксивость; \* отсутствие аппетита; \* снижение веса; \* трудности засыпания; \* беспокойный сон; \* слабость; \* чувство страха, что не сможет справиться с уходом за ребенком; \* нежелание общаться; \* снижение трудоспособности.

### **Анамнез заболевания**

\* Родила ребенка 2 месяца назад. \* Кормит ребенка грудью. \* Психическое состояние изменилось через месяц после родов. \* Домашними делами, уходом за ребенком заниматься не может, помогают родственники. \* Обращалась за помощью к психиатру, психологу. \* Принимала сертралин 50 мг/сут, хлорпротиксен 25 мг/сут, алпразолам 1 мг при тревоге. \* Проводилась иглорефлексотерапия. \* Эффекта от терапии не отмечает.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность отягощена – отец ранее злоупотреблял алкоголем, получал наркологическую помощь, не употребляет спиртные напитки 16 лет. \* Младшая из 2-х детей. \* Родилась в срок с весом 3100 г. \* Раннее развитие проходило без особенностей. \* В школу пошла с 7 лет, училась на «4» и «5». \* Росла домашним ребенком – много времени проводила дома, «компании не привлекали». Друзей было мало. Боялась темноты. «Испытывала стресс» во время экзаменов. \* Образование – высшее, специальность – экономист-математик. Стаж работы по специальности – 6 лет. \* Вышла замуж в 25 лет. \* Менструации с 13 лет, регулярные. Беременность – 1, роды – 1. \* В анамнезе простудные заболевания, хронический гастрит, полиноз. \* Черепно-мозговые травмы, операции, судорожные приступы отрицает.

### **Объективный статус**

\* Психический статус: \* сознание ясное. В месте, времени, собственной личности ориентирована верно. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовых идей на момент осмотра не высказывает. Сидит, опустив голову. Двигательная активность снижена. Мышление в несколько замедленном темпе. На вопросы отвечает с паузами. Говорит, что «ничего не хочет», «нет чувства радости», «пропали цели». Испытывает негативное отношение к ребенку. Считает, что «вся жизнь нарушилась после родов». Сомневается, что сможет осуществлять уход за ребенком. Настроение снижено. Во время беседы плачет. Внимание быстро истощается. Волевые побуждения снижены. К состоянию критична.

**Учитывая данные обследований, пациентке можно поставить диагноз**

- стационарно
- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)

## **Диагноз**

### **Ведущим синдромом в клинической картине является**

- обсессивный
- астенический
- ипохондрический
- депрессивный

### **Пациентке необходимо в первую очередь рекомендовать прием**

- антипсихотического препарата
- антидепрессанта
- стабилизатора настроения
- транквилизатора

### **Из антидепрессантов пациентке, при сохранении грудного вскармливания, предпочтительно назначить препарат из группы**

- ингибиторов моноаминооксидазы (ИМАО)
- трициклических антидепрессантов (ТЦА)
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН)
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС)

### **Не рекомендуется кормить ребенка грудью после приема психофармакологических препаратов в течение**

- 2-3 часов
- 8 часов
- 1 часа
- 5 часов

### **Антидепрессанты в данном случае лучше использовать в + + дозах**

- терапевтических
- максимальных
- высоких
- малых



**Пациентке, наряду с приемом антидепрессанта, может быть рекомендована**

- физиотерапия
- фототерапия
- эфферентная терапия
- заместительная гормональная терапия

**Назначение психофармакологических препаратов в послеродовом периоде показано в случае**

- умеренной и тяжелой депрессии
- синдрома «материнской хандры»
- легкой депрессии
- синдрома «грусти рожениц»

**Наиболее тяжелым побочным эффектом трициклических антидепрессантов является**

- холинолитический
- гипотензивный
- метаболический
- седативный

**При соматических нарушениях у новорожденного, женщине с данным расстройством антидепрессанты при сохранении грудного вскармливания**

- назначают в терапевтических дозах
- назначают коротким курсом
- назначают в малых дозах
- не назначают

**Развитие данного расстройства обусловлено**

- реакцией на стресс
- наследственной предрасположенностью
- гормональными изменениями
- интоксикацией

**Частота депрессивных проявлений в послеродовом периоде у женщин составляет**

- реакцией на стресс
- наследственной предрасположенностью
- гормональными изменениями
- интоксикацией

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Молодой человек 20 лет обратился за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение.

### Жалобы

На \* «ощущение нереальности происходящего»; \* «окружающее воспринимается нечетко»; \* тревожность; \* нарушения сна; \* трудности восприятия информации; \* снижение аппетита; \* отсутствие чувства радости; \* снижение эмоционального реагирования; \* напряжение при общении с людьми; \* быструю утомляемость.

### Анамнез заболевания

\* Нарушения поведения с 10 лет – устраивал истерики, «бросался ножами, вилками». \* В возрасте 16 лет госпитализировался в психиатрическую больницу в связи с агрессивным поведением. \* Принимал тиоридазин без эффекта. \* Изменения восприятия возникли 4 года назад после однократного употребления спайсов. \* С подросткового возраста периодически нарушения сна. \* В последнее время режим сна/бодрствования нарушен – поздно ложится и поздно встает. \* Считает, что «отупел». \* Принимал самостоятельно сосудистые препараты. Положительного эффекта не отмечал.

### Анамнез жизни

\* Наследственность отягощена – дядя по линии отца страдал наркоманией. Отец погиб в молодом возрасте от передозировки наркотиков. У отца был тяжелый характер, проявлял агрессию к близким. Мать эмоционально-неустойчивая по характеру, не поддерживает отношения с родственниками. \* Родился на сроке 36 недель с травмой шеи, обвитием пуповины в состоянии гипоксии. Вес при рождении был низкий. \* Развивался с опережением. \* Посещал детский сад 5 лет, адаптировался быстро. \* Несколько лет прожил с отчимом, который злоупотреблял алкоголем. \* В детском возрасте боялся инопланетян. \* В школу пошел с 7 лет. В средних классах успеваемость снизилась, стал прогуливать занятия. В 10–11 классах учился в экстернате. Среднюю школу не закончил. Далее нигде не учился и не работал. \* В анамнезе простудные заболевания. Был оперирован в детском возрасте по поводу фимоза и паховой грыжи. \* Алкоголем не злоупотребляет. \* Однократно употреблял спайсы 4 года назад. Эпизодически курит марихуану. Последнее употребление марихуаны 5 месяцев назад. \* Проводит время в основном дома, изредка гуляет с друзьями.

## **Объективный статус**

**\*Психический статус:\*** сознание ясное. Пациент ориентирован верно в месте, времени, собственной личности. Избегает визуального контакта. Во время разговора смотрит в сторону. Речь монологом. Голос маломодулированный. На момент осмотра отмечаются расстройства восприятия в виде дереализации. Склонен к детализации. Мышление аморфное. Эмоционально снижен. Мимические проявления бедные. Астенизирован. Внимание быстро истощается. Волевые побуждения снижены. Критика к состоянию неполная.

**Для уточнения диагноза пациенту необходимо в первую очередь назначить**

**+ исследование**

- лабораторное
- экспериментально-психологическое
- нейрофизиологическое
- инструментальное

**У пациента можно предположить диагноз**

- лабораторное
- экспериментально-психологическое
- нейрофизиологическое
- инструментальное

## **Диагноз**

**Ведущим синдромом в клинической картине является**

- аффективный
- ипохондрический
- деперсонализационно-дереализационный
- психопатоподобный

**Сопутствующим диагнозом в данном случае является**

- абстинентное состояние (синдром зависимости) с делирием
- употребление психоактивных веществ с вредными последствиями
- синдром отмены
- синдром зависимости от психоактивных веществ

**Для данного расстройства не характерны + нарушения**

- психопатоподобные
- галлюцинаторно-бредовые

- «бедные симптомами»
- неврозоподобные

**Пациенту необходимо в первую очередь назначить**

- антидепрессант
- антипсихотический препарат
- транквилизатор
- стабилизатор настроения

**Психиатрическую помощь пациенту в данном случае целесообразно оказывать**

- принудительно
- добровольно в условиях психиатрического стационара
- недобровольно
- добровольно в амбулаторных условиях

**Данное расстройство ранее не определялось как шизофрения**

- псевдопсихопатическая
- атипичная
- субклиническая
- псевдоневротическая

**Прогноз данного расстройства является**

- благоприятным
- фатальным
- неблагоприятным
- сомнительным

**Тип течения данного расстройства**

- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический ремиттирующий (рекуррентный)
- эпизодический со стабильным дефектом
- непрерывный

**Не вызывают формирования лекарственной зависимости**

- снотворные препараты
- транквилизаторы
- антипсихотические препараты
- психостимуляторы

## Феномен адаптации при длительной психофармакотерапии характеризуется

- снотворные препараты
- транквилизаторы
- антипсихотические препараты
- психостимуляторы

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Мужчина 42 лет обратился за помощью к психиатру в психоневрологический диспансер.

### Жалобы

На \* общую слабость; \* ломоту, жжение в суставах; \* неприятные ощущения в животе; \* нежелание что-либо делать; \* растерянность – «ничего не понимаю», «невозможно сосредоточиться», «не могу анализировать научную информацию»; \* неуверенность; \* трудности принятия решений \* напряжение при контактах с людьми; \* нарушения сна – трудности засыпания, ранние пробуждения.

### Анамнез заболевания

\* Ухудшение психического состояния в течение 2 месяцев. \* Находился на лечении в дневном стационаре психоневрологического диспансера 8 лет назад по поводу депрессивного расстройства. \* Повторная госпитализация в психиатрический стационар была 4 года назад. \* Далее периодически лечился у психиатра амбулаторно. \* Последняя госпитализация в психиатрическую больницу 6 мес. назад, диагноз: Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод средней степени тяжести, тревожно-ипохондрический синдром у шизоидной личности. \* После выписки принимал пароксетин, ноотропы. Психическое состояние было неустойчивое.

### Анамнез жизни

\* Наследственность отягощена – дядя по линии матери страдает шизофренией, отец неоднократно обращался за помощью к психотерапевту. \* Родился в семье служащих. \* Раннее развитие без особенностей. \* По характеру был флегматичным, медлительным. \* В школу пошел с 7 лет. \* Закончил механико-математический факультет университета. \* Имеет ученую степень доктора физико-математических наук. \* Работает научным сотрудником в научно-исследовательском институте. Преподает математику в университете. \* Женат не был. \* Проживает в общежитии. \* Травмы головы отрицает. Страдает артериальной гипертензией.

## **Объективный статус**

**\*Психический статус:**\* контакт устанавливается постепенно. Сознание ясное. Ориентирован полностью в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовых идей, суицидальных мыслей не высказывает. На вопросы отвечает односложно. Напряжен. В беседе пассивен. Внимание концентрирует с трудом. Быстро истощается. Эмоционально снижен. Мимика бедная. Затрудняется при ответах на вопросы, колеблется. Аутичен. К состоянию критичен. + **\*Данные экспериментально-психологического исследования:**\* нарушение мотивационного компонента мышления, искажение процесса обобщения, аутизация личности.

## **Диагностика расстройства должна основываться, в первую очередь, на данных + исследования**

- клинико-лабораторного
- нейрофизиологического
- инструментального
- экспериментально-психологического

## **Для исключения соматической патологии пациенту необходимо в первую очередь назначить консультацию**

- отоларинголога
- сомнолога
- терапевта
- окулиста

## **Учитывая данные обследований, пациенту можно поставить диагноз**

- отоларинголога
- сомнолога
- терапевта
- окулиста

## **Диагноз**

## **Ведущим синдромом в клинической картине является**

- дисморфофобический
- псевдоастенический
- ипохондрический
- обсессивно-фобический

**Пациенту в первую очередь рекомендовано назначение**

- транквилизатора
- антипсихотического препарата
- антидепрессанта
- стабилизатора настроения

**Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов первого поколения является**

- седация
- экстрапирамидная симптоматика
- сексуальная дисфункция
- увеличение массы тела

**Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов второго поколения является**

- ортостатическая гипотония
- увеличение массы тела
- седация
- экстрапирамидная симптоматика

**Продолжительность этапа купирующей терапии в среднем составляет**

- 6 месяцев
- 4-8 недель
- 1-2 года
- 12 месяцев

**Для купирования первичной негативной симптоматики используют**

- антидепрессанты
- антипсихотические препараты первого поколения
- антипсихотические препараты второго поколения
- транквилизаторы

**Данному пациенту помощь предпочтительно оказывать**

- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- стационарно
- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)

**Наиболее частый тип течения данного расстройства**

- рекуррентный
- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический со стабильным дефектом
- непрерывный

### **Прогноз данного расстройства является**

- рекуррентный
- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический со стабильным дефектом
- непрерывный

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 42 лет осмотрена психиатром на консилиуме в Институте пластической хирургии и косметологии.

### **Жалобы**

На \* ощущение асимметрии лица; \* тянущие боли в области лица; \* слабость; \* быструю утомляемость; \* сниженное настроение; \* недовольство внешним видом; \* замкнутость; \* снижение трудоспособности; \* отсутствие чувства радости; \* навязчивые мысли по поводу результатов оперативных вмешательств; \* нарушение сна – трудности засыпания, отсутствие чувства отдыха после сна; \* рассеянность внимания; \* трудности восприятия информации.

### **Анамнез заболевания**

\* Пациентку не устраивают результаты пластической операции, проведенной в Институте пластической хирургии и косметологии 7 месяцев назад. Считает, что сейчас она внешне выглядит хуже, чем до операции. \* Стесняется выходить на улицу. Боится привлекать к себе внимание коллег на работе. Сравнивает постоянно себя на фотографиях до и после операции. \* Отношения с мужем в последнее время стали напряженными. \* Потеряла интерес к ребенку. \* Делала пластическую операцию по коррекции формы носа 4 года назад, результатом не удовлетворена. \* Обращалась за помощью к психиатру в частном порядке год назад по месту жительства. \* Принимает трифлуоперазин 20 мг в сутки. \* На фоне терапии стала лучше спать. Навязчивые мысли по поводу внешнего вида, болезненные ощущения в области лица сохраняются.

### **Анамнез жизни**

\* Образование высшее. \* Работает служащей. \* Замужем, имеет ребенка.



## **Объективный статус**

\*Психический статус:\* в контакт вступает постепенно. Сознание ясное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности. Напряжена. Пациентка не довольна результатами пластической операции, своим внешним видом. Испытывает неприятные, болезненные ощущения, чувство распирания в области лица. Считает, что ее лицо стало асимметричным. Требуется коррекция результатов операции. Мышление паралогичное. Коррекции не поддается. Настроение снижено. Мимика бедная. Астенизирована. Быстро истощается. Внимание рассеянное. Интеллект соответствует полученному образованию. Память без грубой патологии. Критика к состоянию неполная.

**Для уточнения диагноза пациентке необходимо в первую очередь назначить**

**+ исследование**

- лабораторное
- экспериментально-психологическое
- нейрофизиологическое
- инструментальное

**У пациентки можно предположить диагноз**

- лабораторное
- экспериментально-психологическое
- нейрофизиологическое
- инструментальное

## **Диагноз**

**Ведущим синдромом в клинической картине является**

- обсессивный
- астенический
- ипохондрический
- сенестопатический

**Обращение пациентки к пластическому хирургу было обусловлено психопатологическим расстройством в форме**

- дисморфофобии
- деперсонализации
- ипохондрии
- параноида

**Пациентке необходимо в первую очередь назначить**

- транквилизатор
- антипсихотический препарат
- стабилизатор настроения
- антидепрессант

**Пациентке, наряду с антипсихотическим препаратом, может быть рекомендован прием**

- антидепрессанта
- стабилизатора настроения
- психостимулятора
- ноотропа

**При болевом синдроме наименее эффективны антидепрессанты из группы**

- трициклических (ТЦА)
- ингибиторов моноаминооксидазы (ИМАО)
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС)
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН)

**Продолжительность этапа долечивания или стабилизации составляет**  
**+ \_\_\_\_\_ + месяц(ев)**

- 2
- 12
- 1
- 6

**Данное расстройство не определялось как шизофрения**

- атипичная
- субклиническая
- амбулаторная
- псевдоневротическая

**Прогноз данного расстройства является**

- неблагоприятным
- сомнительным
- фатальным
- благоприятным

**Тип течения данного расстройства**

- эпизодический ремиттирующий (рекуррентный)
- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический со стабильным дефектом
- непрерывный

### **Антипсихотические препараты согласно классификации относятся к группе**

- эпизодический ремиттирующий (рекуррентный)
- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический со стабильным дефектом
- непрерывный

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной Т., 19 лет, обвиняется по ст. 105 УК РФ в убийстве соседа. Судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

На \* судорожные приступы во время ночного сна, \* «голоса» внутри головы, \* головную боль, \* снижение памяти.

### **Анамнез заболевания**

\* В возрасте 6 лет ударился головой о батарею, потерял сознание, впервые перенес приступ «лежал с открытыми глазами, совершал глотательные движения, подергивал ногами, на замечания не реагировал», приступ длился несколько минут. \* Является инвалидом II группы бессрочно с ограничением способности к труду, получал терапию. \* В школе плохо запоминал материал, был неусидчив, конфликтовал с одноклассниками и учителями. В тот период времени дома среди ночи Т. производил хаотические движения, хватал предметы, вскакивая с постели, утром об этом ничего не помнил, припадки были с частотой 1 раз в 3-4 месяца. \* С 14 лет стал неуправляемым, дрался с одноклассниками и родными, резко менялось настроение от замкнутости до вспыльчивости, обидчивости. Неоднократно на уроках и во время перемен у него отмечались приступы с потерей сознания на непродолжительное время, когда он падал в коридоре, также бывали такие состояния, когда он начинал во время урока ходить, переставлять вещи и не помнил об этом. Был агрессивным, часто случались «обморочные состояния» «приступы агрессии» с разбрасыванием предметов, раскачиванием столов. \* С 2003 г. судорожные припадки участились до 2-4 раз в неделю перед засыпанием, днем «слышал в голове сильную музыку», стал более раздражительным (до драк с отчимом), отмечал нарушения памяти. Родственники отмечали, что Т. ведет себя

неадекватно, оскорблял мать, «кидался» на неё с ножом, воровал деньги, высказывал желание разбогатеть, был склонен к издевательствам над животными, по характеру упрямый, своенравный, грубый. \* Как следует из материалов уголовного дела, Т. обвиняется в убийстве своего соседа. После конфликта с отчимом и матерью, собрал вещи, с ножом в руке залез на забор и смотрел на соседей, когда увидел выходящего из дома соседа, прыгнул с забора и нанес ему ножевое ранение в спину и убежал. Т. в своих показаниях утверждал, что предупредил, чтобы тот не подходил к нему, а «то будет плохо», показал ему нож, но он продолжал подходить к Т., после чего он ударил П. ножом.

### **Анамнез жизни**

\* Родился от второй беременности. \* С детского возраста состоит на учете у психиатра. \* В 7 лет был определен в общеобразовательную школу, учился плохо, дублировал пятый класс. \* Окончил 8 классов, поступил в лицей по специальности «портной», учился с трудом. \* Врача-психиатра посещал нерегулярно, несколько раз находился на стационарном лечении в психиатрической больнице. \* Проживает с матерью и отчимом.

### **Объективный статус**

Во время беседы Т. то напряжен, раздражителен, повышает голос, то улыбается, речь становится тихая. На вопросы отвечает после пауз, часто переспрашивает. Речь косноязычная. Затрудняется назвать число, месяц, день недели, текущий год. Цель экспертизы объяснить не может. Утверждает, что отчим всегда хотел избавиться от него, подговаривал мать, поэтому неоднократно он хватался за нож, дрался с ним. Рассказывает, что судорожные припадки бывают во время ночного сна, иногда вечером, при засыпании. Сам о припадках не помнит, знает о них со слов окружающих, что «напрягаюсь, дергаюсь», потом «во рту болит», «всё тело болит». Отмечает, что в последние два года у него периодически «напрягаются, дергаются пальцы на руках», бывают состояния, когда он «чувствует, что он уже здесь был и все видел». Отмечает, что у него часто внезапно возникают в течение суток беспричинные изменения настроения, когда «злюсь», «раздражение вместе с тоской». Говорит, что его беспокоят головная боль сдавливающего характера, плохая память: не помнит, как зовут соседей по палате, с трудом вспоминает определенные даты своей жизни, не может воспроизвести содержание просмотренных им телевизионных передач. Об инкриминируемом ему деянии сообщает, что тот в день с отчимом возник конфликт, Т. схватил нож и хотел уйти из дома, но родители спрятали его вещи, действия родителей его возмутили, пытался убежать. Сообщает, что П. преследовал, а затем бил его, хотел связать веревкой, поэтому «его пришлось ударить в спину ножом», «он сам виноват, предупреждал его, чтобы он не подходил, а он подошел». +

Мышление ригидное, вязкое, тугоподвижное, замедлено по темпу. Эмоционально лабилен, слабодушен. Интеллект низкий, круг интересов ограничен бытовыми потребностями. Суждения легковесные, примитивные. Память и концентрация внимания снижены. С медперсоналом услужлив, в отделении ничем не занят, держится обособленно. В день поступления у него в носке была обнаружена заточка, её наличие объяснил тем, что «надо чем-то резать колбасу». На фоне противосудорожной терапии был зафиксирован один судорожный приступ с потерей сознания в вечернее время. Критика отсутствует.

**Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза эпилепсия, является**

- эпизодический ремиттирующий (рекуррентный)
- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический со стабильным дефектом
- непрерывный

**Результаты обследования**

**Для дальнейшего обследования в психиатрическом стационаре необходимо провести**

- эпизодический ремиттирующий (рекуррентный)
- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический со стабильным дефектом
- непрерывный

**Результаты обследования**

**Наблюдаемые у пациента пароксизмальные состояния относятся к**

- психомоторным
- миоклоническим
- атоническим
- генерализованным тонико-клоническим

**Психические расстройства, наблюдаемые у пациента, относятся к**

- умственной отсталости с нарушением поведения
- психическим расстройствам при эпилепсии
- шизофрении, простой тип
- деменции в связи со смешанными заболеваниями

**В соответствии с МКБ-10 больному следует выставить диагноз**

- умственной отсталости с нарушением поведения
- психическим расстройствам при эпилепсии
- шизофрении, простой тип
- деменции в связи со смешанными заболеваниями

## **Диагноз**

### **Наблюдаемые у пациента аффективные расстройства относятся к**

- дистимическим
- дисфорическим
- маниакальным
- депрессивным

### **Медицинский критерий невменяемости сводится к констатации**

- иного психического расстройства
- слабоумия
- временного психического расстройства
- хронического психического расстройства

### **Юридический критерий невменяемости сводится к констатации**

- интеллектуального критерия
- волевого компонента
- психологического критерия
- интеллектуального и волевого компонента

### **Рекомендуемый вид принудительного лечения**

- психиатрический стационар специализированного типа с интенсивным наблюдением
- психиатрический стационар общего типа
- психиатрический стационар специализированного типа
- амбулаторное принудительное лечение

### **Потенциальная опасность пациента обусловлена**

- пароксизмальными расстройствами, эмоционально-волевыми нарушениями
- импульсивным совершением агрессивных действий, выраженными когнитивными нарушениями
- депрессивной симптоматикой и эмоционально-волевыми нарушениями
- аффективными и пароксизмальными расстройствами

**Юридический критерий процессуальной недееспособности включает нарушения компонентов**

- только интеллектуального
- интеллектуального и волевого
- только волевого
- только психологического

**Для купирования пароксизмальных расстройств у данного больного показано назначение**

- только интеллектуального
- интеллектуального и волевого
- только волевого
- только психологического

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Больной К., 46 лет, обвиняемый в посягательстве на жизнь сотрудников правоохранительных органов, членов семьи, в незаконном приобретении, передаче, ношении огнестрельного оружия, боеприпасов, взрывных устройств. + Судебно-психиатрическая экспертиза.

**Жалобы**

На частые приступы с потерей сознания, ухудшение памяти, головную боль.

**Анамнез заболевания**

К. перенес контузию. Нарушилось зрение, появились головная боль, головокружение и приступы судорог с потерей сознания. Была определена 3 группа инвалидности. Через 2 года (1994 г.) приступы с потерей сознания участились до 3-4 раз в неделю. Выставлен диагноз «Хронический слипчивый арахноидит». Возникали жалобы на пониженное настроение. Неврологом отмечалось снижение интеллектуальных способностей, астения, эмоциональная лабильность, немотивированные тревога, смена настроения от тоски до злобы. В 2002 г. неврологом отмечена астения, истощаемость, вязкость, дисфоричность, выраженные мнестические расстройства, снижение критики. Соседи указали, что К. беспокойный, беспринципный и вспыльчивый человек. + Как следует из материалов уголовного дела, К. нанес телесные повреждения жене и дочери (обнаружены кровоподтеки на теле и участки облысения на голове), в момент задержания его сотрудниками милиции бросил в них взрывное устройство. Родственники К. показали, что он в тот день водил

дочь по адресам парней, которые избили его жену несколько месяцев назад и говорил, что убьет их, ударил чужую собаку. Дома, на осуждающие слова жены, К. ударил кулаком по столу, кинул его несколько раз об пол, а затем ударил жену несколько раз кулаком в лицо, оттащил дочь за волосы в другую комнату. После этого жена убежала к соседям, там К. продолжал ее избивать по голове, приволок за волосы в квартиру и нанёс удары. Находясь в СИЗО, К. неоднократно перенес судорожные припадки с прикусом языка.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически не отягощена. В детстве - снохождения, сноговорения, энурез. Рос общительным, активным ребенком. В течение жизни неоднократно переносил травмы головы. Дважды привлекался к уголовной ответственности за правонарушения против личности. Не работает. Женат, есть дочь.

### **Объективный статус**

При производстве экспертизы К. подчеркнуто вежлив, иногда слащав. В беседе требует выслушать его до конца, обижается, раздражается. Требует, чтобы его «тщательно обследовали». Отмечает, что в последнее время судорожные припадки участились до одного раза в неделю. Им предшествует закладывание ушей, усиление шума в голове, онемение кончиков пальцев, бывает «прилив энергии внизу живота», которая поднимается вверх к груди, не дает дышать, «устремляется» в голову, появляется зуд всего тела. После приступа возникает озноб, длительный сон или «нестерпимая» слабость с ноющими болями в мышцах. Утверждает, что между приступами испытывал ощущения, что «как будто уже все видел во сне». Рассказывает, что в последнее время у него появились «состояния, когда он оказывался на другом конце города», происходящего не помнил. Со слов окружающих знает, что иногда во время разговора «начинал смотреть стеклянными глазами на собеседника», затем терял нить разговора. Подчеркивает, что с годами стал без причины вспыльчивым, раздражительным, агрессивным: «иногда наступает такая злость, что готов убить», после «прошу прощения». Иногда с самого утра настроение тоскливо-злое, «тревожно на душе», ничего не хочется делать. + Об инкриминируемом ему деянии утверждает, что бил дочь и жену после того, как она начала ругаться с ним; в милицию кинул взрывное устройство, «чтобы не врывались в дом». Интересуется состоянием своего здоровья, ипохондричен. Мышление вязкое, ригидное, обстоятельное, тугоподвижное, со склонностью к застреванию на несущественных деталях. Память снижена. Эмоционально неустойчив, склонен к аффективным реакциям в виде вспышек гнева, раздражительности. К среднему медперсоналу навязчив с различными жалобами на здоровье и режим. Неоднократно перед началом работы с психологом медленно оседал на стул, осматриваясь по сторонам, начинал



громко дышать, напрягал мышцы лица, просил укол, зрачки реагировали на свет. Дллись такие состояния 20 -30 минут. Критика отсутствует.

**Инструментальными методами исследования, необходимыми для постановки диагноза эпилепсия, являются**

- только интеллектуального
- интеллектуального и волевого
- только волевого
- только психологического

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Для дальнейшего обследования в психиатрическом стационаре необходимо провести**

- только интеллектуального
- интеллектуального и волевого
- только волевого
- только психологического

**Результаты обследования**

**Описанные у подэкспертного пароксизмальные состояния относятся к**  
**+ + припадкам**

- атоническим
- генерализованным тонико-клоническим
- простым парциальным
- миоклоническим

**Психические расстройства, наблюдаемые у пациента, относятся к**

- аффективным расстройствам
- психическим расстройствам при эпилепсии
- органическому расстройству личности
- психопатии

**Патогенез психических расстройств у пациента связан с**

- эпилептическим процессом
- алкогольной энцефалопатией
- сосудистым поражением головного мозга
- диабетической энцефалопатией

**В соответствии с МКБ-10 больному следует выставить диагноз**

- эпилептическим процессом
- алкогольной энцефалопатией
- сосудистым поражением головного мозга
- диабетической энцефалопатией

**Диагноз**

**Наблюдаемые иктальные психические расстройства относятся к**

- идеаторным пароксизмам
- амбулаторным автоматизмам
- соматосенсорным пароксизмам
- сумеречному помрачению сознания

**Аффективные расстройства представлены**

- маниакальными состояниями
- дисфориями
- паническими атаками
- депрессивными расстройствами

**Экспертное решение заключается в определении**

- иного психического расстройства
- временного психического расстройства
- слабоумия
- хронического психического расстройства

**Общественная опасность пациента обусловлена**

- специфическими личностными особенностями
- аффективными расстройствами
- преобладанием эксплозивных черт и дисфорий
- слабоумием

**Вследствие хронического психического расстройства больной в период инкриминируемых ему деяний**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог понимать значение своих действий и руководить ими
- мог осознавать не в полной мере фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

**Определяя уголовно-процессуальную дееспособность, больного следует считать**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог понимать значение своих действий и руководить ими
- мог осознавать не в полной мере фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Молодой человек 17 лет обратился в психоневрологический диспансер в сопровождении матери с целью оформления академического отпуска по месту учебы.

### **Жалобы**

На \* слабость, \* быструю утомляемость; \* нарушение внимания – «внимания хватает на 20-40 мин», «мысли вылетают из головы», «забываю за чем пошел», «теряю цель»; \* трудности усвоения информации; \* беспокойный сон; \* раздражительность.

### **Анамнез заболевания**

\* Со слов матери психические нарушения в течение 6 мес. – стал эмоционально неустойчивым, раздражительным, отмечались слабость, быстрая утомляемость. \* Обращался за помощью к неврологу. Получал сосудистые препараты курсами. Положительного эффекта не отмечал.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность отягощена – отец злоупотребляет алкоголем, имеет «тяжелый» характер. Мать по характеру замкнутая, является прихожанкой церкви адвентистов седьмого дня. \* Является единственным ребенком в семье. \* Родился в срок с весом 3500 г. \* Раннее развитие без особенностей. \* Посещал детский сад с 3-х лет, адаптировался быстро. \* В школе учился хорошо. \* Занимался музыкой. Самостоятельно научился играть на гитаре. \* Избирателен в контактах. Имеет одного друга. \* Учится на 2-м курсе авиационного колледжа. \* В последнее время успеваемость в колледже

снизилась. \* В возрасте 10 лет травма головы, медицинскую помощь не получал.

### **Объективный статус**

\*Психический статус:\* при общении напряжен. Избегает визуального контакта. Смотрит в сторону. Ориентирован полностью в месте, времени, собственной личности. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не обнаруживает. Говорит тихим голосом. На вопросы отвечает с паузами. Мышление аморфное. Астенизирован. Внимание быстро истощается. Настроение несколько снижено. Мимика невыразительная. Переживает по поводу трудности усвоения информации. К состоянию критичен. +

\*Психологическое обследование:\* обследование заняло 3 часа. Регистрируются эпизодические соскальзывания по типу актуализации слабых признаков. Обращает внимание необычный характер обобщений. По данным патохарактерологического опросника Личко диагностирован ярко выраженный лабильный тип личности. Время, затраченное на выполнение таблиц Шульте: 1 мин., 40 сек., 35 сек., 45 сек., 45 сек. (при норме – 45 – 55 сек.). Обнаруживает достаточную продуктивность опосредованного запоминания: из 14 предъявленных понятий воспроизводит 13, 1 – близко по смыслу.

### **Для уточнения диагноза пациенту необходимо в первую очередь назначить**

**+ исследование**

- инструментальное
- нейрофизиологическое
- экспериментально-психологическое
- лабораторное

### **Для выявления нарушений мышления при экспериментально-психологическом исследовании используются методики**

- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов
- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации
- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона
- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий

### **У пациента можно предположить диагноз**

- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов

- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации
- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона
- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий

## **Диагноз**

### **Ведущим синдромом в клинической картине является**

- псевдоастенический
- психоорганический
- депрессивный
- амнестический

### **Для данного расстройства не характерны \_\_\_\_\_ нарушения**

- неврозоподобные
- галлюцинаторно-бредовые
- «бедные симптомами»
- психопатоподобные

### **Пациенту необходимо в первую очередь назначить**

- антидепрессант
- транквилизатор
- антипсихотический препарат
- стабилизатор настроения

### **Пациенту, наряду с антипсихотическим препаратом, может быть рекомендован прием**

- стабилизатора настроения
- ноотропа
- антидепрессанта
- психостимулятора

### **Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов второго поколения является**

- экстрапирамидная симптоматика
- ортостатическая гипотония
- увеличение массы тела
- седация

### **Данное расстройство ранее не определялось как шизофрения**

- субклиническая
- псевдоневротическая
- атипичная
- амбулаторная

#### **Прогноз данного расстройства является**

- сомнительным
- неблагоприятным
- благоприятным
- фатальным

#### **Данному пациенту помощь должна оказываться**

- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- стационарно
- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)

#### **Тип течения данного расстройства**

- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- стационарно
- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 25 лет обратилась за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение.

### **Жалобы**

\* сниженное настроение \* ранние пробуждения \* отсутствие аппетита \* апатия  
\* ангедония \* нежелание общаться с людьми \* трудности восприятия информации \* неуверенность в себе

### **Анамнез заболевания**

\* Психическое состояние изменилось месяц назад – снизилось настроение, нарушился сон, пропал аппетит, снизилась работоспособность, появилась неуверенность в себе, стало трудно принимать решения. В последние две недели не хочется общаться с людьми, отвечать на телефонные звонки, выходить из дома. \* Ранее к психиатру за помощью не обращалась. \* В возрасте

21 года в течение нескольких месяцев было повышено настроение, была активна, «пыталась устраивать свою личную жизнь», реализовывала одновременно несколько бизнес проектов, мало спала.

### **Анамнез жизни**

\* У отца тяжелый характер, после ссоры много лет не поддерживает отношения с родственниками. Мать страдает паническими атаками, нарушениями пищевого поведения. Дед по линии матери злоупотребляет алкоголем, получал наркологическую помощь. У бабушки по линии матери установлен диагноз сосудистой деменции. \* Родилась в срок с весом 3500 г. \* Родители разведены. \* Старшая из двух детей. Имеет брата. \* Развивалась по возрасту. \* Посещала детский сад с 3-х лет, адаптировалась быстро. \* В школе училась отлично. \* Имела много друзей. Занималась общественной работой. \* Закончила МГИМО, факультет прикладной экономики и коммерции. \* Занимается частным предпринимательством. \* Не замужем. Детей нет. \* Страдает избыточным весом.

### **Объективный статус**

Психический статус: Выглядит старше своего возраста. На лице нет макияжа. Во время беседы долго не меняет позы. Плечи опущены. В контакт вступает постепенно. Сознание ясное. Ориентирована полностью в месте, времени, собственной личности. Обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Бредовые идеи, суицидальные мысли не высказывает. Настроение снижено. Выражение лица страдальческое. Самооценка снижена. Мышление в несколько замедленном темпе. На вопросы отвечает с паузами, односложно. Говорит тихим голосом. Память, интеллект без грубой патологии. Астенизирована. Быстро истощается в ходе беседы. К состоянию критична.

### **Основным методом диагностики данного расстройства является**

- клинический
- лабораторный
- инструментальный
- нейрофизиологический

### **Для выявления данного расстройства не используется шкала**

- {nbsp}Mood Disorder Questionnaire (MDQ)
- {nbsp}The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)
- {nbsp}Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)
- {nbsp}Hypomania Checklist (HCL-32)

### **У пациентки можно предположить диагноз**

- {nbsp}Mood Disorder Questionnaire (MDQ)
- {nbsp}The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)
- {nbsp}Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)
- {nbsp}Hypomania Checklist (HCL-32)

## **Диагноз**

### **Ведущим синдромом в клинической картине является**

- сенестопатический
- ипохондрический
- обсессивный
- депрессивный

### **Специфическими расстройствами сна при депрессии являются**

- ранние пробуждения
- нарушения засыпания
- парасомнии
- нарушения графика сна

### **Препаратами первого ряда выбора при данном расстройстве являются**

- антидепрессанты
- нормотимики
- транквилизаторы
- антипсихотики

### **Профилактическая терапия биполярного аффективного расстройства должна проводиться, в первую очередь, с использованием**

- антипсихотиков
- нормотимиков
- антидепрессантов
- транквилизаторов

### **Антипсихотическим препаратом первого ряда выбора для купирования депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства является**

- оланзапин
- ziprasidon
- амосульприд
- кветиапин

### **Данной пациентке помощь предпочтительно оказывать**



- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- стационарно

**Профилактическая терапия биполярного аффективного расстройства может быть отменена при продолжительности ремиссии в течение + \_\_\_\_\_ + лет/года**

- 10
- 5
- 3
- 1

**Распространенность биполярного аффективного расстройства в популяции составляет + \_\_\_\_\_ + %**

- 0,5
- 3
- 1
- 5

**Вариант течения расстройства в данном случае определяется как**

- 0,5
- 3
- 1
- 5

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 22 лет обратилась к психиатру в психоневрологический диспансер с целью оформления академического отпуска по месту учебы.

### **Жалобы**

\* «искажение восприятия информации» \* невозможность усваивать учебный материал \* чувство изменения реальности \* слабость \* невозможность на чем-то сосредоточиться из-за потока мыслей, повышенной отвлекаемости внимания \* сниженное настроение \* подавленность \* нежелание общаться с людьми \* сниженную самооценку \* суицидальные мысли \* кошмарные сновидения.

### **Анамнез заболевания**

\* Со слов пациентки психические нарушения около 5 лет с момента поступления в университет. \* Обращалась за помощью к неврологу год назад, было рекомендовано пройти обследования. \* Получала амбулаторное лечение по поводу астеноневротического синдрома – ноотропы, ангиопротекторы, Положительного эффекта не отмечала.

### **Анамнез жизни**

\* Родилась в районном центре в семье служащих. \* Является единственным ребенком в семье. \* Раннее развитие без особенностей. \* Воспитывалась в условиях гиперопеки. \* В школе училась отлично, предпочтение отдавала гуманитарным предметам. \* По характеру была замкнутой, малообщительной. \* Закончила 11 классов. \* Учится на 5 курсе университета, факультет журналистики. Решается вопрос о предоставлении академического отпуска по состоянию здоровья. \* Проживает в общежитии.

### **Объективный статус**

Психический статус: Пациентка в контакт вступает охотно. Активно ищет помощи. Ориентирована полностью в месте, времени, собственной личности. На момент осмотра нарушения восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Настроение снижено, плачет. Самооценка низкая. Считает, что она «не достойна учиться в университете, так как сокурсники имеют способности, а она поступила благодаря стараниям и усердию». Переживает, что не сможет подготовить дипломную работу и закончить обучение. Высказывает суицидальные намерения. Мышление аморфное. Отмечаются соскальзывания. Отвечает на вопросы с паузами. Имеет трудности в формулировке ответов. Критика к состоянию сохранена.

### **Для уточнения диагноза пациентке необходимо, в первую очередь, назначить**

**+ исследование**

- нейрофизиологическое
- лабораторное
- экспериментально-психологическое
- инструментальное

### **У пациентки можно предположить диагноз**

- нейрофизиологическое
- лабораторное
- экспериментально-психологическое
- инструментальное

## **Диагноз**

### **Ведущим синдромом в клинической картине является**

- ипохондрический
- деперсонализационно-дереализационный
- аффективный
- обсессивно-фобический

### **Трудности восприятия информации у пациентки обусловлены**

**+ \_\_\_\_\_ + синдромом**

- психоорганическим
- обсессивно-фобическим
- псевдоастеническим
- ипохондрическим

### **Для данного расстройства не характерны + \_\_\_\_\_ + нарушения**

- «бедные симптомами»
- психопатоподобные
- неврозоподобные
- галлюцинаторно-бредовые

### **Пациентке необходимо в первую очередь назначить**

- антипсихотический препарат
- антидепрессант
- стабилизатор настроения
- транквилизатор

### **Пациентке, наряду с антипсихотическим препаратом, может быть рекомендован прием**

- антидепрессанта
- психостимулятора
- стабилизатора настроения
- ноотропа

### **Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов второго поколения является**

- ортостатическая гипотония
- экстрапирамидная симптоматика
- увеличение массы тела

- седация

#### **Для купирования первичной негативной симптоматики используют**

- антипсихотические препараты первого поколения
- транквилизаторы
- антидепрессанты
- антипсихотические препараты второго поколения

#### **Данное расстройство ранее не определялось как шизофрения**

- амбулаторная
- псевдоневротическая
- субклиническая
- атипичная

#### **Прогноз данного расстройства является**

- благоприятным
- неблагоприятным
- фатальным
- сомнительным

#### **Тип течения данного расстройства**

- благоприятным
- неблагоприятным
- фатальным
- сомнительным

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Молодой человек 25 лет обратился за помощью к психиатру в психоневрологический диспансер.

### **Жалобы**

\* навязчивые мысли, представления \* рассеянность внимания \* несобранность  
\* замедление скорости реакций \* неспособность организовать деятельность \*  
«нарушение хода мыслей» \* «низкая обучаемость как следствие затруднения  
восприятия информации» \* «забывание намерений» \* внезапно возникающие  
мысли - «появляются не к месту, вне соответствующей им ситуации» \*  
постоянное напряжение из-за «предчувствия навязчивости» - «привлекают

внимание случайные мысли, впечатления» \* чувство неуверенности вследствие «неспособности адекватно действовать, рассуждать, принимать решения» \* низкий жизненный тонус («слабые желания, эмоции») \* отсутствие ощущения полноты жизни \* трудности засыпания \* снижение половой функции.

### **Анамнез заболевания**

\* Психические нарушения в течение 3-х лет. \* Во время учебы в университете занятия отнимали все свободное время, спать ложился поздно, не высыпался, нарастало утомление. Занятия специальными предметами не увлекали, боялся отстать в учебе, вследствие чего появилось чувство безысходности. \* На 3 курсе университета стал ощущать вялость, сонливость, дискомфортные ощущения в области желудка. Не мог усваивать учебный материал – «за 2 месяца с трудом разобрал диссертацию научного руководителя, но общего представления о работе не получил, удалось усвоить лишь некоторые фрагменты». Собирался оформлять академический отпуск по состоянию здоровья. \* Считает, что на данный момент он утратил работоспособность, намерен оставить занятия математикой – «моральная усталость и отвращение к тому, что делаю – притворяться, что я веду научную работу, искусственно вымучивать результаты я больше не могу». \* Высказывает сомнения, что сможет закончить работу над диссертацией. Не собирается продолжать заниматься научной работой – «до чего это может меня довести?». \* С целью работы над «неврозом» составил себе программу действий, которой придерживается последний год – регулярно занимается спортом, нормализовал режим сна, «стал отслеживать настроения и мысли, стараясь держать их под контролем и устранять лишние переживания». \* Обратился к психотерапевту месяц назад. Прошел экспериментально-психологическое обследование. Был направлен на консультацию к психиатру.

### **Анамнез жизни**

\* Родился в семье научных работников старшим из 2 детей. \* Раннее развитие с опережением – в 4 года научился читать и писать. \* До 12 лет все свободное время проводил за чтением книг, написанием рассказов. \* Обучался в специализированной языковой гимназии в математическом классе. \* По характеру был спокойным, обязательным, сдержанным, склонным подчиняться требованиям взрослых, что вызывало насмешки со стороны одноклассников. Конфликтов со сверстниками избегал. \* В школе учился отлично. \* Закончил механико-математический факультет университета. \* Окончил университет с красным дипломом. \* Учится в аспирантуре.

### **Объективный статус**

Психический статус: В контакт вступает охотно. Сознание ясное. Ориентирован верно в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовые идеи не звучат. Многословен.

Мышление вязкое, детализированное. Отвечая на вопрос, теряет мысль, переходит на другую тему. Подробно излагает жалобы. Принес с собой записи с подробным анализом развития расстройства. Использует психологическую и научную терминологию. Расценивает состояние как «невроз». Рассказывает о попытках справиться с проблемой, системе совершенствования внимания, памяти, самоконтроля. Настроение снижено. Считает себя нетрудоспособным. Интересуется возможностью предоставления отсрочки в работе над диссертацией, так как чувствует свою несостоятельность – «нет творческого потенциала, не могу доделать рутинную работу». Подробно спрашивает о методах лечения. Критика к состоянию неполная. + Данные психологического обследования: - нарушения мышления (соскальзывания, разноплановость мышления, чрезвычайно абстрактный, условно-символический характер ассоциаций, замедленный темп мышления, вязкость мышления, концентрация только на числовом материале) - снижение работоспособности (высокая истощаемость, низкая продуктивность, выраженная потребность в отдыхе, слабость, перенапряжение) - эмоциональные нарушения (состояние тревоги, беспокойства, эмоциональная нестабильность, некоторая уплощенность аффекта, социальная отчужденность)

**Основным методом диагностики в данном случае является**

- экспериментально-психологический
- инструментальный
- нейрофизиологический
- клинико-лабораторный

**У пациента можно предположить диагноз**

- экспериментально-психологический
- инструментальный
- нейрофизиологический
- клинико-лабораторный

**Диагноз**

**Клиническая картина в данном случае определяется синдромом**

- депрессивным
- психопатоподобным
- астеническим
- обсессивно-фобическим

**Патогенетической терапией данного расстройства является назначение**

- транквилизатора
- ноотропного препарата
- антипсихотического препарата
- солей лития

**Наиболее часто экстрапирамидную симптоматику вызывают нейролептики из группы**

- производные тioxантена
- производные фенотиазина
- производные индола или диона
- замещенные бензамиды

**Наибольший риск развития метаболического синдрома при назначении антипсихотических препаратов второго поколения у**

- сертиндола
- zipразидона
- кветиапина
- клозапина

**При неврозоподобной симптоматике в клинической картине, наряду с антипсихотическим препаратом, может быть рекомендован прием**

- солей лития
- антидепрессанта
- ноотропного препарата
- транквилизатора

**К низкопотентным антипсихотическим препаратам НЕ относится**

- тиоридазин
- хлорпротиксен
- галоперидол
- хлорпромазин

**Наиболее выраженным дезингибирующим действием обладает**

- амисульприд
- галоперидол
- клопиксол
- этаперазин

**На начальном этапе расстройства помощь пациенту НЕ должна оказываться**

- в группе диспансерного наблюдения
- в условиях дневного стационара
- в группе лечебно-консультативной помощи
- стационарно

#### **Для данного расстройства НЕ характерен тип течения**

- рекуррентный
- эпизодический с нарастающим дефектом
- непрерывный
- эпизодический со стабильным дефектом

#### **Данное расстройство со временем приводит к развитию синдрома**

- рекуррентный
- эпизодический с нарастающим дефектом
- непрерывный
- эпизодический со стабильным дефектом

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

Т., 55 лет, является истцей в гражданском деле о компенсации морального вреда, защите прав собственника от нарушений, не связанных с лишением владения. Поступила на стационарную комплексную судебную экспертизу в ФГБУ НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России. В определении суда содержатся следующие вопросы: 1. Каковы основные индивидуально-психологические особенности Т.? 2. Каково ее психическое состояние и находится ли оно в причинно-следственной связи со строительством и функционированием торгового комплекса «ННН» в период с 20.. года и по настоящее время? 3. Усугубляется ли у Т. психическое состояние за период строительства и функционирования торгового комплекса «ННН» с 2002 г. по настоящее время? 4. Если Т. нанесен моральный вред от строительства и функционирования торгового комплекса «ННН», то каков должен быть размер его компенсации?

#### **Жалобы**

на \* подавленное настроение, \* тревогу, \* расстройства сна, \* приступы удушья в ночное время, \* сопровождающиеся страхом смерти.

#### **Анамнез заболевания**

Неоднократно обследовалась и лечилась с диагнозами «Варикозная болезнь», «Хронический панкреатит». К неврологам и психиатрам стала обращаться после



того, как началось строительство торгового комплекса в 25 метрах от ее дома, стена которого перекрыла доступ солнечного света в квартиру Т., в стене напротив ее квартиры днем и ночью работали 5 вентиляционных вытяжек. Неврологом выставлялся диагноз «Астено-невротический синдром». При госпитализации в психический стационар была подавлена, раздражительной, эмоционально лабильной, связывала ухудшение своего соматического и психического состояния со строительством торгового комплекса. Был выставлен диагноз «Истерическое расстройство личности». При следующей госпитализации предъявляла жалобы на повышенную утомляемость, слабость, апатичность, безынициативность, раздражительность, повышение артериального давления, жжение за грудиной, онемение ног, рук, боли в сердце, нарушение сна. Выписана с диагнозом «Депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов». После подачи иска была госпитализирована в психиатрическую больницу. Предъявляла жалобы на нарушение сна, снижение работоспособности, повышенную утомляемость, подавленность, ощущение, что ее «загнали в угол», «постоянные мысли о стене», к которой она относилась как к «живому и враждебному существу». Сообщала, что всегда плохо переносила пребывание в замкнутом помещении, когда ехала в метро, старалась расположиться лицом к окну вагона, чтобы не видеть стен вагона. Если летела самолетом, то всегда садилась около окна. Говорила, что во время строительства здания «ННН» у нее возникало ощущение, будто ее замуровывают заживо, испытывала страх, что будет жить в замкнутом пространстве. Вечером, когда стена становилась черной, у нее возникало чувство, будто ее «заживо замуровали в могиле». Было ощущение безысходности, появились приступы немотивированной тревоги, страх смерти. Был выставлен диагноз «Реакция на тяжелый стресс, расстройства адаптации».

### **Анамнез жизни**

\* Ранний детский период протекал без особенностей. В школу была определена в 7 лет. Училась прилежно, по характеру формировалась впечатлительной, эмоциональной, романтической, общительной, имела много друзей, любила быть в центре внимания. Занималась общественной работой. В 17 лет поступила в техникум общественного питания. Замуж вышла в 18 лет, родила девочек-близнецов. По окончании техникума работала поваром в ресторане, затем окончила курсы подготовки заведующих производством. Работала администратором магазина «Кулинария». Муж умер от лейкемии. Повторно вышла замуж, родила третьего ребенка, через 4 года брак был расторгнут по инициативе подэкспертной. Работала оператором в банке, занималась воспитанием детей. + \* В апреле 20.. г. началось строительство торгового центра около ее дома. Жильцами дома, которые были против строительства, была создана инициативная группа, в которую вошла Т. Со слов подэкспертной, она

неоднократно выступала на собраниях, обращалась с жалобами в различные инстанции, добиваясь отмены строительства. После неоднократных обследований и госпитализаций обратилась в суд с исковым заявлением с просьбой обязать ответчиков «возместить вред в натуре», предоставив Т. равноценную квартиру в этом же районе, которая соответствовала бы прежним условиям; взыскать с ответчиков в пользу истца компенсацию морального вреда в сумме 1 млн. рублей.

### **Объективный статус**

Голос громкий, достаточно модулированный, говорит с придыханием, временами дрожащим голосом. Речь в несколько ускоренном темпе в форме монолога, активно жестикулирует, во время беседы на глазах периодически появляются слезы, часто прибегает к образным сравнениям, гиперболизации, преувеличению. Крайне многословна, не дает себя перебить, приводит малозначимые подробности. Свое самочувствие характеризует как «отвратительное». Жалуется на подавленное настроение, тревогу, расстройства сна, приступы удушья в ночное время, сопровождающиеся страхом смерти. Говорит, что не способна чем-либо заниматься, быстро устает, в течение дня неоднократно ложится отдохнуть, к вечеру чувствует себя лучше. Рассказывает, что все жильцы дома были против строительства, она вошла в инициативную группу, обращалась с жалобами в различные инстанции, в префектуру, к мэру города, выступала на собраниях. Когда не удалось добиться отмены строительства, представила себе «квартиру без окон», ей овладел страх изоляции, замкнутого пространства. Нарушился сон, когда шла на работу постоянно думала о создавшейся ситуации. Не могла ходить на дальние расстояния, в лежачем положении испытывала трудности носового дыхания, «появлялась слизь», периодически «возникал зуд всего тела», не могла заснуть, засыпала под утро. Не могла сосредоточиться на работе, так как «все мысли были о стене», в голове «был вакуум». Когда возвели стену, возникло ощущение, что «умрет в квартире», на нее «давит стена», у нее появилось чувство, будто ее «закапывают», «сажают в тюрьму пожизненно», квартира превратилась в подвал. Каждую ночь возникали приступы внутренней дрожи, тахикардии, ознобоподобного дрожания, сопровождаемого чувством страха смерти и повышением артериального давления. Приступ длился до полуночи и заканчивался полиурией. Сообщает, что в 20.. г. был эпизод, когда она в течение 2 часов ничего не видела; появился страх смерти, стали возникать состояния, проявляющиеся чувством тревоги, страха, сопровождающихся ознобом, дрожью, сердцебиением. Казалось, будто сердце пульсировало в ушах, испытывала головную боль, отмечалось повышение артериального давления до 240/120 мм рт. ст., испытывала чувство страха, будто «пришел конец жизни». Такие приступы заканчивались обильным мочеиспусканием. + При

экспериментально-психологическом исследовании было выявлено, что на первый план выходят особенности личности, в виде сочетания демонстративных черт, сензитивности с аффективной ригидностью. Выраженных нарушений мышления выявлено не было, отмечалось незначительно выраженное снижение уровня обобщения. Интеллектуальные способности подэкспертной не нарушены, особенно хорошо сформированы счетные операции. Объем непосредственного и опосредованного запоминания снижен. Колебаний внимания и работоспособности выявлено не было, отмечались трудности сосредоточения внимания.

**В соответствии с содержанием иска Т. и ходатайством ее адвоката назначена комплексная судебная + + экспертиза**

- психолого-сексолого-психиатрическая
- сексолого-психиатрическая
- психолого-психиатрическая
- нарколого-психиатрическая

**Вопрос + + , содержащиеся в определении суда, не входит в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 2
- 4
- 5
- 3

**Вопросы + +, содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию только экспертов-психиатров**

- 2, 3
- 1,4
- 4
- 1

**Вопрос + +, содержащийся в определении суда, входит в компетенцию только экспертов-психологов**

- 1
- 4
- 2
- 1

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании мыслительной деятельности Т.. применялись методики**

- «Объяснение пословиц», «Исключение предметов», «Сложные аналогии»
- «Тест Равена», «Пиктограмма», «Счет по Крепелину»
- «Простые аналогии», «Классификация предметов»
- «Сравнение понятий», «10 слов», «Сравнение понятий»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании памяти Т. применялись методики**

- «Ответные ассоциации», «Пиктограмма»
- «10 слов», «Воспроизведение рассказа»
- «Сравнение понятий», «Таблицы Шульте»
- «Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву» «Тест Розенцвейга»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании умственной работоспособности и внимания Т. применялись методики**

- «Таблицы Шульте», «Тест Векслера»
- «Кубики Кооса», «Корректирующая проба»
- «Счет по Крепелину», «10 слов»
- «Пиктограмма», «Сравнение понятий»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании индивидуально-психологических особенностей Т. применялись методики**

- «Тест Равена», «Исключение предметов»
- «Тест Векслера», «Тематический апперцептивный тест»
- «Методика многостороннего исследования личности», «16-факторный личностный опросник Кеттелла»
- «10 слов», «Незаконченные предложения»

**Эксперты-психиатры диагностировали у Т**

- расстройства адаптации (F43.2)
- отсутствие какого-либо психического расстройства
- смешанное тревожное и депрессивное расстройство
- посттравматическое стрессовое расстройство

**Комиссия экспертов пришла к выводу, что психическое состояние Т. + \_\_\_\_\_ + причинно-следственной связи со строительством торгового комплекса «ННН»**

- находится в косвенной

- находится в прямой
- не находится в
- не находится ни в прямой, ни в косвенной

**В комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе по делам о компенсации морального вреда при оценке негативных изменений психической деятельности основное значение имеет определение**

- психопатологического синдрома
- их степени
- их нозологической принадлежности
- патопсихологического симптомокомплекса

**Согласно ст.151 гражданского кодекса, суд при определении размеров компенсации морального вреда должен учитывать степень нравственных страданий, связанных с + + особенностями гражданина, которому причинен вред**

- психопатологического синдрома
- их степени
- их нозологической принадлежности
- патопсихологического симптомокомплекса

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

О., 27 лет, обвиняется в убийстве новорожденного ребенка (ст. 105 УК РФ). Поступила на стационарную комплексную судебную экспертизу в ФГБУ НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России. В определении суда содержатся следующие вопросы: 1. Страдала ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния психическим расстройством? 2. Находилась ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния в состоянии повышенной эмоциональной напряженности, вызванной психотравмирующей ситуацией? 3. Могла ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими? 4. Нуждается ли обвиняемая в применении принудительных мер медицинского характера, и если да, то в каких именно?? 5. Находилась ли обвиняемая в период совершения инкриминируемого деяния в состоянии аффекта? 6. Имеются ли у обвиняемой признаки отставания в психическом развитии, не

связанные с психическим расстройством? 7. Вменяема ли обвиняемая в настоящее время?

### **Жалобы**

На сниженное настроение.

### **Анамнез заболевания**

К психиатрам не обращалась.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родилась первым ребенком в семье. Раннее развитие О. соответствовало возрасту. Росла малообщительной, близких друзей не имела. В школе училась без особого желания, после окончания 8 классов училась в торговом училище. В 18 лет от внебрачной связи родила сына. Работала почтальоном. В 26 лет снова забеременела, и на пятом месяце беременности приехала в Москву в поисках работы. Устроилась разнорабочей, проживала в общежитии. + \* В новогоднюю ночь родила сына в пустующем доме рядом с общежитием, где его и оставила, в результате чего ребенок умер. После ареста давала признательные показания, подробно рассказывала о последовательности своих действий до, во время и после родов.

### **Объективный статус**

\* В ходе экспертизы беседует неохотно, сообщает, что приехала в Москву заработать деньги. Об инкриминируемом деянии рассказывать отказывается, формально подтверждая свои показания, данные во время следствия. Причины совершения правонарушения не объясняет. + \* При экспериментально-психологическом исследовании на фоне сниженного настроения, нежелания раскрывать свои переживания, стремления давать формальные ответы обнаруживаются такие индивидуально-психологические особенности как эгоцентризм, оппозиционность, стремление к независимости, повышенная обидчивость, аффективная ригидность. Выявляется способность к конструктивному решению проблемных ситуаций, сохранность критики к собственному поведению и высказываниям. Выраженных нарушений памяти, мышления, внимания и умственной работоспособности не отмечается.

**В соответствии с инкриминируемой О. статьей УК РФ и ходатайством его адвоката назначена комплексная судебная**

**+ \_\_\_\_\_ + экспертиза**

- сексолого-психиатрическая
- психолого-психиатрическая
- нарколого-психиатрическая
- психолого-сексолого-психиатрическая

**Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, не входят в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 5, 6, 7
- 2, 4
- 1, 2, 3
- 3, 4

**Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психиатров**

- 6, 7
- 1, 3, 4
- 2, 6, 7
- 2, 7

**Вопрос + \_\_\_\_\_ +, содержащийся в определении суда, входит в компетенцию экспертов-психологов**

- 5
- 2
- 6
- 7

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании мыслительной деятельности О. применялись методики**

- «Простые аналогии», «Сравнение понятий»
- «Признаки понятий», «Исключение предметов», «Исключение понятий»
- «Сравнение понятий», «10 слов», «Признаки понятий»
- «Тест Векслера», «Сравнение понятий», «Таблицы Шульте»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании памяти О. применялись методики**

- «Исключение предметов», «Методика Кооса»
- «Свободные ассоциации», «Пиктограмма»
- «10 слов», «Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву»
- «Пиктограмма», «Рисунок человека»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании умственной работоспособности и внимания О. применялись методики**

- «Счет по Крепелину», «Корректирующая проба»
- «Таблицы Шульте», «10 слов»
- «Таблицы Шульте», «Исключение понятий»
- «Кубики Кооса», «Тест руки Вагнера»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании ассоциативной сферы О. применялись методики**

- «Свободные ассоциации», «Таблицы Шульте»
- «Свободные ассоциации», «Тест Равена»
- «Ответные ассоциации», «Пиктограмма»
- «Свободные ассоциации», «10 слов»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании индивидуально-психологических особенностей О. применялись методики**

- «Тематический апперцептивный тест», «Тест Векслера»
- «16-факторный личностный опросник Кеттелла», «Незаконченные предложения»
- «10 слов», «Методика многостороннего исследования личности»
- «Тест Роршаха», «Исключение предметов»

**Эксперты-психиатры диагностировали у О**

- шизоидное расстройство личности
- шизотипическое расстройство
- отсутствие психического расстройства
- истероидное расстройство личности

**Экспертное решение психиатров заключается в установлении у О. + \_\_\_\_\_ + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими**

- неспособности
- ограниченной способности
- ограниченной способности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- способности

**Экспертное решение психологов заключается в установлении**

- неспособности
- ограниченной способности



- ограниченной способности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- способности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

С., 17 лет, обвиняется в убийстве новорожденного ребенка (ст. 106 УК РФ). Поступила на стационарную комплексную судебную экспертизу в ФГБУ НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России. В определении суда содержатся следующие вопросы: 1. Страдала ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния и страдает ли в настоящее время психическим расстройством? 2. Находилась ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния в состоянии повышенной эмоциональной напряженности, вызванной психотравмирующей ситуацией? 3. Находилась ли обвиняемая в период совершения инкриминируемого деяния в состоянии аффекта? 4. Могла ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими? 5. Нуждается ли обвиняемая в применении принудительных мер медицинского характера, и если да, то в каких именно? 6. Имеются ли у обвиняемой признаки отставания в психическом развитии, не связанные с психическим расстройством? 7. Каковы мотивы совершения инкриминируемого ей деяния?

### **Жалобы**

на \* плохое настроение, \* тревогу, \* бессонницу.

### **Анамнез заболевания**

К психиатрам не обращалась.

### **Анамнез жизни**

\* С. росла в селе с мусульманским населением, воспитывалась в многодетной верующей семье, где доминировали патриархальные обычаи и традиции: авторитарность отца, традиционное распределение ролевых функций в семье, особенности полового воспитания (осуждение добрачных половых связей). Была девятым ребенком. Беременность у нее наступила вследствие изнасилования ее незнакомыми мужчинами в период обучения в последнем классе школы. О случившемся никому не рассказывала. При этом не обращалась в женскую консультацию, не осуществляла попыток прервать беременность. Не знала, что делать, о будущем старалась не думать. + \* Осенью, по настоянию родителей поехала поступать в один из подмосковных бухгалтерских техникумов, где, проживая одна на квартире у знакомых,

неожиданно для себя родила ребенка. В период, непосредственно предшествующий родам, почувствовала недомогание, не связала это с родами, считала, что у нее болит живот. Когда ребенок закричал, утопила его в бачке с водой.

### **Объективный статус**

Говорит, что поняла, что она беременная только на пятом месяце. Никому об этом не рассказывала, кроме одной из старших сестер, с которой у нее были доверительные отношения. Объясняет это тем, что боялась «позора для семьи», изгнания из дома. Считала, что, если об этом узнают окружающие, то никогда не сможет выйти замуж. Поскольку она была полной и носила свободные одежды, никто не узнал о ее беременности. Старалась об этом не думать. Сообщает, что вопреки ее желанию, родители отправили ее поступать в техникум, который заканчивали ее старшие сестры. Устроилась у знакомых в свободной квартире, готовилась к вступительным экзаменам. Говорит, что когда почувствовала боли в области живота, связала их с расстройством желудка. Пошла в туалет, начались схватки. Плохо помнит момент родов, но когда пришла в себя, первая мысль была: «Теперь мне не жить, родные не простят позора, меня убьют». Испытывала растерянность и не нашла ничего лучшего, как утопить новорожденного в бачке с водой. Потом положила его под ванну. Почувствовала себя очень плохо, началось кровотечение, вызвала скорую помощь, которая увезла ее в больницу. Врачи сообщили о родах в полицию. + При экспериментально-психологическом исследовании на фоне сниженного настроения, тревоги, трудностей описания своих переживаний выраженных нарушений познавательной деятельности не выявляется, уровень интеллекта средний. Обнаруживаются такие индивидуально-психологические особенности как стремление строить свое поведение в соответствии с ожиданиями значимых других людей и их ценностными ориентациями; покорность, подчиняемость, повиновение своим родителям (даже при внутреннем несогласии с ними), боязнь их послушаться; особо значимой является система ценностей, включающая усвоение местных национальных обычаев и традиций (в том числе и касающихся регуляции половой жизни женщин). Кроме того, С. свойственны сдержанность, тенденция не раскрывать свои чувства и переживания, трудности принятия самостоятельных решений, особенно в субъективно сложных ситуациях, склонность к вытеснению отрицательных переживаний.

**В соответствии с инкриминируемой С. статьей УК РФ и ходатайством его адвоката назначена комплексная судебная**

**+ + экспертиза**

- нарколого-психиатрическая

- сексолого-психиатрическая
- психолого-сексолого-психиатрическая
- психолого-психиатрическая

**Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, не входят в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 3, 6, 7
- 2, 4
- 1, 2, 4, 5
- 4, 5

**Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психиатров**

- 1, 2, 5
- 3, 4, 6
- 3, 4, 6
- 4, 6, 7

**Вопрос + \_\_\_\_\_ +, содержащийся в определении суда, входит в компетенцию экспертов-психологов**

- 3
- 2
- 6
- 7

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании мыслительной деятельности С. применялись методики**

- «Сравнение понятий», «Признаки понятий»
- «Сложные аналогии», «Сравнение понятий», «Тест Розенцвейга»
- «Исключение понятий», «Исключение предметов», «Классификация предметов»
- «Тест Равена», «Объяснение пословиц», «Счет по Крепелину»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании памяти С. применялись методики**

- «Классификация предметов предметов», «Таблицы Шульте»
- «Свободные ассоциации», «Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву»

- «Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву», «Рисунок человека», «Простые аналогии»
- «10 слов», «Пиктограмма», «Воспроизведение рассказа»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании индивидуально-психологических особенностей С. применялись методики**

- «Пиктограмма», «Незаконченные предложения»
- «16-факторный личностный опросник Кеттелла», «Методика многостороннего исследования личности», «Тест Розенцвейга»
- «Тематический апперцептивный тест», «Тест Равена»
- «Тест Роршаха», «Классификация предметов»

**Эксперты-психиатры диагностировали у С**

- отсутствие психического расстройства
- шизоидное расстройство личности
- органическое расстройство личности
- умственную отсталость

**Экспертное решение психиатров заключается в установлении у С. + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими**

- ограниченной способности
- ограниченной способности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- неспособности
- способности

**Экспертное решение психологов заключается в установлении**

- кумулятивного аффекта
- патологического аффекта
- повышенного эмоционального напряжения, вызванного психотравмирующей ситуацией и оказавшего существенное влияние на сознание и поведение
- отсутствия состояния повышенной эмоциональной напряженности, вызванной психотравмирующей ситуацией

**Предметом исследования эксперта-психолога при комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка, является**

- неспособность осознавать значение собственных действий или руководить ими
- эмоциональная напряженность, вызванная психотравмирующей ситуацией
- неспособность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела
- неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий

**Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза матери, обвиняемой в убийстве новорожденного ребенка, назначается судом для возможности**

- неспособность осознавать значение собственных действий или руководить ими
- эмоциональная напряженность, вызванная психотравмирующей ситуацией
- неспособность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела
- неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

П., 17 лет, обвиняемый по ч. 1 ст. 111 УК РФ («Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью»), поступил на амбулаторную комплексную судебную экспертизу в ФГБУ НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России. В определении суда содержатся следующие вопросы: 1. Не страдал ли в период совершения инкриминируемого деяния и не страдает ли в настоящее время П. каким-либо психическим расстройством? 2. Осознавал ли П. в период совершения правонарушения фактический характер и общественную опасность своих действий и мог ли руководить ими? 3. Нуждается ли П. в применении принудительных мер медицинского характера? 4. Позволяет ли психическое состояние П. в настоящее время предстать перед судом? 5. Находился ли А. в период совершения инкриминируемого деяния в состоянии аффекта? 6. Имеются ли у П. признаки отставания в психическом развитии? 7. Достиг ли П. по своему психическому развитию 16-летнего возраста?

### **Жалобы**

Не предъявляет.

## **Анамнез заболевания**

К психиатрам не обращался.

## **Анамнез жизни**

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Из материалов уголовного дела известно, что П. рос в благополучной семье, родители – рабочие, имеет младшего брата. Рос и развивался нормально, учился удовлетворительно. + Из материалов уголовного дела следует, что П. договорился встретиться с Д., чтоб решить вопрос, «кому из них дружить с В., их общей 16-летней знакомой». Во время ссоры П. нанес 26 ударов ножом Д. Согласно первым показаниям П., взятым у него через 2 часа после совершения правонарушения, он помнил обстоятельства происшедшего, показывал, куда он наносил каждый из ударов ножом. На ноже были обнаружены отпечатки пальцев П., других отпечатков не было. Впоследствии П. отказался от первоначальных показаний, говорил, что после того, как увидел в руках потерпевшего нож, сильно испугался, вырвал из рук Д. нож, а после этого «ничего не помнит, когда очнулся – чувствовал себя очень уставшим, все вокруг было нереально». Согласно показаниям потерпевшего, нож изначально был в руках П., после первого удара Д. пытался убежать, однако П. его догнал и стал наносить удары ножом, при этом выкрикивал угрожающие фразы. После того, как Д. начал кричать «Помогите!» и к ним стали приближаться люди, П. стал убежать, но прохожие его задержали.

## **Объективный статус**

При производстве экспертизы П. стремится показать себя в благоприятном свете, рассказывает, что они с потерпевшим были влюблены в В. Считал Д. «слабым и трусливым» и рассчитывал, что тот в ходе разговора под влиянием угроз со стороны П. откажется встречаться с В. Однако, когда Д. начал высказывать встречные угрозы, «неожиданно разозлился», а когда потерпевший достал нож, «испытал сильный страх», после чего «наступил провал», и он об этом периоде времени ничего не помнит. При экспериментально-психологическом исследовании на фоне сохранности познавательных процессов выявляются черты аффективной ригидности, настойчивость при достижении цели, склонность к лидерству, высокая самооценка, эгоцентризм.

**В соответствии с инкриминируемой П. статьей УК РФ и ходатайством его адвоката назначена комплексная судебная + экспертиза**

- психолого-психиатрическая
- сексолого-психиатрическая
- нарколого-психиатрическая
- психолого-сексолого-психиатрическая

**Вопрос + , содержащийся в определении суда, не входит в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 4
- 7
- 6
- 5

**Вопросы + , содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психиатров**

- 5, 7
- 5, 6
- 1, 2, 3, 4
- 6, 7

**Вопросы + , содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психологов**

- 4, 7
- 3, 7
- 5, 6
- 1, 4

**Вопрос + , содержащийся в определении суда, может входить в совместную компетенцию экспертов – психологов и психиатров**

- 2
- 7
- 5
- 6

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании мыслительной деятельности А. применялись методики**

- «Тест Равена», «Сравнение понятий», «Таблицы Шульте»
- «Сравнение понятий», «Счет по Крепелину», «Признаки понятий»
- «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Исключение понятий»
- «Простые аналогии», «Сравнение понятий»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании памяти К. применялись методики**

- «Ответные ассоциации»
- «Пиктограмма»
- «10 слов», «Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву»
- «Классификация предметов», «Методика Кооса»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании умственной работоспособности и внимания К. применялись методики**

- «Таблицы Шульте», «Исключение понятий»
- «Кубики Кооса»
- «Счет по Крепелину», «Корректирующая проба»
- «Таблицы Шульте», «10 слов»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании индивидуально-психологических особенностей К. применялись методики**

- «10 слов», «Методика многостороннего исследования личности»
- «Тест Сцонди», «Классификация предметов»
- «Тематический апперцептивный тест», «Тест Равена»
- «16-факторный личностный опросник Кеттелла», «Тест Розенцвейга»

**Эксперты-психиатры диагностировали у П.**

- органическое расстройство личности
- истероидное расстройство личности
- шизотипическое расстройство
- отсутствие психического расстройства

**Экспертное решение психиатров и психологов заключается в установлении у П. + \_\_\_\_\_ + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими**

- ограниченной способности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- способности
- ограниченной способности
- неспособности

**Экспертное решение психологов заключается в установлении**

- ограниченной способности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством



- способности
- ограниченной способности
- неспособности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Г., 14 лет, обвиняемый по ст. 207 УК РФ («Заведомо ложное сообщение об акте терроризма»), поступил на стационарную комплексную судебную экспертизу в ФГБУ НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России. В определении суда содержатся следующие вопросы: 1. Страдал ли Г. в момент совершения инкриминируемого деяния и не страдает ли в настоящее время каким-либо психическим расстройством? 2. Осознавал ли Г. в период совершения инкриминируемого деяния фактический характер и общественную опасность своих действий и мог ли руководить ими? Если осознавал, то в полной ли мере? 3. Если Г. страдает психическим расстройством, то нуждается ли он в применении принудительных мер медицинского характера? 4. Соответствует ли уровень психического развития Г. его паспортному возрасту? 5. Находился ли Г. в период совершения инкриминируемого деяния в состоянии аффекта? 6. Имеются ли у Г. признаки отставания в психическом развитии?

### **Жалобы**

На плохое настроение.

### **Анамнез заболевания**

К психиатрам не обращался.

### **Анамнез жизни**

Из материалов уголовного дела известно, что Г. был единственным ребенком в благополучной семье. Отец – военный, мать – инженер. Учился неплохо, занимался спортом. + В день правонарушения Г. не пошел в школу из-за простуды. Около 11 часов утра его навестили двое одноклассников. Г. для развлечения предложил звонить по телефону. Вначале позвонил по объявлению в газете и сделал вид, что хочет устроиться на работу грузчиком. Друзья посмеялись над шуткой. Затем Г. позвонил в школу, сообщил, что в школе заложена бомба, и закончил разговор. Ребята снова посмеялись. Через несколько дней он был вызван в полицию, ему было предъявлено обвинение по ст. 207 УК РФ.

### **Объективный статус**

При производстве экспертизы Г. держится скованно, неуверенно. Фон настроения понижен. Суждения отличаются поверхностностью, незрелостью.

Относительно правонарушения сообщает, что позвонил в школу от скуки, не думая о последствиях. Говорит, что если бы знал, что последует эвакуация работников школы и учеников, то никогда не стал бы этого делать. Переживает о реакции родителей на происшедшее. + При экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступает личностная незрелость Г. с преобладанием игровых интересов, неустойчивости оценок, несамостоятельности, подверженности влиянию как окружения, так и собственных побуждений. Выявляется сочетание склонности к реакциям растерянности в сложных ситуациях с повышенной плохо организованной активностью без достаточного прогноза ее последствий. В познавательной сфере обнаруживаются хорошие потенциальные возможности, способен к абстрагированию, однако отмечается пониженная критичность мышления.

**В соответствии с ч.3 ст. 20 УК РФ назначена комплексная судебная**

**+ \_\_\_\_\_ + экспертиза**

- психолого-психиатрическая
- нарколого-психиатрическая
- психолого-сексолого-психиатрическая
- сексолого-психиатрическая

**Вопросы + \_\_\_\_\_ + , содержащиеся в определении суда, не входят в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 4, 5
- 3, 6
- 2, 6
- 1, 6

**Вопросы + \_\_\_\_\_ + , содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психиатров**

- 5, 6
- 4, 5
- 1, 2, 3
- 4, 6

**Вопрос + \_\_\_\_\_ + , содержащийся в определении суда, входит в компетенцию экспертов-психологов**

- 5
- 4
- 6
- 1

**Вопрос + \_\_\_\_\_, содержащийся в определении суда, может входить в совместную компетенцию экспертов – психологов и психиатров**

- 3
- 4
- 2
- 1

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании мыслительной деятельности Г. применялись методики**

- «Сравнение понятий», «Исключение предметов», «Объяснение пословиц»
- «Признаки понятий», «Классификация предметов»
- «Исключение понятий», «Сложные аналогии», «Счет по Крепелину»
- «Тест Векслера», «Простые аналогии», «10 слов»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании памяти Г. применялись методики**

- «Ответные ассоциации»
- «Классификация предметов», «Счет по Крепелину»
- «Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву»
- «10 слов», «Пиктограмма»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании выявлен + \_\_\_\_\_ + патопсихологический симптомокомплекс**

- экзогенно-органический
- шизофренический
- личностно-аномальный
- эндогенно-органический

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании индивидуально-психологических особенностей Г. применялись методики**

- «Метод незаконченных предложений»
- «Тест Роршаха», «Свободные ассоциации»
- «Тест Розенцвейга»
- «Детский вариант Индивидуально-типологического опросника», «Цветовой тест отношений»

### Эксперты-психиатры диагностировали у Г

- отсутствие психического расстройства
- гебоидное состояние
- психофизический инфантилизм
- умственную отсталость

### Экспертное решение психиатров и психологов заключается в установлении у Г.

+

### + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими

- ограниченной способности вследствие психического расстройства
- способности
- ограниченной способности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- неспособности вследствие хронического психического расстройства

### Экспертное решение психологов заключается в установлении

- ограниченной способности вследствие психического расстройства
- способности
- ограниченной способности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- неспособности вследствие хронического психического расстройства

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В., 38 лет, обвиняется в убийстве своей знакомой Б., поступил на стационарную комплексную судебную экспертизу в ФГБУ НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России. В определении суда содержатся следующие вопросы: 1. Страдал ли В. каким-либо психическим расстройством во время совершения инкриминируемого ему деяния, и страдает ли он каким-либо психическим расстройством в настоящее время? 2. Мог ли В. осознавать фактическое значение и общественную опасность своих действий либо руководить ими во время совершения инкриминируемого ему деяния? 3. Вменяем ли В. в отношении инкриминируемого ему деяния? 4. Мог ли В. в силу психического расстройства не в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими? 5. Позволяет ли психическое состояние В. в настоящее время предстать перед судом и

следствием и нести ответственность за содеянное? 6. Имеются ли у К. такие индивидуально-психологические особенности, которые могли оказать существенное влияние на его поведение в момент совершения инкриминируемого ему преступления? 7. Не находился ли К. в момент совершения преступления в состоянии физиологического или патологического аффекта?

### **Жалобы**

на \* утомляемость, \* головные боли, \* сердцебиение, \* трудности сосредоточения, \* наплывы мыслей о ситуации правонарушения.

### **Анамнез заболевания**

В возрасте 19 лет после привлечения к уголовной ответственности за хулиганство обращался в психоневрологический диспансер с жалобами на сниженное настроение, наличие суицидальных мыслей, вялость, отгороженность. Был поставлен диагноз «Психопатия, осложненная травмой черепа. Перенес психогенную реакцию». До ситуации правонарушения больше к психиатрам не обращался.

### **Анамнез жизни**

В детстве был по характеру общительным, неусидчивым, неуравновешенным. В школьные годы был эмоциональным, впечатлительным, стремился к справедливости. Переносил ушибы головы с потерей сознания. Закончил 10 классов. Поступил в университет, но был отчислен в связи с привлечением к уголовной ответственности за хулиганство. После отбытия срока наказания сменил множество мест работы. В возрасте 30 лет закончил финансово-экономический техникум. В последнее время работал коммерческим директором в агентстве по недвижимости, сослуживцы характеризуют его положительно, как заботливого, спокойного человека, ведущего здоровый образ жизни. + Отношения с потерпевшей Б. развивались в течение года. Поначалу «они любили друг друга», провели вместе отпуск. Затем отношения стали портиться, за три дня до правонарушения Б. позвонила ему и дала понять, что он может к ней больше не приезжать. Он приехал «выяснить отношения» и увидел в квартире незнакомого мужчину, который быстро ушел. Утром следующего дня она снова позвонила, говорила, что он «все равно приползет к ней», а если он не приедет, то она «покончит с собой», «отравится». Он нервничал, болело сердце, испытывал обиду и тревогу. На следующий день (в свой день рождения) он приехал к ней с целью помириться, но при встрече Б. сказала ему, что он «испугался и приполз». Он пытался ее успокоить, она в ответ заявила, что «как мужчина он ничего не значит», «что у нее только что был другой мужчина», начал бить его по лицу. Тогда В. нанес ей множество ударов руками и ногами, от которых Б. скончалась в больнице на следующий день.

### **Объективный статус**

При производстве экспертизы В. сообщает, что после ссоры с Б. «колотилось сердце, кипела горькая незаслуженная обида, испытывал унижение». После ее звонка с угрозой самоубийства вспомнил, что однажды Б. после ссоры пыталась отравиться газом, «понял, что это серьезно». Решился поехать к ней «со словами любви и утешения». После ее оскорблений «почувствовал шум в ушах», «видел, что она кричит, но слов уже не слышал», «обдала горячая волна до головы», «вдруг перестал узнавать ее», «перед ним была «будто дьяволица», «открывалась челюсть с кривыми клыками, которые будто росли, искривлялись». Помнит, что когда открыл глаза, «не было сил», прошел несколько шагов, упал около лежащей женщины, «узнал ее». Подумал, что «она притворяется», «щекотал ее кисточкой от пледа», клал то на постель, то в ванну. Решил, что она «слишком долго упрямится», сообщил, что уходит. На улице подумал, что она «наглotalась таблеток, поэтому заторможенная», решил «отвезти ее купаться». На реке она не выходила из машины, только тогда испугался и повез ее в больницу. Приехав из больницы, дома заснул и спал около суток. Затем, узнав, что Б. скончалась, написал «явку с повинной». Не понимает, как мог убить любимую женщину. + При экспериментально-психологическом исследовании выявляется сниженный фон настроения, подавленность, тревога, неуверенность в своих возможностях. Отмечаются трудности осмысления стимульного материала, снижение продуктивности интеллектуальной деятельности, замедленный темп работы, признаки истощаемости. Обнаруживаются личностные особенности в виде эмоциональной неустойчивости, зависимости от значимых для себя лиц, повышенная сензитивность при склонности к застреванию на фрустрирующих обстоятельствах, склонности к фиксации на отрицательно окрашенных переживаниях.

**В соответствии с характером правонарушения В. должна быть назначена комплексная судебная +**  
**экспертиза**

- нарколого-психиатрическая
- психолого-психиатрическая
- сексолого-психиатрическая
- психолого-сексолого-психиатрическая

**Вопрос + , содержащийся в определении суда, не входит в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 3
- 5

- 6
- 4

**Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психиатров**

- 3, 6, 7
- 3, 6
- 3, 7
- 1, 2, 4, 5

**Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психологов**

- 5, 6
- 4, 5
- 3, 4
- 2, 5

**Вопрос + \_\_\_\_\_ +, содержащийся в определении суда, может входить в компетенцию эксперта-психолога и эксперта-психиатра**

- 6
- 7
- 5
- 7

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании мыслительной деятельности К. применялись методики**

- «Исключение предметов», «Простые аналогии»
- «Тест Равена», «Простые аналогии», «10 слов»
- «Классификация предметов», «Признаки понятий», «Сравнение понятий»
- «Объяснение пословиц», «Исключение понятий», «Отсчитывание от 200 по 13»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании памяти К. применялись методики**

- «Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву», «Классификация предметов»
- «Запоминание сюжетных картинок»
- «10 слов», «Воспроизведение рассказа»
- «Пиктограмма»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании умственной работоспособности и внимания К. применялись методики**

- «Корректирующая проба», «Отсчитывание от 100 по 7»
- «Таблицы Шульце», «Исключение понятий»
- «Кубики Кооса»
- «Счет по Крепелину», «10 слов»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании индивидуально-психологических особенностей К. применялись методики**

- «Тест Розенцвейга», «Тест Равена»
- «Тест Роршаха», «Корректирующая проба»
- «16-факторный личностный опросник Кеттелла», «Методика многостороннего исследования личности»
- «Незаконченные предложения», «Классификация предметов»

**Эксперты-психиатры диагностировали у В**

- эпилепсию
- острую реакцию на стресс (патологический аффект)
- органический галлюциноз
- шизофрению

**Экспертное решение психиатров заключается в установлении К. + \_\_\_\_\_ + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими**

- ограниченной способности
- способности
- неспособности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- неспособности

**Острая реакция на стресс (патологический аффект) является медицинским критерием невменяемости в виде**

- ограниченной способности
- способности
- неспособности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- неспособности



## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

А., 28 лет, обвиняемый по ч. 1 ст. 105 УК РФ, поступил на стационарную комплексную судебную экспертизу в ФГБУ НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России. В определении суда содержатся следующие вопросы: 1. Не страдал ли в период совершения инкриминируемого деяния и не страдает ли в настоящее время А. каким-либо психическим расстройством? 2. Если А. страдает таковым, то нуждается ли он в применении принудительных мер медицинского характера? 3. Осознавал ли А. в период совершения инкриминируемого деяния фактический характер и общественную опасность своих действий и мог ли руководить ими? 4. Позволяет ли психическое состояние А. в настоящее время предстать перед судом? 5. Находился ли А. в период совершения инкриминируемого деяния в состоянии аффекта? 6. Каковы мотивы инкриминируемого А. деяния? 7. Достоверны ли показания А.?

### Жалобы

На колебания настроения.

### Анамнез заболевания

К психиатрам не обращался.

### Анамнез жизни

\* Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Из материалов уголовного дела известно, что А. рос единственным ребенком в семье. В детском саду и школе был капризным, своевольным. Родители его баловали, брали его сторону в конфликтах с преподавателями и сверстниками. Закончил МГИМО. В 26 лет женился на Л., ребенка не заводил, «чтобы не мешал делать карьеру». После полугода совместной жизни отношения с супругой испортились, почти каждый день были ссоры, которые нередко заканчивались рукоприкладством с его стороны. За восемь месяцев до правонарушения Л. ушла от А. + \* Из материалов уголовного дела следует, что А. по своей инициативе договорился о встрече с Л. во дворе у гаражей. Во время встречи начал предъявлять претензии к жене, она ответила оскорблениями. А. облил свою жену бензином, а затем поджег. Л. была доставлена в больницу, где скончалась вследствие шока от термического ожога. Из показаний сотрудника «скорой помощи», по прибытии на место происшествия они увидели недалеко от гаража лежащую на земле женщину с термическими ожогами. Она находилась в сознании, назвала свои данные, сказала, что муж облил ее бензином и поджег, так как она ушла к другому мужчине. А. в это время вел себя «очень спокойно», после случившегося он «ничего не делал, истерики у

него не было», по поводу случившегося он «не убивался». Через некоторое время он переоделся, и его увезли в отделение полиции. При допросе А. от дачи показаний отказался.

### **Объективный статус**

При производстве экспертизы А. стремится показать себя в благоприятном свете, рассказывает, что на протяжении совместной жизни с супругой та вела себя эгоистично, требовала завести ребенка, был недоволен, когда он встречался с друзьями, поздно возвращался домой. Считает, что Л. «ограничивала его свободу», «не ценила его таланты и способности». Говорит, что подозревал жену в супружеских изменах, предъявлял ей по этому поводу претензии, но никогда не поднимал на нее руки. Держится несколько театрально, эмоционально, демонстративно, не дает себя перебить. Легко раздражается. Говоря о ситуации правонарушения, сообщает, что «ничего не помнит», считает, что находился «в состоянии аффекта», для определения которого его адвокат и ходатайствовал о назначении экспертизы. Продуктивной психопатологической симптоматики (бреда, обманов восприятий и пр.) не выявляется. + При экспериментально-психологическом исследовании на фоне сохранности процессов запоминания, внимания, операциональной стороны мыслительной деятельности выявляется эмоциональная насыщенность ассоциаций, аффективно обусловленное рассуждательство, претенциозность суждений, преобладание оценочных комментариев, использование при обобщении субъективных эмоциональных критериев.

### **В соответствии с инкриминируемой А. статьей УК РФ и ходатайством его адвоката назначена комплексная судебная**

**+ \_\_\_\_\_ + экспертиза**

- психолого-психиатрическая
- сексолого-психиатрическая
- нарколого-психиатрическая
- психолого-сексолого-психиатрическая

### **Вопросы + \_\_\_\_\_ + , содержащиеся в определении суда, не входят в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 3, 4
- 4, 5
- 6, 7
- 2, 6

### **Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психиатров**

- 1, 2, 3, 4
- 5, 6
- 6, 7
- 5, 7

**Вопрос + \_\_\_\_\_, содержащийся в определении суда, входит в компетенцию экспертов-психологов**

- 7
- 5
- 6
- 4

**Вопрос + \_\_\_\_\_, содержащийся в определении суда, может входить в совместную компетенцию экспертов – психологов и психиатров**

- 8
- 5
- 4
- 7

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании мыслительной деятельности А. применялись методики**

- «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Объяснение пословиц»
- «Тест Векслера», «Сравнение понятий», «10 слов»
- «Признаки понятий», «Сравнение понятий»
- «Исключение понятий», «Сравнение понятий», «Счет по Крепелину»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании памяти К. применялись методики**

- «Классификация предметов», «Корректирующая проба»
- «Вербальные ассоциации»
- «10 слов», «Пиктограмма»
- «Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании выявлен + \_\_\_\_\_ патопсихологический симптомокомплекс**

- шизофренический
- эндогенно-органический

- личностно-аномальный
- экзогенно-органический

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании индивидуально-психологических особенностей К. применялись методики**

- «Тест Роршаха», «Классификация предметов»
- «Метод незаконченных предложений»
- «Тематический апперцептивный тест»
- «16-факторный личностный опросник Кеттелла», «Методика многостороннего исследования личности»

**Эксперты-психиатры диагностировали у А. психическое расстройство в виде + \_\_\_\_\_ + расстройства личности (F60.4)**

- истерического
- шизотипического
- органического
- шизоидного

**Экспертное решение психиатров заключается в установлении у А. + \_\_\_\_\_ + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими**

- неспособности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- неспособности
- способности
- ограниченной способности

**Экспертное решение психологов заключается в установлении**

- неспособности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- неспособности
- способности
- ограниченной способности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

С., 5 лет, свидетель по уголовному делу об убийстве ее матери сожителем,

поступила на амбулаторную комплексную судебную экспертизу в ФГБУ НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России. В определении суда содержатся следующие вопросы: 1. Не страдает ли С. каким-либо психическим расстройством? 2. Способна ли С. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания? 3. Способна ли С. по состоянию своего психического здоровья правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания? 4. Имеются ли у С. признаки патологического фантазирования? 5. Соответствует ли психическое развитие С. ее паспортному возрасту? 6. Есть ли в показаниях С. психологические признаки недостоверности?

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Нет.

### **Анамнез жизни**

Из уголовного дела известно следующее. Росла и развивалась нормально. Посещает детский сад с трех лет. Жила с матерью, когда С. исполнилось 4 года, в доме появился сожитель матери, злоупотребляющий спиртными напитками. Сожитель к С. относился хорошо, занимался ее воспитанием. + Из уголовного дела известно, что мать с сожителем, вернувшись от знакомых, где они употребляли спиртные напитки, поссорились. Во время ссоры сожитель нанес матери С. 2 удара кухонным ножом. В результате полученных ран потерпевшая скончалась. С. была единственным свидетелем случившегося. В ходе допроса С. рассказывала, что «папа бил маму, маме было больно, она кричала». Впоследствии состояние С. изменилось. Со слов бабушки, из активной, подвижной, общительной стала задумчивой, подавленной, малообщительной, ухудшился сон, возвращалась в разговорах к травмирующей теме. В настоящее время психическое состояние нормализовалось.

### **Объективный статус**

В ходе беседы С. общительна. Монологическая речь развита слабее диалогической: испытывает затруднения при построении свободного рассказа, однако в диалоге быстро и развернуто отвечает на вопросы. В то же время уходит от ответов на вопросы, касающиеся ее погибшей мамы. Говорит, что «мама лежит в больнице и будет лежать там еще долго-долго». + При экспериментально-психологическом исследовании выявляется соответствие психического развития С. ее возрастному периоду. Преобладает игровая мотивация. Обнаруживает хорошую способность к механическому запоминанию, при забывании элементов стимульного материала не старается их заполнить ни посторонними словами, ни словами, ассоциативно связанными

с предъявленными. Смысловое запоминание также не нарушено. Способна к адекватному восприятию относительно простых и знакомых ситуаций. При описании сюжетных картинок строит рассказ на основе своего жизненного опыта.

**В соответствии с ч.2 ст. 198 УПК РФ назначена комплексная судебная**

**+ \_\_\_\_\_ + экспертиза**

- психолого-сексолого-психиатрическая
- сексолого-психиатрическая
- нарколого-психиатрическая
- психолого-психиатрическая

**Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, не входят в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 5, 6
- 1, 3
- 3, 4
- 2, 4

**Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психиатров**

- 6
- 2
- 5
- 1, 3, 4

**Вопрос + \_\_\_\_\_ +, содержащийся в определении суда, входит в компетенцию экспертов-психологов**

- 6
- 4
- 2
- 5

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании мыслительной деятельности С. применялись методики**

- «Тест Векслера», «Простые аналогии», «10 слов»
- «Сравнение понятий», «Исключение предметов», «Последовательность событий»
- «Исключение понятий», «Сложные аналогии», «Тест Люшера»

- «Объяснение метафор», «Классификация предметов»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании памяти С. применялись методики**

- «Ответные ассоциации», «Исключение предметов»
- «Сюжетные картинки», «Узнавание предметов»
- «Запоминание 5 слов», «Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву»
- «Пиктограмма», «Тест Векслера»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании индивидуально-психологических особенностей С. применялись методики**

- «Детский вариант теста Розенцвейга», «Цветовой тест отношений»
- «Метод незаконченных предложений»
- «Тест Векслера», «10 слов»
- «Тест Роршаха», «Свободные ассоциации»

**При исследовании организации интеллектуальной деятельности, конструктивного праксиса, обучаемости С. применялись методики**

- «Тест Векслера», «Исключение предметов»
- «Тест Люшера», «Нелепые картинки»
- «10 слов», «Сюжетные картинки»
- «Методика Кооса», «Куб Линка»

**При исследовании общего уровня развития познавательной деятельности С. применялись методики**

- «Запоминание 10 слов», «Цветовой тест отношений»
- «Сюжетные картинки»
- «Тест Векслера», «Тест Равена»
- «Исключение предметов»

**Эксперты-психиатры диагностировали у С**

- психофизический инфантилизм
- умственную отсталость
- отсутствие психического расстройства
- депрессивный эпизод

Экспертное решение психиатров и психологов заключается в установлении у  
С.

+

+ обстоятельств, имеющих значение для дела, и давать о них показания

- неспособности правильно воспринимать как внешнюю, так и внутреннюю стороны
- способности правильно воспринимать внешнюю сторону
- способности воспринимать как внешнюю, так и внутреннюю стороны
- ограниченной способности воспринимать внешнюю сторону

Согласно Федеральному закону от 29.02.2012 № 14-ФЗ (пункт 146), «К преступлениям, предусмотренным пунктом "б" части четвертой настоящей статьи, а также пунктом "б" части четвертой статьи 132 настоящего Кодекса, относятся также деяния, подпадающие под признаки преступлений, предусмотренных частями третьей-пятой статьи 134 и частями второй-четвертой статьи 135 настоящего Кодекса, совершенные в отношении лица, не достигшего + + возраста, поскольку такое лицо в силу возраста находится в беспомощном состоянии, то есть не может понимать характер и значение совершаемых с ним действий»

- неспособности правильно воспринимать как внешнюю, так и внутреннюю стороны
- способности правильно воспринимать внешнюю сторону
- способности воспринимать как внешнюю, так и внутреннюю стороны
- ограниченной способности воспринимать внешнюю сторону

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Э., 45 лет, является истцей по гражданскому делу о признании сделки купли-продажи квартиры недействительной. Поступила на стационарную комплексную судебную экспертизу в ФГБУ НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России. В определении суда содержатся следующие вопросы: 1. Страдала ли Э. в юридически значимой ситуации заключения сделки каким-либо психическим расстройством? 2. Если Э. страдала психическим расстройством, то оказало ли оно влияние на ее способность к осознанию существа сделки, ее юридических особенностей, прогнозированию ее результатов, регуляцию своего поведения? 3. Имеются ли у Э. индивидуально-психологические особенности, которые существенно снизили или ограничили ее способность руководить своими действиями в период



заклучения сделки? 4. С учетом психического состояния, индивидуально-психологических особенностей могла ли Э. в период заключения сделки понимать значение своих действий и руководить ими? 5. Была ли Э. вменяемой во время заключения сделки?

### **Жалобы**

на \* сниженное настроение, \* головные боли, \* тошноту, \* головокружение.

### **Анамнез заболевания**

\* После родов первого ребенка (в 20 лет) конфликтовала с мужем и свекровью. На этом фоне отмечались резкое снижение памяти и трудности концентрации внимания, при волнении ей было трудно дышать, стали возникать частые головные боли распирающего характера, отмечались головокружения, часто при ходьбе «заносило в сторону», случались эпизоды потери чувствительности рук и ног, подъемы артериального давления. К врачам не обращалась. + \* Второй ребенок родился (в 24 года) с тяжелой врожденной патологией в виде незаращения твердого и мягкого неба, тугоухости. После родов третьего ребенка (в 37 лет) обратилась в клинику с жалобами на давящие диффузные головные боли, которые провоцировались переутомлением и эмоциональным стрессом и купировались нурофеном, ранние ночные пробуждения, неустойчивость и пошатывание при ходьбе, ощущение усталости, приступы кома в горле, нарушения памяти. Ей был поставлен диагноз «Головные боли напряжения, психовегетативный синдром, астенический синдром». + \* Через год обращалась к неврологу с головной болью, чувством давления на глазные яблоки изнутри, подташнивание, головокружение, боли в позвоночнике – от шейного до поясничного отдела. Поставлен диагноз «Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения с вестибулярным синдромом. Эпизодические головные боли. Астено-невротический синдром». + \* Через 2 года после заключения сделки предъявляла жалобы у невролога на неустойчивость при ходьбе, эпизодические головные боли, повышение артериального давления, испытывала нехватку воздуха при волнении, настроение было сниженным, была эмоционально лабильной. Был поставлен диагноз: «ДЭП II степени. Миофасциальный болевой синдром. Эпизодические головные боли напряжения, вестибулопатия, вегетососудистая дистония. Гипервентиляционный синдром. Тревожная депрессия». + \* Через месяц была на приеме у психиатра в психоневрологическом диспансере, предъявляла жалобы на чувство тревоги, ощущение тяжести в груди, плохой сон. Во время осмотра была вялой, тревожной, подавленной. Фон настроения снижен. Поставлен диагноз «Невротическая депрессия».

### **Анамнез жизни**

\* Воспитывалась родителями в строгости и послушании, детские дошкольные

учреждения не посещала. В школу была определена своевременно, училась хорошо. По характеру формировалась ранимой, спокойной и неконфликтной, несколько неуверенной в себе. Отношения с родителями были отчужденными, своими переживаниями с ними не делилась. + \* После окончания школы поступила на экономический факультет университета, училась успешно, по-прежнему была малообщительной. + \* В период обучения на 2-ом курсе Э. вышла замуж за малознамого человека по настоянию родителей, помимо ее воли, не испытывала к мужу привязанности. Отношения в семье с самого начала были конфликтными, муж мог ее унижить, ударить, между ними не было взаимопонимания. По окончании института работала экономистом, а затем бухгалтером. + \* Из гражданского дела известно, что Э. оформила договор купли-продажи квартиры со своим знакомым, так как срочно требовались деньги на операцию сына в Германии. В последующем муж расторг с ней брак. В исковом заявлении она указала, что, заключая договор купли-продажи квартиры, она в действительности не имела намерений продавать данную квартиру ответчику, о чем последнему было известно. Из показаний мужа Э. следовало, что продавать квартиру никто не собирался, он обратился к знакомому, который сказал, что деньги можно получить под залог квартиры, в результате выяснилось, что договор был о купле-продаже. Свидетели на судебном заседании отмечали, что у Э. отношения с мужем плохие, все проблемы семьи были на ней, денег не хватало, второй ребенок был очень больной и нуждался в операции. + \* Примерно за год до совершения сделки Э. ушла в себя, стала скрытной, уходила от разговоров, ее поведение было странным, иногда не понимала, о чем говорит или что она ей рассказывала, путала входные двери, была неадекватна, часто ездила по больницам, постоянно пила таблетки, плохо спала.

### **Объективный статус**

Сведения о себе сообщала скупно, с трудом раскрывала свои переживания. В процессе подробных бесед стала более откровенной. Анамнестические сведения сообщала не всегда последовательно, была фиксирована на неблагоприятных обстоятельствах, связанных с ее семейной жизнью. Подчеркивает, что после рождения второго ребенка, у которого были врожденные уродства, тяжело переживала, плакала, не спала. Неоднократно обращались за медицинской помощью, ребенок перенес несколько операций, но существенного улучшения не наступило. Проживала с мужем и детьми в тяжелых материально-бытовых условиях, вместе с тем старалась, чтобы у детей было все необходимое для получения образования. Говорит, что примерно за год до совершения сделки она «ушла в себя», стала быстро утомляться, ухудшилась память, сильно снизилась работоспособность, не хотела никого видеть. Испытывала тоску, тревогу, нарушился сон. Чувствовала себя виноватой

перед детьми, было чувство безысходности и отчаяния. Когда узнала, что сыну можно сделать операцию по новым современным технологиям за очень высокую плату, постоянно думала об этом. Доверилась малознакомым людям, не вникала в суть подписываемых документов, очень переживала за то, что не сможет обеспечить сыну необходимую медицинскую помощь. При экспериментально-психологическом исследовании отмечено, что при отсутствии выраженных нарушений запоминания и мышления на первый план выступают некоторые изменения динамических характеристик работоспособности, а также личностные особенности подэкспертной, такие как снижение побудительной силы мотивов, подавленность влечений, безразличие, падение настроения, неспособность испытывать удовольствие, уменьшение активности, легко возникающее чувство вины, недостаточная оценка собственных возможностей, затруднения в социальных контактах в сочетании с раздражительностью и тревогой за состояние своего здоровья, отчужденность, дистанцированность, ощущение непонятности окружающими, тенденция к отгороженности от окружающего мира, уходу в свой внутренний мир, снижение стремления к общению, некоторая ригидность поведенческих паттернов.

**В соответствии с содержанием иска Э. и ходатайством ее адвоката назначена комплексная судебная + \_\_\_\_\_ + экспертиза**

- психолого-психиатрическая
- психолого-сексолого-психиатрическая
- сексолого-психиатрическая
- нарколого-психиатрическая

**Вопрос + \_\_\_\_\_ + , содержащийся в определении суда, не входит в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 5
- 2
- 4
- 3

**Вопросы + \_\_\_\_\_ + , содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию только экспертов-психиатров**

- 4,5
- 1, 2
- 3,5
- 3,4

**Вопрос + +, содержащийся в определении суда, входит в компетенцию только экспертов-психологов**

- 5
- 3
- 2
- 1

**Вопрос + +, содержащийся в определении суда, входит в компетенцию и экспертов-психиатров, и экспертов-психологов**

- 3
- 2
- 1
- 4

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании мыслительной деятельности Э. применялись методики**

- «Простые аналогии», «Объяснение пословиц»
- «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Исключение понятий»
- «Сравнение понятий», «10 слов», «Пиктограмма»
- «Тест Равена», «Сравнение понятий», «Счет по Крепелину»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании памяти Э. применялись методики**

- «Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву» «Рисунок человека»
- «Исключение предметов», «Таблицы Шульте»
- «Ответные ассоциации», «Воспроизведение рассказа»
- «10 слов», «Пиктограмма»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании умственной работоспособности и внимания Э. применялись методики**

- «Счет по Крепелину», «10 слов»
- «Счет по Крепелину», «Исключение понятий»
- «Кубики Кооса», «Тест Розенцвейга»
- «Таблицы Шульте», «Корректирующая проба»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании индивидуально-психологических особенностей Э. применялись методики**

- «Тест Векслера», «Тематический апперцептивный тест»
- «10 слов», «Незаконченные предложения»
- «Методика многостороннего исследования личности», «16-факторный личностный опросник Кеттелла»
- «Тест Равена», «Исключение предметов»

**Эксперты-психиатры диагностировали у Э. + + в период совершения сделки**

- отсутствие какого-либо психического расстройства
- смешанное тревожное и депрессивное расстройство
- посттравматическое стрессовое расстройство
- депрессивный эпизод средней степени

**Комиссия экспертов вынесла экспертное решение о том, что Э. в юридически значимый период + + осознавать значение своих действий и руководить ими**

- могла лишь с помощью других лиц
- могла
- не в полной мере могла
- не могла

**В основе нарушения способности понимать значение своих действий или руководить ими при совершении сделки (ст. 177 ГК РФ) лежит нарушение способности**

- могла лишь с помощью других лиц
- могла
- не в полной мере могла
- не могла

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Посмертная комплексная экспертиза А., совершившей суицид спустя месяц после группового изнасилования. На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: 1. Страдала ли А. в период, предшествовавший самоубийству, каким-либо психическим расстройством? 2. В каком психическом

состоянии находилась А. в период, предшествовавший самоубийству? 3. Существует ли причинно-следственная связь между изнасилованием А. группой обвиняемых и возникновением и развитием ее психического состояния в период, предшествовавший самоубийству? 4. Могла ли А. осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий при совершении самоубийства?

### **Жалобы**

Нет.

### **Анамнез заболевания**

К психиатрам не обращалась.

### **Анамнез жизни**

\* Из материалов уголовного дела известно, что А., 18 лет, была изнасилована двумя незнакомыми подростками в одном из городов Подмосковья. Вернувшись в свой родной город в Сибири, где она проживала с родителями и младшим братом, А. через 30 дней совершила самоубийство. + \* Анализ свидетельских показаний и характеристик позволяет выявить следующие индивидуально-психологические особенности А.: высокий уровень интеллектуального развития, некоторая скрытность, сдержанность, замкнутость, целеустремленность, склонность глубоко переживать свои неудачи и не делиться ими с окружающими. Ценностно-смысловая сфера характеризовалась прежде всего незрелостью социальных установок с инфантильными идеализированными представлениями об окружающей действительности, верой в высокоморальные качества других людей. Эти социальные установки и ожидания отразились на таких особенностях ее характера, как честность, принципиальность, доверчивость. В то же время они реализовывались в ее поведении через повышенную требовательность к себе и окружающим, максимализм, негибкость поведения с прямолинейностью и бескомпромиссностью. А. отличалась выраженной просоциальной направленностью, ее желание стать врачом определялось стремлением помогать людям. Реализации жизненных замыслов, планов способствовали такие ее особенности, как отзывчивость, готовность всегда прийти на помощь, высокое чувство ответственности, долга, добросовестность, трудолюбие. Кроме того, А. собиралась выйти замуж, и у нее были сильно развиты представления о женской «чистоте», чести, которые были важным компонентом ее ценностной сферы. + \* В деле имеются сведения об изменении ее психического состояния. Так, мать показывает, что по приезду она изменилась, то отмалчивалась, то резко отвечала. По словам отца, А. говорила, что не может себе представить, что до нее может дотронуться мужчина, что она стала «грязной», перестала ходить в техникум, у нее появилась какая-то стеснительность, неловкость.

Подруга родителей показывает, что А. после приезда нельзя было узнать, все, что она говорила – проходило через силу. Младший брат на допросе заявил, что А. сказала, что «ей осталось жить совсем недолго». + \* В посмертном письме А. написала, в частности: «...Но человек приходит в мир, чтобы жить и творить добро. У меня была только одна цель — медицина .... Человек может жить без ноги, руки, ну все равно без чего, но нельзя жить без веры в людей. Я знаю, что кто-то скажет, почему она это сделала, она не думает о родителях, но я знаю..., вы не осудите меня». «Я счастлива, что имею такой характер. Это ваша заслуга. Можно перенести любую боль в себе, но смотреть, как мучаются близкие, видя, как я мучаюсь, я никогда не смогу. Я очень люблю жизнь, но не пустую. Без любви жить нельзя. Без цели жить нельзя. Я стала пустой». «Папа и мама, держите себя и боритесь с такими «нечеловеками» уже не из-за меня, а из-за других пап и мам. Я не боюсь смерти. Я знаю, что только моя смерть им вынесет наказание». + \* Была назначена посмертная судебно-психологическая экспертиза.

#### **Объективный статус**

Нет. Экспертиза посмертная.

**В соответствии с инкриминируемой обвиняемой статьей 131 ч. 3 п. «б» УК РФ назначена комплексная судебная +**  
**экспертиза**

- сексолого-психиатрическая
- психолого-психиатрическая
- психолого-сексолого-психиатрическая
- нарколого-психиатрическая

**Вопрос + , содержащийся в определении суда, не входит в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 2
- 1
- 3
- 4

**Вопросы + , содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию и экспертов-психиатров, и экспертов-психологов**

- 2, 3
- 2
- 1,4
- 4

Вопрос + \_\_\_\_\_ +, содержащийся в определении суда, входит в компетенцию только экспертов-психиатров

- 3
- 1
- 4
- 2

Действия А. следует оценивать как аутоагрессию в виде

- демонстративно-шантажного суицида
- истинного суицида
- психотического эпизода
- членовредительства

Действия А. следует оценивать как + \_\_\_\_\_ + суицид

- рациональный
- импульсивный
- аномический
- аффективный

Как следует из посмертного письма, действия А. совершены по мотиву

- избежания страдания
- самонаказания
- протеста
- призыва

Эксперты-психиатры диагностировали у А

- тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов
- посттравматическое стрессовое расстройство
- легкий депрессивный эпизод
- острая реакция на стресс

Комиссия экспертов пришла к выводу, что психическое состояние А. в период, предшествовавший самоубийству, + \_\_\_\_\_ +  
причинно-следственной связи с действиями обвиняемых

- не находилось ни в прямой, ни в косвенной
- находилось в косвенной
- не находилось в
- находилось в прямой



Правильную последовательность следующих компонентов ретроспективного анализа материалов дела (1 – анализ динамики психического состояния суицидента, 2 – уяснение фабулы дела, 3 – анализ взаимодействия личности суицидента с ситуацией, 4 – анализ личностных особенностей суицидента, 5 – составление заключения комиссии экспертов) при проведении посмертных экспертиз составляет

- 2, 4, 1, 3, 5
- 2, 3, 4, 1, 5
- 1, 2, 3, 4, 5
- 4, 3, 1, 2, 5

Судебно-экспертное психолого-психиатрическое заключение о наличии причинно-следственной связи между действиями обвиняемого и психическим состоянием потерпевшей в период, предшествовавший самоубийству, может быть использовано судом для

- установления отягчающего обстоятельства
- установления смягчающего обстоятельства
- определения беспомощного состояния потерпевшего
- квалификации ст. 110 УК РФ

Предметом комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, назначенной в соответствии со ст.110 УК РФ («доведение до самоубийства»), является/являются

- установления отягчающего обстоятельства
- установления смягчающего обстоятельства
- определения беспомощного состояния потерпевшего
- квалификации ст. 110 УК РФ

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

П., 23 лет, обвиняемая по ч. 1 ст. 107 УК РФ, поступила на стационарную комплексную судебную экспертизу в ФГБУ НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России. В определении суда содержатся следующие вопросы: 1. Страдала ли П. каким-либо психическим расстройством во время совершения инкриминируемого ей деяния, и страдает ли она психическим расстройством в настоящее время? 2. Могла ли П. осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими во время совершения инкриминируемого ей деяния, и если могла, то в полной ли

мере? 3. Вменяема ли П. в настоящее время? 4. Позволяет ли психическое состояние К. в настоящее время предстать перед судом и следствием и нести ответственность за содеянное? 5. Имеются ли у П. такие индивидуально-психологические особенности, которые могли оказать существенное влияние на ее поведение в момент совершения инкриминируемого ей преступления? 6. Не находилась ли П. в момент совершения преступления в состоянии аффекта? 7. Совершила ли П. инкриминируемое ей деяние по мотиву мести?

### **Жалобы**

На навязчивые воспоминания о насилии со стороны отца.

### **Анамнез заболевания**

К психиатрам не обращалась.

### **Анамнез жизни**

Родители П. проживали в городе С. Отец злоупотреблял алкоголем, «кодировался», эпизодически принимал наркотики. По характеру был раздражительный, вспыльчивый, неуравновешенный, властный, педантичный, жестокий, жадный. Мать по характеру строгая, «холодная», по профессии — учитель музыки. П. была единственным ребенком в семье. Росла активным, подвижным, общительным ребенком. Посещала детские дошкольные учреждения. В этот период отец часто в состоянии алкогольного опьянения избивал мать, а ее наказывал — «ставил в угол», закрывал в темной комнате. Испытывала страх перед отцом, боялась темноты. Когда ей было 6 лет, родители развелись, разменяли жилплощадь. Отец стал проживать отдельно, занялся предпринимательством, создал собственную коммерческую фирму. В последующем переехал в Москву. В общеобразовательную школу П. пошла с 7 лет. Училась с интересом, обладала хорошими способностями, легко усваивала учебную программу. Активно участвовала в общественной жизни школы, была старостой класса. Ее характеризовали как отзывчивую, добрую, общительную, жизнерадостную, целеустремленную, бескорыстную, работоспособную, веселую, уравновешенную. После окончания 11 классов поступила в один из вузов города С. Проявила себя за время учебы с положительной стороны, принимала активное участие в культурно-массовой работе университета, являлась старостой группы. Согласно показаниям П., когда ей было 18 лет, в июле отец пригласил ее на свою дачу под городом С., на которую часто приезжал отдыхать из Москвы во время отпусков, где изнасиловал ее. В последующем отец постоянно насиловал ее, оскорблял, угрожал, избивал. Согласно показаниям матери и подруги П., ее отец часто стремился уединиться с дочерью, ездил с ней на дачу, увозил на ночь, на несколько дней взял с собой на Черное море. Стал проявлять настойчивость в том, чтобы дочь переехала к нему в Москву, «кричал и ругался, если дочь уходила к друзьям», пытался

контролировать ее действия — «везде ее разыскивал, постоянно звонил». С этого периода П. изменилась, стала замкнутой, малообщительной, скрытной, при этом рассказала подруге, что ее изнасиловал отец и она его очень боится, что «ей жутко, больно и обидно». Вторая жена потерпевшего отмечала, что П. «в последнее время была странной, у нее резко менялось настроение, она постоянно неестественно улыбалась и смеялась». В январе следующего года П. по настоянию отца переехала в Москву, перевелась на учебу в один из вузов города. Стала проживать совместно с отцом в снимаемой им квартире. + В ночь с 13 на 14 марта П., находясь в квартире, застрелила своего отца. После содеянного она была сразу задержана. При освидетельствовании у нее в крови и моче алкоголя обнаружено не было. Соседи показали, что ночью 14 марта они проснулись от сильного грохота, стонов и плача, в связи с чем вызвали милицию. Работники милиции, прибывшие по вызову, показали, что дверь им открыла П. Она сказала «я его убила», показала ружье. Рассказывала о том, что отец с ней совершал насильственные половые акты.

### **Объективный статус**

В беседу вступала охотно, на вопросы отвечала подробно, последовательно. Вспоминала, что с детства боялась отца, но когда он после длительного разрыва стал обращать внимание на нее, дарить дорогие подарки, то «потянулась» к нему, так как «он ведь отец все-таки мне». Когда отец изнасиловал ее на даче, то испытала шок, долго не могла прийти в себя. Объясняла, что у нее «не было выхода», когда он стал ее регулярно насиловать, так как она была зависима от него, боялась побоев, его мести ей и матери, боялась позора. Ждала, когда отец одумается, попросит прощения и начнет относиться к ней как к дочери. Особенно тягостно стало после того, как отец заставил ее переехать к себе в Москву. Состояние было все время тоскливое, не могла ничем заниматься. Часто плакала, пропал аппетит, нарушился сон, снизился вес. О самоубийстве боялась думать, так как считала, что «отец хочет ее довести до этого и решить сразу все проблемы». За день до происшествия у нее начались месячные, но отец заставил ее совершить оральный половой акт. Говорила, что испытала в тот момент ужас, ощущение гадливости, не могла отключиться от ситуации, как это делала ранее, от мысли, что «он меня насилует, он меня убьет». В следующую ночь накануне происшествия отец снова принуждал ее к половой связи, угрожал ножом, сделал ей два поверхностных надреза на животе. П. еле отговорила тем, что «у нее месячные». Лежа в постели с отцом, долго не могла уснуть. Когда отец «заскрежетал» во сне зубами, то «не смогла с собой совладать, я даже скрипа его боялась», побежала, схватила заряженное ранее ружье. Уточнила, что когда она заряжала за день до этого ружье, то думала, что им она будет защищаться и «до убийства не дойдет». Но даже когда она взяла ружье, то не смогла выстрелить. Положила его, легла снова в постель.

Дальнейшие события помнит отрывочно. Помнила, как отец снова «заскрежетал» зубами, ее это «панически взбесило» и она «потеряла контроль над собой». Опять взяла ружье, встала на кровать. Тут перед глазами у нее пробежала вся жизнь с отцом — как «картинки в кино». Звука выстрела не слышала, увидела красно-желтый свет и ощутила резкий запах. Не помнила, как очутилась в другом конце комнаты, услышала крик отца. Еще раз выстрелила, так как было чувство, что «надо просто стрелять, неважно куда». В тот момент ей показалось, что она «поседела от кончиков волос», испытала ужас, страх. Побежала по коридору. Утверждала, что бежала к отцу спиной, но все-таки видела, как он бежит за ней, качается, ударяется, видела, как он руками держит рану. Не помнила, как открывала входную дверь, где взяла ключи, но когда очутилась на лестничной клетке, то «вдруг увидела себя сверху, увидела себя и отца одновременно». А когда «вернулась в себя», то «стала какой-то спокойной, ни о чем не думала, страх перед отцом прошел, ощущала пустоту, не было никаких чувств». Не помнит, как закрыла дверь, пошла в комнату. Помнила, как стояла рядом с умирающим отцом и не боялась его. Стояла рядом с ним и не могла сдвинуться с места, а потом поняла, что слышит звонки в дверь, крикнула: «Иду», но дверь открыла позже, когда уже смогла сдвинуться с места. + При экспериментально-психологическом исследовании у нее выявились черты незрелости личности, в структуре которой склонность к вытеснению эмоциональных переживаний отрицательного характера (что обуславливает низкий уровень актуальной тревоги) сочетается с подчиняемостью, зависимостью, конформностью в поведении. Для испытуемой характерны способность к высокой активности, гибкость поведения, общительность, эмоциональная отзывчивость, синтонность, а также склонность к риску при тенденции прогнозировать возможные последствия своих поступков, высокая степень опосредования своих действий, умение понимать мотивы окружающих. Отмечаются эмоциональная устойчивость, достаточно высокий самоконтроль, хорошее усвоение морально-этических норм. Обнаруживаются сензитивность, высокая чувствительность к эмоциональным нюансам. В конфликтных, фрустрирующих условиях у нее проявляются пассивность, нерешительность, трудности самостоятельного конструктивного решения проблем, избегание агрессивных форм поведения, защитное стремление субъективно снижать значимость фрустрации.

**В соответствии с инкриминируемой П. статьей УК РФ должна быть назначена комплексная судебная +**  
**экспертиза**

- нарколого-психиатрическая
- психолого-психиатрическая

- сексолого-психиатрическая
- психолого-сексологическая

**Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, не входят в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 5, 6
- 4, 6
- 3, 7
- 2, 4

**Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психиатров**

- 1, 2, 4
- 3, 5, 6, 7
- 3, 7
- 3, 6, 7

**Вопросы + \_\_\_\_\_ +, содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психологов**

- 3, 4
- 5, 6
- 2, 7
- 4, 7

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании мыслительной деятельности П. применялись методики**

- «Тест Розенцвейга», «Сложные аналогии», «10 слов»
- «Пиктограмма», «Исключение понятий», «Счет по Крепелину»
- «Признаки понятий», «Сложные аналогии»
- «Классификация предметов», «Исключение понятий», «Сравнение понятий»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании индивидуально-психологических особенностей П. применялись методики**

- «16-факторный личностный опросник Кеттелла», «Методика многостороннего исследования личности»
- «Самооценка», «Классификация предметов»
- «Уровень притязаний», «Таблицы Шульте»

- «Тест Роршаха», «Тест Векслера»

### **Эксперты-психиатры диагностировали у П**

- отсутствие психического расстройства
- посттравматическое стрессовое расстройство
- истероидное расстройство личности
- шизоидное расстройство личности

### **Экспертное решение психиатров заключается в установлении у П.**

**+ \_\_\_\_\_ + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими**

- ограниченной способности
- способности
- неспособности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- неспособности

### **Экспертное решение психологов заключается в установлении**

- патологического аффекта
- эмоционального напряжения, оказавшего существенное влияние на поведение
- состояния фрустрации
- кумулятивного аффекта

### **Диагностика аффекта у обвиняемого в убийстве в рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы используется судом для**

- смягчения наказания в соответствии со ст. 61 УК РФ
- квалификации ст. 107 УК РФ
- признания обвиняемого невменяемым
- назначения принудительных мер медицинского характера

### **Под выраженной эмоциональной реакцией, возникающей у обвиняемого внезапно в длительной психотравмирующей ситуации, связанной с поведением потерпевшего, и представляющей собой разрядку накопленного эмоционального напряжения, понимают**

- кумулятивный аффект
- физиологический аффект
- эмоциональное напряжение, оказавшее существенное влияние на сознание и поведение

- эмоциональное возбуждение, оказавшее существенное влияние на сознание и поведение

**Одним из основных признаков уголовно-релевантного аффекта у обвиняемого является**

- кумулятивный аффект
- физиологический аффект
- эмоциональное напряжение, оказавшее существенное влияние на сознание и поведение
- эмоциональное возбуждение, оказавшее существенное влияние на сознание и поведение

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

М., 36 лет, обвиняемая по ч. 1 ст. 107 УК РФ, поступила на амбулаторную комплексную судебную экспертизу в ФГБУ НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России. В определении суда содержатся следующие вопросы: 1. Страдает ли К. каким-либо хроническим психическим заболеванием, лишаящим ее способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими? Если страдает, то каким именно? 2. Не находилась ли К. в момент совершения деяния в состоянии какого-либо временного расстройства душевной деятельности, лишавшего ее способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими? Если да, то какого именно? 3. Вменяема ли К. в отношении инкриминируемого ей деяния? 4. Могла ли К. в силу психического расстройства не в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими? 5. Позволяет ли психическое состояние К. в настоящее время предстать перед судом и следствием и нести ответственность за содеянное? 6. Имеются ли у К. такие индивидуально-психологические особенности, которые могли оказать существенное влияние на ее поведение в момент совершения инкриминируемого ей преступления? 7. Не находилась ли К. в момент совершения преступления в состоянии аффекта или в ином эмоциональном состоянии, которое могло повлиять на ее поведение? 8. Имеется ли у К. отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством?

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

К психиатрам не обращалась.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Имеет высшее образование. Из материалов уголовного дела следует, что М. – муж обвиняемой К., на протяжении ряда лет избивал К. и ее дочь, пропивал вещи из дома. Все попытки со стороны К. разрешить конфликтную ситуацию оказывались безуспешными. За две недели до правонарушения, М. уволили с работы за пьянство и у него начался очередной запой, что обострило и без того сложную семейную обстановку. + В день правонарушения М., находясь в состоянии алкогольного опьянения, в очередной раз затеял скандал, оскорблял К., угрожал, применял к ней физическое насилие, однако К. старалась терпеть и не отвечала на его действия. Пошла чистить картошку, М. неожиданно для нее подошел сзади и ударил ее сильно по голове кулаком и обозвал «шлюхой», К. резко повернулась и нанесла несколько ударов ножом. Ее состояние после этого свидетели описывали следующим образом: «Женщина, встретившаяся у дверей квартиры, была в истерическом состоянии», «Ее трясло как в лихорадке», «У нее было потерянное лицо, лицо человека чем-то потрясенного, взгляд был безумный».

### **Объективный статус**

При производстве экспертизы К. рассказывает, что на протяжении многих лет пыталась лечить М. (два раза кодировался по ее настоянию, подсыпала медикаменты в еду), прятала одежду, чтобы муж не мог выйти из дома, выгоняла из квартиры, вызывала милицию. Однако, все попытки с ее стороны изменить поведение М. оказывались безуспешными. Воссоздает картину правонарушения отрывочно: «Помню удар ладонью по лицу, его пьяную ухмылку, оскорбления в мой адрес – дешевка, шлюха. Я схватила нож, который лежал на кухне. Для чего я схватила нож, не знаю. Сколько я нанесла ударов, я не помню.... Куда именно я ударила М., я не помню». Когда пришла в себя, «Возникло состояние оглушенности, ноги стали ватными, все было как в тумане, казалось, что движения вязкие, хочется идти, а не можешь». Продуктивной психопатологической симптоматики (бреда, обманов восприятий и пр.) не выявлено. С критикой оценивает свое состояние и создавшуюся судебно-следственную ситуацию. + При экспериментально-психологическом исследовании выраженных нарушений познавательной деятельности не обнаруживается. Выявляется эмоциональная уравновешенность, достаточные коммуникативные и адаптивные возможности, способность к эмоциональному и волевому самоконтролю в поведении, аккуратность, методичность и достаточная активность в деятельности, стремление к конструктивному



разрешению проблемных и конфликтных ситуаций, а также потребность в понимании, признании и уважении.

**В соответствии с инкриминируемой К. статьей УК РФ должна быть назначена комплексная судебная + + экспертиза**

- психолого-психиатрическая
- нарколого-психиатрическая
- сексолого-психиатрическая
- психолого-сексолого-психиатрическая

**Вопросы + +, содержащиеся в определении суда, не входят в компетенцию экспертов – психиатров и психологов**

- 2, 4
- 3, 8
- 4, 6
- 5, 6

**Вопросы + +, содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психиатров**

- 3, 8
- 3, 6, 8
- 1, 2, 4, 5
- 3, 6, 7, 8

**Вопросы + +, содержащиеся в определении суда, входят в компетенцию экспертов-психологов**

- 5, 8
- 4, 8
- 6, 7
- 4, 5

**Вопрос + +, содержащийся в определении суда, может входить в совместную компетенцию экспертов – психологов и психиатров**

- 8
- 5
- 7
- 4

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании мыслительной деятельности К. применялись методики**

- «Признаки понятий», «Простые аналогии»
- «Тест Векслера», «Сложные аналогии», «10 слов»
- «Проба Эббингауза», «Исключение понятий», «Счет по Крепелину»
- «Классификация» предметов, «Сравнение понятий», «Объяснение пословиц»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании памяти К. применялись методики**

- «Воспроизведение рассказа»
- «Воспроизведение рассказа», «Классификация предметов»
- «Запоминание сюжетных картинок»
- «10 слов», «Пиктограмма»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании умственной работоспособности и внимания К. применялись методики**

- «Корректирующая проба», «10 слов»
- «Кубики Кооса»
- «Счет по Крепелину», «Отсчитывание от 100 по 7»
- «Таблицы Шульте», «Сравнение понятий»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании ассоциативной сферы К. применялись методики**

- «Свободные ассоциации», «Счет по Крепелину»
- «Ответные ассоциации», «Пиктограмма»
- «Свободные ассоциации», «10 слов»
- «Свободные ассоциации»

**При патопсихологическом (экспериментально-психологическом) исследовании индивидуально-психологических особенностей К. применялись методики**

- «Тест Розенцвейга», «Тест Векслера»
- «Самооценка», «Классификация предметов»
- «16-факторный личностный опросник Кеттелла», «Методика многостороннего исследования личности»
- «Тест Роршаха», «Счет по Крепелину»

**Экспертное решение психиатров заключается в установлении К.**  
**+ \_\_\_\_\_ + осознавать фактический характер и общественную**  
**опасность своих действий либо руководить ими**

- ограниченной способности
- неспособности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- неспособности
- способности

### **Экспертное решение психологов заключается в установлении**

- ограниченной способности
- неспособности вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- неспособности
- способности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Т. 35 лет, обвиняемый по ст.159 ч.2 УК РФ в мошеннических действиях. Поступил на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу.

### **Жалобы**

на \* подавленное настроение, \* тоску, \* «тяжесть в груди», \* утрату смысла жизни, \* голоса угрожающего характера.

### **Анамнез заболевания**

До привлечения к уголовной ответственности к психиатрам не обращался. Обвиняется в том, что будучи директором строительной фирмы совместно с другими сотрудниками (заместитель, экономисты, бухгалтера) брал денежные средства у ряда граждан в качестве инвестиций в строительство жилья, заведомо зная о невозможности выполнения своих обязательств (мошенничество в группе лиц с причинением значительного ущерба потерпевшим). В ходе следствия вначале был свидетелем по делу, подробно описывал свои функциональные обязанности как директора фирмы, обязанности иных сотрудников, пояснял, каким образом подписывались те или иные документы, описывал процедуру получения денежных средств организацией, иные моменты. На запоминание событий не ссылаясь, считал, что действовал «законно». Через год его процессуальный статус был изменен на подозреваемого, а затем обвиняемого. Давая показания, по-прежнему подробно и последовательно излагал все события, не считал себя виновным, полагал, что его «могли подставить» подчиненные. В течение полугода находился под подпиской о невыезде, продолжал работать, справлялся с обязанностями. Несколько раз не явился по вызову на допрос, был помещен в

следственный изолятор, где несколько раз подвергся унижениям со стороны сокамерников. Через 2 недели при проведении утреннего осмотра у Т. были обнаружены телесные повреждения, устанавливался диагноз: «Резаная рана левого предплечья». При осмотре врачом жаловался на плохое настроение, «сильные головные боли», отсутствие сна «из-за страхов и галлюцинаций». До поступления на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу 10 дней проходил лечение в психиатрическом отделении СИЗО с диагнозом: «Незавершенный суицид. Расстройство адаптации».

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее психомоторное развитие протекало без особенностей, посещал детский сад, в школе учился с 7 лет. По характеру был настойчивым, целеустремленным, тяжело переживал неудачи. Окончил 11 классов и строительный институт. \* Проходил срочную службу в армии, демобилизован был на общих основаниях. \* Некоторое время работал прорабом на стройке, затем организовал и возглавил собственную компанию, которая занималась строительством и продажей квартир. Женат, имеет сына. На работе и по месту жительства характеризовался положительно. Ранее к уголовной ответственности не привлекался. На учетах в НД, ПНД не состоит.

### **Объективный статус**

Во время беседы сидит ссутулившись, низко опустив голову, периодически вздыхает, движения заторможены, медлителен, совершает однообразные движения руками (отковыривает краску с лавки, на которой сидит, потирает пальцы). На вопросы отвечает тихим, маломодулированным голосом, односложно, после продолжительной паузы, порой оставляет вопросы без ответа. Высказывания в большинстве случаев отрывочны, малопонятны. Мимика обеднена, маловыразительна. Беседа с подэкспертным носит малопродуктивный и малоинформативный характер. Анамнестические сведения сообщает неохотно, крайне скудно, не всегда последовательно, часто ссылается на забывание событий. При этом свою жизнь считает целой «чередой ошибок», не видит для себя никаких перспектив и «дальнейшего смысла жизни». Высказывая жалобы, не может их четко сформулировать, отмечает, что трудно сосредоточиться, у него «голова ненормальная», «все болит», «тяжело в груди», «тоска», иногда появляются «мысли из вне», которые «толкают» что-либо сделать, «с головой происходят необъяснимые вещи», «слышатся нереальные голоса», которые угрожают, от этого «страшно», «гнетет что-то». Считает, что «вокруг одни недоброжелатели». Подробно свои высказывания пояснить не может, говорит лишь, что «не переживет» этого. Высказывает суицидальные мысли, говорит, что в камере уже пытался повеситься, резал себе руку, проговаривается, что «все равно найдет способ»

покончить с собой. Инкриминируемое ему деяние никак не поясняет. В отделении ни с кем не общается, все время проводит в постели, отвернувшись к стене, аппетит понижен, ест только после настойчивых требований персонала, говорит, что еда «как трава». Сон нарушен, засыпает с трудом, видит устрашающие сновидения, на утро не ощущает себя отдохнувшим. Отмечается повышенная утомляемость и истощаемость внимания. Критика к своему состоянию и сложившейся судебно-следственной ситуации отсутствует. При экспериментально-психологическом исследовании продуктивность выполнения методик крайне низкая в связи с трудностями усвоения инструкций к заданиям, недостаточными способностями организации и контроля над мыслительными операциями, нарушениями внимания, выраженной инертностью, истощаемостью психических процессов. Отмечаются обедненность ассоциативной сферы, несформированность мотивации к выполнению экспериментальных заданий, замедленный темп мыслительной деятельности. В личностной сфере выявлены выраженное снижение настроения и побудительной активности, фиксация на негативных, болезненных переживаниях, пессимистичное видение будущего, суицидальная настроенность.

**Психические нарушения, выявляемые у Т., относятся к + + синдрому**

- кататоническому
- депрессивному
- астеническому
- сенестопатическому

**У Т. выявляется вариант депрессивного синдрома**

- анестетический
- дисфорический
- тревожный
- тоскливый

**Учитывая выявленные у Т. психические нарушения, ему установлен диагноз**

- анестетический
- дисфорический
- тревожный
- тоскливый

**Диагноз**

**Выявленное у Т. психическое расстройство можно отнести к**

- реактивному состоянию невротического уровня
- патологическому развитию личности
- ситуационной депрессивной реакции
- реактивному состоянию психотического уровня

**Оценивая психическое состояние подэкспертного в период, относящийся к инкриминируемому ему деянию, эксперты пришли к выводу, что у Т.**

- отмечалось смешанное расстройство личности
- какого-либо психического расстройства не было
- наблюдалось расстройство адаптации
- выявлялись признаки дистимии

**Экспертная комиссия пришла к заключению, что Т. в период инкриминируемого ему деяния + + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими**

- мог
- мог не в полной мере
- не мог вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством
- не мог

**При оценке уголовно-процессуальной дееспособности и способности к даче показаний подэкспертным в настоящее время было вынесено решение, что Т. + + правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, + + понимать характер и значение гражданского судопроизводства и своего процессуального положения, самостоятельно осуществлять действия, направленные на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей**

- может; может
- не может; не может
- не может; может только при помощи адвоката
- может; не может

**Для купирования депрессивной симптоматики подэкспертному показано назначение**

- тимостабилизаторов
- ноотропов
- антидепрессантов
- стимуляторов

**Учитывая выраженность психических нарушений подэкспертному целесообразнее всего назначить антидепрессант из группы**

- обратимых ингибиторов моноаминоксидазы
- тетрациклических
- трициклических
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

**Для купирования галлюцинаторно-бредовой симптоматики подэкспертному показано назначение**

- антипсихотиков
- тимостабилизаторов
- транквилизаторов
- ноотропов

**При назначении типичных антипсихотиков наиболее велик риск возникновения**

- экстрапирамидных расстройств
- запора
- агранулоцитоза
- повышения артериального давления

**Лицу, находящемуся на судебно-психиатрической экспертизе, психофармакотерапия может быть назначена по**

- экстрапирамидных расстройств
- запора
- агранулоцитоза
- повышения артериального давления

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Потерпевшая Д., 19 лет, в уголовном деле по факту совершения в отношении нее разбойного нападения, причинении тяжкого вреда здоровью. Амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (АКСППЭ).

### **Жалобы**

на \* слабость, \* сонливость, \* периодические головные боли, \* головокружения, \* повышенную утомляемость, \* чувство выраженной

усталости к вечеру, \* не свойственную ей ранее раздражительность, \* ухудшение памяти на запоминание прочитанного, \* фрагментарные воспоминания о случившемся без восстановления целостной картины.

### **Анамнез заболевания**

За 2,5 месяца до поступления на АКСППЭ знакомый Д. – К., находясь у нее дома с целью ограбления, нанес ей несколько ударов топором в область головы и шеи. Через 3 часа после случившегося Д. сказала пришедшей матери, что «упала с лестницы и потеряла сознание, была одна». Ещё через час, находясь в машине «скорой помощи», была «загружена», на вопросы не отвечала; на короткое время «пришла в себя» и сообщила, что её ударил топором знакомый К. При поступлении в стационар находилась в тяжелом состоянии, проводилась операция ревизии и ушивания ран. Диагноз: «Открытая черепно-мозговая травма, ушиб мозга. Множественные рубленые раны затылочной области. Открытый оскольчатый перелом затылочной кости слева. Субарахноидальное кровоизлияние. Геморрагический шок 2 ст.». В период пребывания в отделении реанимации в течение недели была в сознании, но отмечались вялость, заторможенность, не сразу осмысливала задаваемые врачом вопросы, недоумевала по поводу поступления в больницу, отмечались жалобы на головные боли. В дальнейшем 1,5 месяца находилась в травматологическом отделении. Впервые была допрошена через 2 недели после нападения, находясь в больнице. Сообщила, что К. просил у нее топор «для работы»; в день случившегося потребовал «компьютер и колечки», угрожал, размахивал топором, воткнул его в стену, душил платком, она потеряла сознание, а потом «пришла мама». О дальнейших событиях, вплоть до поступления в больницу, в том числе о сведениях, сообщенных врачам «СП», Д. не помнила. После выписки из больницы наблюдалась неврологом поликлиники по месту жительства. Через 2 месяца после случившегося проходила судебно-медицинскую экспертизу, где ей был поставлен диагноз «Церебрастенический синдром», полученная ею черепно-мозговая травма (ЧМТ) по признаку опасности для жизни была отнесена к тяжкому вреду здоровью.

### **Анамнез жизни**

\* Родители и ближайшие родственники психически здоровы. + \* Роды в срок, от нормально протекавшей беременности. + \* Детские инфекционные и простудные заболевания перенесла без осложнений. + \* При посещении дошкольных учреждений трудностей адаптации не отмечалось. Закончила массовую школу и курсы садоводов-декораторов, работала по специальности.+ \* К психиатру ранее не обращалась и не направлялась. До совершения в отношении нее противоправных действий травм головы не отмечалось.



## **Объективный статус**

Психическое состояние. Сознание не помрачено, полностью ориентирована в месте, времени и собственной личности. Выглядит вялой, несколько заторможенной. На вопросы отвечает с готовностью, но после непродолжительной паузы, поясняя, что ей трудно «быстро думать». Сообщает подробности своих жалоб. Переживает о своем самочувствии, обеспокоена последствиями травмы головы, особенно удручает, что не может полностью восстановить в памяти всю картину случившегося. Не получает прежнего удовольствия от чтения, т.к. легко забывает прочитанное. При расспросе о происшедшем легко раздражается, повторяя, что ей это «все уже надоело, спрашивают, спрашивают, а толку нет». Но в ответ на уговоры легко успокаивается. Рассказала, что К. угрожал, «уходил – приходил», «душил платком». Придя в себя после потери сознания, обнаружила везде кровь, «удивилась и испугалась», несколько раз после этого теряла сознание, т.к. начиналась «невыносимая» головная боль. Пришедшей матери сообщила о падении с лестницы, т.к. «не знала, что сказать»; об ударах топором узнала только в больнице. Мышление последовательное, но несколько обстоятельное. Склонна к кратковременным реакциям раздражения. Быстро истощается. Интеллектуально в целом сохранна. Память несколько снижена на даты, отмечаются явления ретро-антероградной амнезии периода непосредственно связанного с нанесением ей телесных повреждений. Психотической симптоматики не выявлено. Критическая оценка своего состояния и положения в сложившей ситуации не нарушена. Соматическое состояние. Правильного телосложения, удовлетворительного питания тканей. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В области затылка и задней поверхности шеи – послеоперационные рубцы. По внутренним органам – без физикально определяемой патологии. Неврологическое состояние. Очагового поражения центральной нервной системы не выявлено. Определяется резидуальная неврологическая симптоматика. По заключению невролога-консультанта – последствия перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмы (ушиба головного мозга с субарахноидальным кровоизлиянием). На ЭЭГ – значительные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с акцентом в задневисочной и затылочной областях левого полушария с признаками повышенной судорожной готовности. Экспериментально-психологическое исследование. На первый план выступают колебания умственной работоспособности без выраженных нарушений познавательной деятельности, нарушения концентрации внимания, признаки повышенной утомляемости, некоторое снижение непосредственного механического запоминания, проявления эмоциональной неустойчивости к концу обследования при достаточной способности волевого самоконтроля, отсутствии склонности к фантазированию и повышенной внушаемости.

**В соответствии с МКБ – 10 у Д. выявляются**

- другие органические расстройства личности и поведения в связи с травмой головного мозга
- неуточненные психические расстройства в связи с травмой головного мозга
- неуточненные непсихотические расстройства в связи с травмой головного мозга
- другие непсихотические расстройства в связи с травмой головного мозга

**Выявленные у Д. психические расстройства соответствует рубрике МКБ - 10**

- другие органические расстройства личности и поведения в связи с травмой головного мозга
- неуточненные психические расстройства в связи с травмой головного мозга
- неуточненные непсихотические расстройства в связи с травмой головного мозга
- другие непсихотические расстройства в связи с травмой головного мозга

**Диагноз**

**Отмечавшиеся у Д. в острейшем периоде ЧМТ психопатологические проявления в виде вялости, заторможенности, трудностей осмысления задаваемых врачом вопросов, недоумения по поводу поступления в больницу квалифицируются как**

- амнестическая спутанность
- обнубиляция сознания
- нарушение сознания в виде оглушения
- аментивный синдром

**Стойкие мнестические нарушения у Д. после полученной травмы головы в виде запоминания целостной картины событий криминальной ситуации как до получения телесных повреждений, так и после в течение 2,5-х месяцев после случившегося квалифицируются как**

- ретро-антероградная амнезия
- транзиторная глобальная амнезия
- диссоциативно-фиксационная амнезия
- амнестическая спутанность

**Основные психические расстройства, отмечавшиеся у потерпевшей Д. при проведении АСКППЭ, относятся к**

- эйфорическому варианту психоорганического синдрома
- астеническому варианту психоорганического синдрома
- апатическому варианту психоорганического синдрома
- эксплозивному варианту психоорганического синдрома

**Дифференциальный диагноз выявленных у потерпевшей Д. других органических расстройств личности и поведения в связи с травмой головного мозга проводился преимущественно с**

- другими психотическими расстройствами в связи с травмой головного мозга
- неуточненными непсихотическими расстройствами в связи с травмой головного мозга
- другими непсихотическими расстройствами в связи с травмой головного мозга
- неуточненными психическими расстройствами в связи с травмой головного мозга

**При проведении АСКППЭ в отношении потерпевшей Д. преимущественно оценивалась её способность**

- осознавать фактический характер и общественную опасность действий преступника и руководить своими действиями
- понимать значение своих действий, их последствия, руководить ими и оказывать сопротивление
- правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания
- понимать характер и значение своих действий и совершенных в отношении неё противоправных действий

**Нарушение способности потерпевшей Д. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания в начале острого периода ЧМТ в наибольшей степени определялось**

- амнестико-конфабуляторным синдромом
- ундулирующим сознанием
- мнестико-интеллектуальным дефицитом
- синдромом помрачения сознания

**Способность Д. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания к моменту проведения АСКППЭ**

- амнестико-конфабуляторным синдромом
- ундулирующим сознанием

- мнестико-интеллектуальным дефицитом
- синдромом помрачения сознания

### **Дополнительная информация**

Экспертная комиссия пришла к заключению, что Д. до случившегося психическим расстройством не страдала. В результате совершения в отношении нее противоправных действий, повлекших тяжелую черепно-мозговую травму с явлениями ушиба головного мозга, осложненную переломом костей черепа, субарахноидальным кровоизлиянием и геморрагическим шоком, что сопровождалось ундулирующим сознанием с последующими явлениями стойкой ретро-антероградной амнезии.

### **В настоящее время у Д. отмечают**

- другие органические расстройства личности и поведения в связи с травмой головного мозга (F07.80 по МКБ-10), что ограничивает её способность полностью воспроизводить действия обвиняемого, но не лишает способности в целом правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать об этом показания
- неуточненные непсихотические расстройства в связи с травмой головного мозга ( F06.920 по МКБ – 10) и при отсутствии психотической симптоматики, но неоднозначной клинической картине проявлений последствий черепно-мозговой травмы в целом она могла в период следствия и может в настоящее время правильно воспринимать лишь внешнюю сторону обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела, и давать об этом показания
- неуточненные психические расстройства в связи с травмой головного (F06.990 по МКБ – 10) и в связи с полиморфностью психических расстройств после полученной в криминальной ситуации травмы головы, относительно небольшим периодом врачебного наблюдения и неоднозначностью сообщенных ею сведений о случившемся на различных этапах юридически значимой ситуации не представляется возможным дифференцированно оценить возникшие у нее изменения психики и решить вопрос о способности Д. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания
- другие непсихотические расстройства в связи с травмой головного мозга (F06.820 по МКБ – 10) и при отсутствии у нее какой-либо психотической симптоматики, выраженных интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых нарушений она могла в период следствия и может в настоящее время правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания

### **Наиболее неблагоприятным исходом черепно-мозговой травмы является**

- транзиторная глобальная амнезия
- эпилептическая болезнь
- амнестическая спутанность
- травматическая деменция

### **Развившаяся вследствие ЧМТ конградная амнезия характеризуется**

- транзиторная глобальная амнезия
- эпилептическая болезнь
- амнестическая спутанность
- травматическая деменция

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Потерпевший В., 26 лет, в уголовном деле по обвинению Е. в грабеже.

Амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (АКСППЭ).

### **Жалобы**

на \* ощущение внутреннего напряжения, \* неприятные воспоминания об отмечавшемся в течение 10 месяцев после травмы головы «мрачного» настроения, «голосов» Е. и его друзей, которые «слышал в разных местах», \* невозможность « полностью отгородиться» от случившегося.

### **Анамнез заболевания**

За год до поступления на АКСППЭ, во время деловой встречи с Е. у себя дома они употребляли алкогольные напитки, выходили курить на лестничную площадку. Поднимаясь к себе в квартиру, В. неожиданно почувствовал сильный удар по затылку и шее, потерял сознание, « очнулся» на раскладушке в квартире соседа, обнаружив пропажу денег и личных вещей. В тот же день он написал об этом заявление в полицию и обратился в приемный покой городской больницы, где сообщил те же сведения, помимо ушибов мягких тканей головы у него было выявлено сотрясение головного мозга, но от госпитализации он отказался. В течение месяца находился дома на постельном режиме; при осмотре неврологом в динамике констатировалась нивелировка общемозговых расстройств с формированием церебрастенического синдрома в сочетании с резидуальной неврологической посттравматической симптоматикой. Наряду с этим, спустя неделю после случившегося В. стал жаловаться на плохое настроение, тревогу, страх за свою жизнь, «стуки и звуки» за дверью квартиры, в связи с чем неоднократно вызывал сотрудников полиции; «различал» голос Е. в разговорах окружающих, требовал врачебных посещений на дому, т.к. по

дороге в поликлинику Е. «часто попадает на глаза». При общении с членами семьи В. был подавленный, мрачный, заявлял, что «под окнами бродят подозрительные люди», «узнавал» среди них Е. От консультации психиатра В. отказывался. Через 6 месяцев после случившегося В. совершил суицидальную попытку, употребив 7 упаковок транквилизаторов. После реанимационных мероприятий в стационаре отказался от лечения и был выписан с диагнозом: «Реактивное состояние у психопатической личности. Суицид». Через 3 недели после выписки на допросе подтвердил сведения своего первоначального заявления, но категорически отказался от очной ставки с Е., «опасаясь мести». Спустя 2 месяца после указанного допроса дал аналогичные показания, но о нанесении ударов Е. высказался предположительно, т.к. «кроме Е. никого не было». По настоянию жены в течение 2-х недель лечился в психиатрическом стационаре с положительной динамикой, диагноз: «Последствия черепно-мозговой травмы у акцентуированной личности». До направления на АКСППЭ в Центр им. В.П. Сербского более не госпитализировался.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена. \* Родился в срок, в развитии от сверстников не отставал, но рос физически ослабленным вследствие соматических заболеваний. \* С детства отличался впечатлительностью, робостью, неуверенностью в себе; плаксивостью и раздражительностью в конфликтных ситуациях. При повышенных нагрузках подолгу испытывал чувство усталости, нарушался сон. \* Закончил 11 классов общеобразовательной школы, получил ограничение к службе в ВС в связи с соматическим заболеванием (патология ЖКТ). Поочередно поступал в несколько ВУЗов, но ни один не закончил, т.к. «разочаровывался». \* Работал заместителем гендиректора рекламной компании. \* В ходе возникавших временами внутрисемейных конфликтов с женой легко раздражался, кричал, после чего в течение нескольких дней был подавленным, прибегал к употреблению алкогольных напитков, но ни к психиатру, ни к наркологу не обращался.

### **Объективный статус**

\* Психическое состояние. \* Сознание не помрачено, полностью ориентирован в месте, времени и собственной личности. Выражение лица недовольное, ворчит, что «надоело одно и то же повторять сто раз», но в целом беседует с готовностью, мимика и интонации соответствуют обсуждаемым темам. Сообщает подробности своих переживаний в течение практически 10 месяцев после случившегося, в том числе об обманах восприятия. Высказывает удивление по этому поводу, т.к. «никогда не думал, что побуду психом». Склонен к реакциям самовзвинчивания, фон настроения в целом ровный. Нарушений памяти не выявлено. Интеллектуальный уровень не снижен,

соответствует полученному образованию, социальному окружению. Мышление последовательное, несколько обстоятельное, некоторые суждения поверхностные, облегченные. Психотической симптоматики не выявлено. Критическая оценка своего состояния и положения в сложившейся ситуации сохранена. \*Соматическое состояние.\* Правильного телосложения, удовлетворительного питания тканей. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. По внутренним органам – без физикально определяемой патологии, по медицинской документации – дискинезия желчевыводящих путей. \*Неврологическое состояние.\* Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. По заключению невролога-консультанта – последствия перенесенной черепно - мозговой травмы (сотрясения головного мозга). На ЭЭГ – легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. \*Экспериментально-психологическое исследование.\* Нарушений познавательной деятельности не выявлено. Личностные особенности характеризуются некоторой тревожностью, внутренней напряженностью, повышенной чувствительностью, ранимостью, склонностью к фиксации на отрицательно окрашенных переживаниях с их последующей переработкой, тенденцией к построению собственных суждений.

**В соответствии с МКБ–10 у В. в остром и подостром (реконвалесценции) периодах ЧМТ отмечалось**

- непсихотическое биполярное расстройство в связи с травмой головного мозга
- психотическое смешанное расстройство в связи с травмой головного мозга
- непсихотическое депрессивное расстройство в связи с травмой головного мозга
- психотическое депрессивное расстройство в связи с травмой головного мозга

**Выявленное у М. психическое расстройство соответствует рубрике МКБ - 10**

- непсихотическое биполярное расстройство в связи с травмой головного мозга
- психотическое смешанное расстройство в связи с травмой головного мозга
- непсихотическое депрессивное расстройство в связи с травмой головного мозга
- психотическое депрессивное расстройство в связи с травмой головного мозга

## **Диагноз**

**Отмеченные у В. в остром периоде ЧМТ жалобы на «стуки и звуки» за дверью квартиры, «различение голоса» обвиняемого в разговорах окружающих квалифицируются как**

- иллюзорные расстройства
- дереализационные расстройства
- симулятивные нарушения
- слуховые галлюцинации

**Отмеченные у В. в остром периоде ЧМТ высказывания о «подозрительных людях вокруг», страх за свою жизнь, тревогу по МКБ-10 синдромально соответствуют**

- органическому мозговому синдрому
- диссоциативному расстройству
- посткоммоционному синдрому
- параноидному состоянию

**Отмеченные у В. при экспериментально-психологическом исследовании некоторая тревожность, внутренняя напряженность, повышенная чувствительность, ранимость, склонность к фиксации на отрицательно окрашенных переживаниях с их последующей переработкой, тенденция к построению собственных суждений соответствуют**

- личностным особенностям
- проявлениям психастенического радикала
- косвенным указаниям на наличие скрытых депрессивных проявлений
- указаниям на тревожные расстройства

**Дифференциальный диагноз выявленного у потерпевшего В. в остром и реконвалесценции периодах ЧМТ психотического депрессивного расстройства в связи с травмой головного мозга проводился преимущественно с**

- непсихотическим депрессивным расстройством в связи с травмой головного мозга
- непсихотическим смешанным расстройством в связи с травмой головного мозга
- психотическим смешанным расстройством в связи с травмой головного мозга
- неуточненным органическим расстройством личности и поведения в связи с травмой головного мозга



**При проведении АСКППЭ в отношении потерпевшего В. преимущественно оценивалась его способность**

- понимать характер и значение совершенных в отношении него противоправных действий и оказывать сопротивление
- адекватно оценивать и воспроизводить действия преступника и свои действия и руководить своими действиями
- правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания
- осознавать значение своих действий, общественную опасность действий преступника и прогнозировать их последствия

**На способность потерпевшего В. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания в периодах остром и реконвалесценции ЧМТ в наибольшей степени влияло**

- аутоагрессивное поведение
- тревожно-депрессивное состояние
- параноидное состояние
- сверхценное отношение к совершению в отношении него противоправных действий

**Способность В. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания**

- была утрачена в период суицидального поведения
- была нарушена в период лечения в психиатрическом стационаре
- менялась в период следствия
- не менялась в период следствия

**Экспертная комиссия пришла к заключению, что В. до случившегося психическим расстройством не страдал и не страдает на момент обследования, может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания. После совершения в отношении него противоправных действий, сопровождавшихся причинением телесных повреждений в виде черепно-мозговой травмы (сотрясение головного мозга), у В., имеющим определенные личностные особенности, в остром периоде ЧМТ на фоне субъективно значимой психотравмирующей ситуации (факт нападения, следственные действия) возникло и отмечалось в период реконвалесценции ЧМТ**

- непсихотическое депрессивное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.360 по МКБ-10), что ограничивало в период следствия и

ограничивает в настоящее время его способность правильно воспринимать и обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания; рекомендуется повторное освидетельствование по улучшении психического состояния

- психотическое депрессивное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.320 по МКБ-10), в связи с чем в начале следствия он не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания
- психотическое смешанное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.330 по МКБ 10), что лишало его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, на всех этапах юридически значимой ситуации
- неуточненное органическое расстройство личности и поведения в связи с травмой головного мозга ( F07.90 по МКБ-10) и связи с неоднозначностью клинической картины указанных проявлений и недостаточными данными о степени редукции указанного расстройства не представляется возможным оценить его способность в период следствия правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания

**Отмечающиеся у потерпевшего в остром периоде ЧМТ после восстановления речевого контакта фиксационной и ретроградной амнезии, конфабуляций, эйфории, анозогнозии квалифицируются как**

- амнестико-конфабуляторный синдром
- синдром нарушенного сознания
- полиморфное психотическое расстройство
- амнестическая спутанность

**В ранних периодах тяжелой ЧМТ с внутричерепными кровоизлияниями нередко отмечается**

- амнестико-конфабуляторный синдром
- синдром нарушенного сознания
- полиморфное психотическое расстройство
- амнестическая спутанность

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Потерпевшая С., 18 лет, в уголовном деле по обвинению группы лиц в попытке изнасилования. Амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (АКСППЭ).

## **Жалобы**

на \* невозможность продуктивного контакта, \* несвязную неразборчивую речь, \* выраженную истощаемость, \* безэмоциональность, \* пассивность.

## **Анамнез заболевания**

За 7 месяцев до поступления на АКСППЭ вместе с сокурсниками праздновала окончание 1 курса ВУЗа в квартире одного из них. С. алкогольные напитки не употребляла. Трое малознакомых сокурсников, находясь в состоянии алкогольного опьянения, совершили попытку изнасилования С. и её подруги, при этом несколько раз ударив девушек по голове. Пытаясь вырваться, С. упала и ударилась головой о мебель, но сознание не теряла, испытывала кратковременную сильную головную боль, головокружение с ощущением «мушек» перед глазами. При осмотре неврологом поликлиники на следующий день констатировалось сотрясение головного мозга легкой степени, рекомендовалось амбулаторное наблюдение и ограничительный режим в течение недели. Допрошенная дважды в течение месяца после случившегося, С. подробно рассказала о всех событиях криминальной ситуации, в том числе о поведении каждого обвиняемого. Сами же обвиняемые категорически отрицали совершение ими противоправных действий; другая потерпевшая утверждала, что «ребята просто пошутили, решили напугать». На 36-й день после случившегося С., находясь дома, неожиданно потеряла сознание. В стационаре, куда она была госпитализирована по неотложной помощи, у нее было выявлено острое нарушение мозгового кровообращения вследствие декомпенсации сосудистой мальформации мозолистого тела (врожденной патологии, не имевшей ранее клинических проявлений). В течение 3-х недель С. находилась в коме. В дальнейшем 4 месяца проходила реабилитационные курсы лечения в связи с моторной афазией, выраженным тетрапарезом. На КТ головного мозга определялись обширные участки необратимых изменений. В заключении проведенной ей спустя 5 месяцев после случившегося судебно-медицинской экспертизы указывалось, помимо прочего, на травму головы как причину декомпенсации сосудистой мальформации. Устанавливалась 1 гр. инвалидности по общему заболеванию.

## **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена. С. – единственный ребенок в семье, родилась в срок, развивалась своевременно, болела редко. \* Росла психически здоровым ребенком, была активной, общительной, увлекалась легкой атлетикой. \* Успешно закончила 11 классов и поступила на 1-й курс гуманитарного ВУЗа.

## **Объективный статус**

\* Психическое состояние. \* Доставлена в кресле-каталке, самостоятельно может

лишь стоять с поддержкой, но не передвигается. Продуктивному контакту малодоступна. Речь несвязная, с трудом произносит отдельные слова, часто мычит. Не может назвать дату, время года, адрес проживания; невнятно лишь называет свое имя. Мимические проявления отражают её ощущения – морщит лоб и держится за голову, кивая на вопрос, болит ли голова и пр. По ходу осмотра быстро устает, пытается лечь. На уговоры еще немного побыть с врачами выражение лица становится недовольным, злобным. Но при обращении присутствующей матери становится спокойнее, выражение лица – доброжелательнее. Неспособна сообщить о себе какие-либо сведения. При попытках расспроса о случившемся с недоумением смотрит на врачей, ничего не сообщая. Мышление руинировано. Интеллект, память, критические способности грубо нарушены. Эмоционально нивелирована, мимикой обнаруживает реакции раздражения или благодушия. Волевые побуждения отсутствуют. Выражена истощаемость. Обманов восприятия мимикой и поведением не обнаруживает. \*Соматическое состояние.\* Диспластична, несколько повышенного питания тканей. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. По внутренним органам – без физикально определяемой патологии. \*Неврологическое состояние.\* По заключению невролога-консультанта – остаточные явления перенесенной черепно-мозговой травмы (сотрясения головного мозга) с декомпенсацией сосудистой мальформации мозолистого тела с выраженной моторной афазии и нижним парапарезом. На ЭЭГ – грубые диффузные изменения биоэлектрической активности подкорковых структур головного мозга со снижением порога судорожной готовности в затылочной области. \*Экспериментально-психологическое исследование.\* Выявлены выраженные признаки органического патопсихологического симптомокомплекса – возможности познавательной целенаправленной деятельности практически отсутствуют, мнестические функции грубо нарушены. Эмоциональные проявления на примитивном уровне. Нарушена структура личности.

**В соответствии с МКБ-10 у П. выявляется**

- деменция в связи с травмой головного мозга
- органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга
- смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция
- неуточненное органическое расстройство личности и поведения в связи с травмой головного мозга

**Выявленное у С. психическое расстройство соответствует рубрике МКБ - 10**

- деменция в связи с травмой головного мозга
- органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга

- смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция
- неуточненное органическое расстройство личности и поведения в связи с травмой головного мозга

## **Диагноз**

### **При травматической деменции у С. наиболее выражен**

- амнестико-конфабуляторный синдром
- когнитивный дефицит
- индивидуально-личностный регресс
- галлюцинаторно-параноидный синдром

### **Мнестические нарушения у С. после полученной травмы головы квалифицируются, как**

- ретро-антероградная амнезия
- корсаковский синдром
- тотальная амнезия
- амнестическая спутанность

### **Травматическая деменция у С. не сопровождается**

- психопатоподобными расстройствами
- клинически очерченными нарушениями сознания
- психотическими расстройствами
- полиморфными пароксизмальными состояниями

### **Дифференциальный диагноз выявленного у потерпевшей С. психического расстройства в виде деменции в связи с травмой головного мозга проводился преимущественно с**

- органическим амнестическим синдромом в связи с травмой головного мозга
- деменцией в связи со смешанными заболеваниями
- сосудистой деменцией
- деменцией в связи с неуточненными заболеваниями

### **При проведении АСКППЭ в отношении потерпевшей С. преимущественно оценивалась её способность**

- понимать характер и значение совершенных в отношении него противоправных действий и оказывать сопротивление

- осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, оценивать общественную опасность действий преступника
- понимать значение своих действий, руководить ими, прогнозировать последствия своих действий и действий преступника
- правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания

**На способность потерпевшей С. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания в наибольшей степени влияет**

- стойкая моторная афазия
- эмоциональная нивелировка
- стойкое интеллектуальное снижение
- тотальная амнезия

**Способность С. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания**

- стойкая моторная афазия
- эмоциональная нивелировка
- стойкое интеллектуальное снижение
- тотальная амнезия

**Дополнительная информация**

Экспертная комиссия пришла к заключению, что С. до случившегося психическим расстройством не страдала. После совершения в отношении неё противоправных действий, повлекших черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга легкой степени), не сопровождавшуюся клинически очерченным периодом утраты сознания, выраженной общемозговой симптоматикой, не повлекшей каких-либо психических нарушений она могла при допросе в период следствия (дата) правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания. В дальнейшем полученная С. в криминальной ситуации ЧМТ спровоцировала манифестацию врожденной патологии (сосудистая мальформация мозолистого тела), что повлекло мозговую катастрофу с выраженными неврологическими и психическими нарушениями, обусловивших ее полную инвалидизацию.

**В настоящее время у С. отмечается психическое расстройство**

- неуточненное органическое расстройство личности и поведения в связи с травмой головного мозга ( F07.990 по МКБ-10), и в связи с полиморфностью клинической картины психопатологических проявлений, косвенных указаний на сохранность отдельных сторон

психики не представляется возможным оценить её способность на момент обследования правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания. При улучшении психического состояния рекомендуется повторное комплексное судебно-психолого-психиатрическое освидетельствование

- деменция в связи со смешанными заболеваниями (F02.808 по МКБ-10), и она не может в настоящее время правильно воспринимать и воспроизводить актуальные обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, понимать характер и значение совершенных в отношении неё противоправных действий, анализировать и оценивать действия обвиняемых, участвовать в судебных заседаниях и подавать иск о возмещении морального вреда
- деменция в связи с травмой головного мозга (F02.800 по МКБ-10) и, учитывая грубые интеллектуально-мнестические и эмоционально-волевые нарушения с утратой критических и прогностических способностей в сочетании со стойкой моторной афазией она не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания
- сосудистая деменция с острым началом (F01.0 по МКБ 10), что препятствует её способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания. Однако, учитывая возраст потерпевшей (18 лет) и, соответственно, биологически обусловленные возможности восстановления высших психических функций, после курсов восстановительной терапии рекомендуется проведение повторной АСКППЭ

**При ЧМТ, нередко с правосторонним гемипарезом, на выходе из кратковременной комы или после регресса после длительной комы, как правило, отмечается**

- тревожно-тоскливая депрессия
- эйфория с расторможенностью
- дереализационно-деперсонализационное состояние
- речевая спутанность

**При ЧМТ любой степени тяжести у больных синдромом зависимости от алкоголя на 3-4-й день после травмы вне запоя наиболее часто возникает**

- тревожно-тоскливая депрессия
- эйфория с расторможенностью
- дереализационно-деперсонализационное состояние
- речевая спутанность

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Потерпевшая М., 40 лет, в уголовном деле по обвинению Б. в изнасиловании. Амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (АКСППЭ).

## **Жалобы**

на \* постоянную тревогу, \* «навязчивые воспоминания» о нападении, \* беспокойный сон, \* «неважное» настроение со склонностью к слезливости, \* периодические головные боли, \* головокружение, \* повышенную утомляемость.

## **Анамнез заболевания**

За 3 месяца до поступления на АКСППЭ, возвращаясь домой около 23-х часов, М. подверглась нападению находившегося в состоянии алкогольного опьянения Б., который её избил, ударил головой о стену и совершил насильственный половой акт. На следующий день М. была проведена судебно-медицинская экспертиза, где были зафиксированы побои и общемозговая симптоматика (сильная головная боль, тошнота, головокружение). Предварительно устанавливался диагноз: «Сотрясение головного мозга». М. в тот период сообщила врачам, что сознание не теряла, лишь несколько раз «темнело в глазах и появлялись мушки». В последующие двое суток у М. нарастала общемозговая симптоматика, она была заторможенной, адинамичной, но сообщила вызванному на дом врачу поликлиники, что на неё напал неизвестный и изнасиловал. На 4-е сутки после случившегося М. была госпитализирована в неврологическое отделение городской больницы, где помимо вышеуказанных проявлений у нее отмечалась шаткая походка, светобоязнь, определялась очаговая неврологическая симптоматика. Диагноз: «Закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга. Субарахноидальное кровоизлияние». На фоне консервативного лечения общемозговая симптоматика у М. постепенно регрессировала, но она стала тревожной, слезливой, временами подавленной, нарушился сон, испытывала чувство страха «повторного нападения». Через месяц была выписана на амбулаторное долечивание под наблюдение невролога, но сохранялись тревога, пониженное настроение, избегала привычных социальных контактов. В течение следующего месяца после выписки из больницы М. неоднократно вызывалась на допросы, давала в целом одинаковые показания о случившемся, на запоминание событий не ссылалась, однако беседовала неохотно, поясняя, что воспоминания о нападении вызывают «сильные переживания». На фоне повторных допросов и очных ставок с обвиняемым у М. нарастала тревога, стойко пониженное настроение, возобновилась бессонница с появлением кошмарных сновидений, усилились головные боли, участились



головокружения, в связи с чем она прошла курс стационарного лечения в санаторном отделении психиатрической больницы в течение 3-х недель. После выписки из больницы была направлена на АСКППЭ в Центр им. В.П. Сербского.

### **Анамнез жизни**

\* Данных о психических заболеваниях среди родственников нет. + \* Известно, что М. родилась в срок, росла психически здоровой, хорошо адаптировалась в кругу сверстников, в том числе в детском дошкольном учреждении. + \* Закончила массовую школу и медицинский колледж, работала медсестрой в поликлинике. + \* В возрасте 20 лет в бытовых условиях получила черепно-мозговую травму с кратковременной потерей сознания, в течение 3-х недель лечилась стационарно по поводу сотрясения головного мозга. + \* В дальнейшем долечивалась амбулаторно, но продолжительное время продолжали беспокоить головные боли, появилась склонность к повышению артериального давления, диагностировалась вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу. + \* По сведениям родственников М. отличалась повышенной впечатлительностью, была пугливой, «гиперответственно» относилась к работе. + \* Психиатром и наркологом не наблюдалась.

### **Объективный статус**

\*Психическое состояние.\* Сознание не помрачено, полностью ориентирована в месте, времени и собственной личности. Выражение лица тревожное, но в целом мимика и интонации живые, выразительные, соответствуют обсуждаемым темам. Охотно беседует, ищет помощи, сочувствия. Подробно рассказывает о своих жалобах. Отмечает, что сих пор не может «прийти в себя», настроение «так себе», находится в «постоянной тревоге», часто «прокручивает в голове» все события криминальной ситуации, хотя после того как обвиняемый был взят под стражу, стало «легче, спокойнее». При расспросе о случившемся вначале начинает плакать, но быстро успокаивается, сетует, что никогда даже представить себе не могла такой ситуации. Клинически очерченных нарушений памяти не выявлено. Интеллектуальный уровень не снижен, соответствует полученному образованию, социальному окружению. Мышление последовательное, логика суждений сохранена. Тревожна, настроение ситуационно несколько понижено, склонна к слезливым реакциям. К концу беседы выглядит уставшей. Психотической симптоматики не выявлено. Критическая оценка своего состояния и положения в сложившейся ситуации сохранена. \*Соматическое состояние.\* Правильного телосложения, удовлетворительного питания тканей. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. По внутренним органам – без физикально определяемой патологии, по медицинской документации – вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу. \*Неврологическое состояние.\* Определяется резидуальная неврологическая симптоматика. По заключению невролога-

консультанта – последствия перенесенной черепно - мозговой травмы (ушиба головного мозга). На ЭЭГ – незначительные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, вероятно травматического генеза. \*Экспериментально-психологическое исследование.\* Познавательная деятельность без нарушений. При усложнении экспериментального материала отмечаются колебания работоспособности и внимания. Выявляются личностные особенности в виде нерешительности, легкой ранимости, тревожности, некоторой напряженности, фиксации на психотравмирующей ситуации.

**В соответствии с МКБ-10 у М. выявляется**

- непсихотическое депрессивное расстройство в связи с травмой головного мозга
- органическое тревожное расстройство в связи с травмой головного мозга
- непсихотическое смешанное расстройство в связи с травмой головного мозга
- эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в связи с травмой головного мозга

**Выявленное у М. психическое расстройство соответствует рубрике МКБ-10**

- непсихотическое депрессивное расстройство в связи с травмой головного мозга
- органическое тревожное расстройство в связи с травмой головного мозга
- непсихотическое смешанное расстройство в связи с травмой головного мозга
- эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в связи с травмой головного мозга

**Диагноз**

**Отмеченные у М. в остром периоде ЧМТ заторможенность, адинамия, шаткая походка, светобоязнь квалифицируются как**

- полиморфные психотические расстройства
- волнообразные нарушения сознания
- общемозговые расстройства
- церебрастенические расстройства

**Отмеченные у М. жалобы на постоянную тревогу, «навязчивые воспоминания» о нападении, беспокойный сон, «неважное» настроение со склонностью к слезливости по МКБ-10 синдромально соответствуют**

- эмоционально-лабильному состоянию

- паническому состоянию
- тревожному состоянию
- диссоциативному расстройству

**Отмеченные у М. при экспериментально-психологическом исследовании нерешительность, легкая ранимость, тревожность, некоторая напряженность, фиксация на психотравмирующей ситуации соответствуют**

- проявлениям нарушений в эмоционально-волевой сфере
- указаниям на личностные расстройства
- личностным особенностям
- нарушениям способности ориентироваться в практических, житейских ситуациях

**Дифференциальный диагноз выявленного у потерпевшей М. органического тревожного расстройства в связи с травмой головного мозга проводился преимущественно с**

- непсихотическим смешанным расстройством в связи с травмой головного мозга
- органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством в связи с травмой головного мозга
- органическим диссоциативным расстройством в связи с травмой головного мозга
- непсихотическим депрессивным расстройством в связи с травмой головного мозга

**При проведении АСКППЭ в отношении потерпевшей М. преимущественно оценивалась её способность**

- осознавать значение своих действий, действий преступника, анализировать их и прогнозировать последствия
- осознавать фактический характер и общественную опасность действий преступника и руководить своими действиями
- правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания
- понимать характер и значение совершенных в отношении неё противоправных действий и оказывать сопротивление

**На способность потерпевшей М. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания в наибольшей степени влияет**

- тревожное состояние

- церебрастенический симптомокомплекс
- колебание работоспособности и внимания
- фиксация на психотравмирующей ситуации

**Способность М. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания**

- периодически менялась в период следствия
- была нарушена в период лечения в психиатрическом стационаре
- была утрачена с момента возникновения органического тревожного расстройства
- не менялась в период следствия

**Экспертная комиссия пришла к заключению, что М. до случившегося психическим расстройством не страдала. После совершения в отношении неё противоправных действий, сопровождавшихся причинением телесных повреждений в виде черепно-мозговой травмы (ушиб головного мозга с субарахноидальным кровоизлиянием), у М. в остром периоде ЧМТ на фоне субъективно значимой психотравмирующей ситуации (факт нападения с изнасилованием, следственные действия, в том числе с участием обвиняемого) возникло и отмечается на момент АСКППЭ**

- органическое диссоциативное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.50 по МКБ-10) и связи с субъективным восприятием и индивидуальной трактовкой событий криминальной ситуации она не могла в период следствия накануне госпитализации в психиатрический стационар и в дальнейшем правильно воспринимать и анализировать актуальные обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания
- органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.60 по МКБ 10), что в целом не лишало её способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, однако в связи с явлениями колебаний работоспособности и внимания, фиксации на психотравмирующей ситуации она может правильно воспринимать внешнюю, фактическую сторону обстоятельств, периода совершения в отношении неё противоправных действий и давать об этом показания
- органическое тревожное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.40 по МКБ-10), что не препятствовало в период следствия и не препятствует в настоящее время (АСКППЭ) её способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания
- непсихотическое депрессивное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.360 по МКБ-10), что ограничивало в период следствия и

ограничивает в настоящее время её способность правильно воспринимать и воспроизводить актуальные обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания; рекомендуется повторное освидетельствование по улучшении психического состояния

**По мере редуцирования общемозговых явлений и расстройств сознания в остром периоде и на этапе реконвалесценции ведущее значение приобретает**

- синдром мнестических нарушений
- ипохондрический синдром
- синдром аффективных расстройств
- астенический синдром

**После ЧМТ, полученной в годы Великой Отечественной войны, нередко развивался**

- синдром мнестических нарушений
- ипохондрический синдром
- синдром аффективных расстройств
- астенический синдром

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Потерпевший П., 24 лет, в уголовном деле по обвинению группы лиц в причинении вреда здоровью. Амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (АКСППЭ).

### **Жалобы**

на \* частые головные боли интенсивного характера, \* головокружения, \* повышенную утомляемость, \* ухудшение памяти и сообразительности, \* повышенную раздражительность с «приступами ярости» и последующей слезливостью, \* трудности произношения, \* невозможность самостоятельного передвижения («отказали ноги»).

### **Анамнез заболевания**

За 8 месяцев до поступления на АКСППЭ, возвращаясь домой из ВУЗа, был подвергнут нападению группы молодых людей с целью ограбления. Оказавший сопротивление, П. был жестоко избит, в том числе ему нанесли несколько ударов арматурным прутком по голове. В тот же день П. поступил в нейрохирургическое отделение городской больницы, находился в коме. Поставлен диагноз: «Сочетанная травма: ЗЧМТ с множественными оскольчатыми переломами костей черепа, ушиб головного мозга

субарахноидальным кровоизлиянием. Переломы ребер. Тупая травма живота с разрывом селезенки и массивным внутренним кровотечением.

Геморрагический шок 2 ст. Множественные ушибы мягких тканей.» После соответствующего комплексного оперативного вмешательства П. в течение месяца находился в реанимационном отделении, в течение 3-х недель констатировалась кома. В дальнейшем в период лечения в травматологическом отделении в течение 2-х месяцев был вял, заторможен, адинамичен, на простые вопросы отвечал кивком головы; отмечалась моторная афазия, нарушение функций тазовых органов, тетрапарез. Из больницы был переведен в загородный реабилитационный центр, где находился в течение полутора месяцев. В тот период, через 4 месяца после случившегося, был впервые допрошен. Сообщил лишь, что его «долго били какие-то парни, сильно болела голова, больше ничего не помню». До поступления на АКСППЭ в Центр им. В.П. Сербского более не допрашивался. После выписки из реабилитационного центра наблюдался неврологом по месту жительства. Устанавливалась 1 гр. инвалидности по общему заболеванию.

### **Анамнез жизни**

\* У ближайших родственников П. каких-либо психических расстройств не отмечалось. П. – единственный ребенок в семье, родился в срок, развивался своевременно. Рос тихим, спокойным, много читал. \* Трудностей адаптации в кругу сверстников не отмечалось. \* Успешно закончил 11 классов математической школы, поступил на физико-математический факультет престижного ВУЗа. \* На момент случившегося обучался на 4-м курсе.

### **Объективный статус**

\* Психическое состояние. \* Доставлен в кресле-каталке, но может медленно передвигаться с опорой и посторонней помощью. Сознание не помрачено, полностью ориентирован в месте, времени и собственной личности. На вопросы отвечает с готовностью, но в замедленном темпе, отмечается нарушение произносительной функции речи. Порой просит повторить вопрос, т.к. «отвлекся», поясняет, что ему трудно «быстро думать». Мимика и интонации живые, выразительные, соответствуют обсуждаемым темам, порой на лице появляется страдальческое выражение, при этом ссылается на сильную головную боль. При перечислении своих жалоб и других необходимых сведений нередко обращается за помощью к сопровождающей его матери, выясняя, правильно ли он все сказал, не забыл ли чего. В свободном изложении сведения о себе сообщает кратко, подробности – лишь при уточняющих вопросах. При расспросе о случившемся сообщил, что в тот день был интересный семинар по проблемам теоретической физики, потом пошел в библиотеку, чтобы сразу, не откладывая, подобрать необходимую литературу, потом пошел домой пешком – «хотел пройтись». Верно описывает внешность

двух нападавших, установленных следствием. На повышенных интонациях говорит, что они «сломали ему жизнь». Со слезами на глазах неоднократно по ходу беседы повторяет, что «учиться уже не получится – здоровья нет». Мышление последовательное, но вязкое, обстоятельное. Интеллект и память снижены. Эмоционально неустойчив, слезлив, раздражителен. Астенизирован, к концу беседы выглядит заметно уставшим. Психотической симптоматики не выявлено. Критическая оценка своего состояния и положения в сложившейся ситуации снижена. \*Соматическое состояние.\* Правильного телосложения, несколько повышенного питания тканей. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. По данным медицинской документации – состояние после спленэктомии. \*Неврологическое состояние.\* По заключению невролога-консультанта – остаточные явления перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмы (ушиба головного мозга) с явлениями моторной афазии и нижним парапарезом. На ЭЭГ – выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга со снижением порога судорожной готовности. \*Экспериментально-психологическое исследование.\* Выявлено значительное снижение возможностей познавательной деятельности и мнестических функций. При усложнении заданий и по ходу эксперимента отмечаются выраженные колебания работоспособности, нарушения концентрации внимания, признаки утомляемости, эмоциональной лабильности у чувствительной, ранимой личности, склонной к внешнеобвиняющим формам реагирования.

#### **В соответствии с МКБ-10 у П. выявляется**

- расстройство личности в связи с травмой головного мозга
- непсихотическое смешанное расстройство в связи с травмой головного мозга
- эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи с травмой головного мозга
- неуточненное органическое расстройство личности и поведения в связи с травмой головного мозга

#### **Выявленное у Р. психическое расстройство соответствует рубрике МКБ - 10**

- расстройство личности в связи с травмой головного мозга
- непсихотическое смешанное расстройство в связи с травмой головного мозга
- эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи с травмой головного мозга
- неуточненное органическое расстройство личности и поведения в связи с травмой головного мозга

## **Диагноз**

**Наиболее характерным клиническим проявлением расстройства личности в связи с травмой головного мозга помимо когнитивного дефицита являются**

- галлюцинаторно-параноидные расстройства
- эмоционально-волевые нарушения
- депрессивно-бредовые расстройства
- полиморфные расстройства сознания

**Мнестические нарушения у П. после полученной травмы головы в виде запечатывания событий криминальной ситуации, сохранявшегося более 4-х месяцев после случившегося квалифицируются как**

- тотальный мнестический дефицит
- амнестико-конфабуляторный синдром
- ретро-антероградная амнезия
- фиксационно-ретроконградная амнезия

**Существенное влияние на взаимодействие П. с окружающими помимо изменений психики оказывает**

- моторная афазия
- выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга
- нижний парапарез
- снижение порога судорожной готовности

**Дифференциальный диагноз выявленного у потерпевшего П. расстройства личности в связи с травмой головного проводился преимущественно с**

- непсихотическим смешанным расстройством в связи с травмой головного мозга
- постконтузионным (посткоммоционным) синдромом
- легким когнитивным расстройством в связи с травмой головного мозга
- органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством в связи с травмой головного мозга

**При проведении АСКППЭ в отношении потерпевшего П. преимущественно оценивалась его способность**

- понимать характер и значение совершенных в отношении него противоправных действий и оказывать сопротивление



- понимать значение своих действий, руководить ими, прогнозировать последствия своих действий и действий преступника
- осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, оценивать общественную опасность действий преступника
- правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания

**На способность потерпевшего П. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания в наибольшей степени влияет**

- стойкое интеллектуальное снижение
- выраженная эмоциональная неустойчивость
- ретро-антероградная амнезия
- церебрастеническая симптоматика

**Способность П. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания**

- стойкое интеллектуальное снижение
- выраженная эмоциональная неустойчивость
- ретро-антероградная амнезия
- церебрастеническая симптоматика

**Дополнительная информация**

Экспертная комиссия пришла к заключению, что П. до случившегося психическим расстройством не страдал. После совершения в отношении него противоправных действий, повлекших в том числе тяжелую сочетанную черепно-мозговую травму, осложненную геморрагическим шоком П. в связи с выраженными изменениями психики, в том числе явлениями ретро-антероградской амнезии, не мог в период допроса (дата) правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания.

**В настоящее время у П. отмечается психическое расстройство**

- непсихотическое смешанное расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.370 по МКБ-10), он мог в период следствия и может в настоящее время правильно воспринимать и воспроизводить актуальные обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, понимать характер и значение совершенных в отношении него противоправных действий и оказывать сопротивление
- постконтузионный (посткоммоционный) синдром (F07.2 по МКБ 10), в целом он может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие

значение для уголовного дела, и давать показания, однако в связи с явлениями развившейся ретро-антероградной амнезии, препятствующей способности воспроизведения актуальных событий, он не может правильно воспринимать обстоятельства периода совершения в отношении него противоправных действий и не может давать об этом показания

- расстройство личности в связи с травмой головного мозга (F07.00 по МКБ-10) и, учитывая мнестико-интеллектуальные нарушения при частичной нивелировке явлений ретро-антероградной амнезии в настоящее время (АСКППЭ) он может правильно воспринимать внешнюю (фактическую) сторону обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела, и давать показания
- органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство в связи с травмой головного мозга ( F06.68 по МКБ-10), мог в период следствия и может в настоящее время правильно воспринимать и анализировать актуальные обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, осознавать фактический характер своих действий и руководить ими, не обнаруживает повышенной склонности к фантазированию

**При двустороннем поражении (ушибах) лобно-височных отделов мозга обычно наблюдается синдром**

- транзиторной глобальной амнезии
- эйфории с расторможенностью
- гневливой мании
- тоскливой депрессии

**В периодах реконвалесценции и отдаленных последствий ЧМТ у лиц с преморбидно усиленным вниманием к своему состоянию обычно наблюдается**

- транзиторной глобальной амнезии
- эйфории с расторможенностью
- гневливой мании
- тоскливой депрессии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 81 года поступила в геронтопсихиатрическое отделение.

## **Жалобы**

\* Периодические головные боли; \* головокружения; \* повышение артериального давления.

## **Анамнез заболевания**

\* Мать пациентки в позднем возрасте страдала слабоумием. \* Ухудшение памяти в течение 3-х лет. \* Забывала, куда положила свои вещи, обвиняла родных в их воровстве, приносила хлам с помойки, не понимала, где находится, терялась на улице. \* Трижды госпитализировалась в психиатрические стационары в связи с ухудшением психического состояния на фоне соматоневрологических декомпенсаций. \* Перед госпитализациями нарушался сон, становилась возбужденной, дезориентированной, не узнавала родственников, считала, что находится в полиции, пыталась куда-то уйти. \* Получала противодементную, антипсихотическую, нейрометаболическую терапию с положительным эффектом. \* Проживает с родственниками, полностью опекается ими, сохраняется индивидуальная адаптация.

## **Анамнез жизни**

\* Образование 7 классов. \* Пенсионерка по возрасту. \* Работала в сфере торговли. \* Была замужем, имеет двоих детей. \* Страдает артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, атеросклеротическим кардиосклерозом, сахарным диабетом 2 типа.

## **Объективный статус**

Психический статус: Полностью дезориентирована в месте и во времени. Свой возраст называет то 30, то 40 лет, при этом не смущается, шутит, говорит, что «боится прибавить себе лишних лет». Считает, что «приехала с работы», «с комбината бытовых услуг, где работает приемщицей заказов», в ее обязанности входит «прием заказов на уборку в квартирах, мытье полов, запись на курсы кройки и шитья», ее зарплата составляет 80 руб. Вчера на работе она «выписывала мытье полов и уборку в квартире» по «прейскуранту». Считает, что хлеб стоит 18 коп., «докторская» колбаса — 28 руб. Выглядит аккуратной, подтянутой, производит впечатление интеллектуально сохранного человека. Во время беседы доброжелательна, несколько эйфорична, улыбается, периодически к месту шутит. Речь грамматически правильная, модулированная, с хорошим словарным запасом речь, несколько ускоренная по темпу. Мимика и двигательная сфера оживлены, активно жестикулирует, несколько неусидчива, отвлекается на посторонние темы, с трудом сосредотачивается. Быстро понимает суть вопросов и отвечает по существу, улавливает нюансы беседы, следит за реакцией врача. Категорически отрицает сведения о своем пребывании в психиатрической больнице. Считает себя психически здоровой, «уравновешенной», расстройств памяти у себя не отмечает. По результатам

краткой шкалы оценки психического статуса у нее выявляется когнитивный профиль с преимущественным поражением памяти при относительной сохранности гнозиса, праксиса, речи, письма и чтения. Критика к состоянию отсутствует.

**Диагностика расстройства должна основываться, в первую очередь, на данных + + исследования**

- нейрофизиологического
- инструментального
- клинико-лабораторного
- экспериментально-психологического

**Для оценки когнитивных функций применяется**

- шкала Янга (YMRS)
- шкала Гамильтона
- тест \_Mini-mental state examination (MMSE)\_
- шкала Спилберга

**У пациентки можно предположить диагноз**

- шкала Янга (YMRS)
- шкала Гамильтона
- тест \_Mini-mental state examination (MMSE)\_
- шкала Спилберга

**Диагноз**

**Ведущим синдромом в клинической картине является**

- легкое когнитивное расстройство
- органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга
- органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройства
- органический амнестический синдром в связи со смешанными заболеваниями

**Ослабление памяти, снижение интеллекта, недержание аффекта являются диагностическими критериями + + синдрома**

- эпилептиформного
- психоорганического
- депрессивного
- астенического

**У пациентки имеет место + \_\_\_\_\_ + вариант психоорганического синдрома**

- астенический
- эйфорический
- эксплозивный
- апатический

**Нарушения памяти в данном клиническом наблюдении определяются как**

- парамнезии
- псевдореминесценции
- криптомнезии
- конфабуляции

**Пациентке в первую очередь рекомендовано назначение**

- антидепрессантов
- антипсихотиков
- препаратов холинергического и глутаматергического действия
- транквилизаторов

**Для коррекции проявления делирия (состояний спутанности) пациентке рекомендуется назначение**

- витаминов
- ангиопротекторов
- антипсихотиков
- ноотропов

**Нейрометаболические препараты не оказывают + \_\_\_\_\_ + действия**

- антипсихотического
- психостимулирующего
- мнемотропного
- ноотропного

**Данной пациентке помощь необходимо оказывать**

- стационарно
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- в условиях дневного стационара

## Распространенность деменции среди лиц старше 65 лет составляет +      + %

- стационарно
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- в условиях дневного стационара

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 75 лет обратилась за помощью к психиатру геронтопсихиатрического отделения.

### **Жалобы**

\* Головные боли в затылочной и лобной области, головокружения, метеочувствительность; \* повышение артериального давления; \* снижение слуха, особенно слева, шум в ушах и голове; \* «голоса» мужские и женские в правом ухе, возникающие на фоне шума в левом ухе; \* трудности засыпания, связанные с усилением «голосов» в вечернее и ночное время; \* эмоциональная лабильность, плаксивость, тревожность, связанные с появлением голосов, страх «сойти с ума»; \* расстройства внимания, трудности сосредоточения, забывчивость.

### **Анамнез заболевания**

\* Более 10 лет отмечает головокружения, подъемы артериального давления, головные боли. Наблюдается у терапевта и невролога с диагнозами: Гипертоническая болезнь. Дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 ст. \* Более 5 лет отмечает снижение слуха, особенно слева, шум и треск в ушах. \* Год назад впервые услышала на фоне шума в левом ухе и в голове неразборчивый мужской голос в правом ухе «как диктор говорит на телевидение». В дальнейшем к мужскому голосу присоединился женский. \* Проверяла источник голосов, закрывала уши, прислушивалась к разговорам соседей через стену, подходила к окну, выясняла, кто разговаривает на улице. \* Голоса возникали эпизодически, на фоне головных болей, шума в голове и в левом ухе, усиливались в вечернее и ночное время. \* Испытывала тревогу и страх, боялась, что «сошла с ума». \* В последнее время отмечаются расстройства внимания, трудности сосредоточения, забывчивость. \* Находится на пенсии по возрасту. Проживает одна. Полностью себя обслуживает. Социальная, бытовая, индивидуальная адаптация сохранены. \* Направлена на консультацию к психиатру неврологом после предъявления жалоб на голоса. \* Госпитализирована в геронтопсихиатрическое отделение. Получала ноотропы,

ангиопротекторы, витамины, нейротрофические, общеукрепляющие препараты с положительным эффектом.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена \* В течение жизни работала инженером на заводе \* К психиатрам ранее не обращалась \* Замужем не была \* На пенсии по возрасту \* Проживает одна

### **Объективный статус**

Психический статус: Сознание ясное. Ориентирована полностью в месте, времени, собственной личности. Жалуетесь на головные боли, чувство тяжести в области лба, головокружения, шум и свист в левом ухе, снижение слуха слева. Быстро истощается в процессе беседы. Вопросы переспрашивает из-за снижения слуха, отвечает по существу. Настроение снижено, тревожна, ипохондрична, плаксива. Переживает по поводу «голосов», которые слышала ранее. Фиксирована на этом. Боится, что «сошла с ума». Обстоятельна. Склонна к детализации. Отмечаются трудности сосредоточения, расстройства внимания. Память несколько снижена на прошлые и текущие события. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовых идей не высказывает. Критична к своему состоянию.

**Диагностика данного расстройства должна основываться, в первую очередь, на данных + \_\_\_\_\_ + исследования**

- нейрофизиологического
- клинико-лабораторного
- инструментального
- экспериментально-психологического

**Пациенту в рамках обследования необходимо назначить консультацию**

- отоларинголога
- офтальмолога
- терапевта
- эндокринолога

**Для выявления нарушений памяти при экспериментально-психологическом исследовании используются такие методики, как**

- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов
- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона

- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий
- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации

#### **У пациентки можно предположить диагноз**

- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов
- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона
- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий
- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации

#### **Диагноз**

#### **Ведущим синдромом в клинической картине является**

- вербальный (галлюциноз)
- паранойяльный
- галлюцинаторно-параноидный
- параноидный

#### **Ослабление памяти, расстройства внимания, трудности сосредоточения, эмоциональная лабильность являются проявлениями + \_\_\_\_\_ + синдрома**

- ипохондрического
- амнестического
- астенического
- депрессивного

#### **У пациента имеет место + \_\_\_\_\_ + вариант психорганического синдрома**

- эксплозивный
- апатический
- астенический
- эйфорический

#### **Для коррекции галлюцинаторных расстройств используются + \_\_\_\_\_ + препараты**

- нейрометаболические
- антидепрессивные



- нормотимические
- антипсихотические

**Антипсихотические препараты не оказывают +**

**+ действия**

- антидепрессивного
- анксиолитического
- ноотропного
- седативного

**Препарат рисперидон согласно классификации относится к антипсихотическим препаратам из группы**

- производных индола
- корректоров нарушений мозгового кровообращения
- нейропептидов и их аналогов
- общетонизирующих средств и адаптогенов

**Показатель заболеваемости на 100 000 населения органическими психозами в России составляет**

- 627,5
- 150,3
- 312,4
- 989,1

**Прогноз расстройства в данном случае можно оценить как**

- 627,5
- 150,3
- 312,4
- 989,1

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 64 лет обратилась за помощью к психиатру геронтопсихиатрического отделения.

### **Жалобы**

\* Нестерпимый зуд кожных покровов; \* наличие на коже и под кожей, во внутренних органах, в кишечнике, в голове микробов и паразитов; ощущение, что они шевелятся; \* наличие «стекляшек», выходящих с калом; \* заражение

микробами и паразитами всей квартиры, вещей, еды; \* нарушения сна; \* головные боли, головокружения, тошнота, слабость; \* эмоциональная лабильность, раздражительность, вспыльчивость, сниженное настроение; \* расстройства внимания, трудности сосредоточения, забывчивость.

### **Анамнез заболевания**

\* Длительное время страдает псориазом \* Наблюдается у терапевта с диагнозами: Гипертоническая болезнь; Атеросклероз сосудов головного мозга; Ишемическая болезнь сердца; Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз; Стенокардия напряжения; Сахарный диабет 2 типа. \* В течении десяти лет отмечает головокружения, подъемы артериального давления, головные боли. \* Пять лет назад впервые обратилась к психиатру с жалобами на нестерпимый зуд, связанный с паразитами, живущими под кожей. Вытаскивала их с помощью иголки, пинцета, постоянно мылась. \* Три года назад вновь обратилась к психиатру, так как видела повсюду микробов «палочек, колечек», из-за зуда почти не спала, настроение было снижено. \* Год назад на приеме у психиатра отмечала наличие микробов на всем теле, во внутренних органах и в голове. Считала, что заразила весь организм, постоянно терла себя мочалкой, выдергивала волосы на голове, считая и их зараженными; была уверена, что заразила дома все вещи, еду, отказывалась от пищи и лекарств. \* Направлена на консультацию психиатром ПНД.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена \* В течение жизни работала маляром на стройке \* К психиатру впервые обратилась в возрасте 59 лет \* Замужем не была \* На пенсии по возрасту \* Проживает одна

### **Объективный статус**

Психический статус: Правильно ориентирована в месте, времени и в собственной личности. Верно называет год, день недели, затрудняется назвать текущее число. Сообщает, что недавно находилась в психиатрической больнице. Выглядит значительно старше своего возраста. На вопросы отвечает в целом по существу. Жалуется на многочисленных «микробов» и «стекляшек» на теле и в пище, которые замучили ее. Сообщает, что чувствует «микробов» живущих под кожей, а также в животе. Говорит, что из-за «микробов» не может есть, так как видит их в пище. Сообщает, что от «микробов» ей помогает мазь «клотримазол», а также их становится меньше после лечения в психиатрической больнице. Настроение снижено. Мышление конкретное, обстоятельное, ригидное. Интеллектуальные функции снижены, отмечаются нарушения памяти с затруднениями воспроизведения. Критика к своему состоянию нарушена.

**Диагностика данного расстройства должна основываться, в первую очередь, на данных + + исследования**

- экспериментально-психологического
- инструментального
- нейрофизиологического
- клинико-лабораторного

**Пациенту в рамках обследования необходимо назначить консультацию**

- офтальмолога
- терапевта
- дерматолога
- эндокринолога

**Для выявления нарушений памяти при экспериментально-психологическом исследовании используются такие методики, как**

- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона
- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов
- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации
- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий

**У пациентки можно предположить диагноз**

- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона
- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов
- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации
- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий

**Диагноз**

**Ведущим синдромом в клинической картине является**

- галлюцинаторно-параноидный
- паранойяльный
- галлюциноз общего чувства
- параноидный

Ослабление памяти, расстройства внимания, трудности сосредоточения, эмоциональная лабильность являются проявлениями +  
синдрома

- депрессивного
- астенического
- ипохондрического
- амнестического

У пациента имеет место + + вариант психоорганического синдрома

- эксплозивный
- астенический
- эйфорический
- апатический

Для коррекции галлюцинаторных расстройств используются  
+ + препараты

- антипсихотические
- нейрометаболические
- нормотимические
- антидепрессивные

Антипсихотические препараты не оказывают + + действия

- анксиолитического
- ноотропного
- антидепрессивного
- седативного

Препарат рисперидон согласно классификации относится к  
антипсихотическим препаратам из группы производных

- бутирофенона
- фенотиазина
- индола
- тиоксантена

Показатель заболеваемости органическими психозами в России составляет  
+ на 100 000 населения

- 150,3

- 312,4
- 657,5
- 989,1

**Прогноз расстройства в данном случае можно оценить как**

- 150,3
- 312,4
- 657,5
- 989,1

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Г. 29 лет, обвиняется в нанесении тяжких телесных повреждений, повлекших по неосторожности смерть потерпевшего.

### **Жалобы**

Не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

\* Мать и младший брат покончили жизнь самоубийством. \* В подростковом возрасте «часто выпивал, нюхал лак, курил анашу» \* В 25 лет в связи с изменением психического состояния дважды был госпитализирован в ПБ. Психическое состояние характеризовалось отсутствием продуктивного контакта, аффективными нарушениями, элементами агрессии. Испытывал слуховые обманы восприятия, характер которых не раскрывал. Мышление оценивалось как паралогичное, высказывал бредовые идеи величия, критика к состоянию отсутствовала, коррекции не поддавался. Устанавливался диагноз: «Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года (F20.094)» \* В дальнейшем регулярно посещал ПНД, принимал лечение, сохранялся прежний диагноз (F20.094) \* Состоит на учете в НД с диагнозом «Хронический алкоголизм II стадии»

### **Анамнез жизни**

\* Рос активным, общительным, имел много друзей; \* в школе начал обучаться своевременно, успевал средне и хорошо, классы не дублировал, окончил 10 классов; \* службу в армии не проходил из-за соматических заболеваний (язва двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма); \* в течение жизни работал разнорабочим, грузчиком, на разных должностях на спиртзаводе (наливщик баллонов, машинист компрессорных установок), консьержем, упаковщиком на конфетной фабрике; \* ранее к уголовной ответственности не привлекался.

## **Объективный статус**

\* Речевому контакту доступен. В месте, времени и собственной личности ориентирован верно. Внешне опрятен. На беседу соглашается спокойно, охотно рассказывает о себе. Цель экспертизы понимает формально верно. Голос нормальной громкости, модуляции голоса в целом соответствуют динамике контакта. Мимика и жестикации в обычном диапазоне. Настроение ровное, иногда ближе к повышенному. На вопросы отвечает в плане заданного, многословно, оживленно описывая события жизни. Речь несколько ускорена по темпу, с напором, периодически носит характер монолога. Словарный запас небогат, часто использует штампы и слова-паразиты. \* Анамнестические сведения излагает очень подробно, с верной хронологической последовательностью. Вспоминает о ситуации постановки на учет в НД: примерно в 16-летнем возрасте выпил немного пива, сильно опьянел, мать вызвала милицию, а отдел по делам несовершеннолетних направил его в НД. С тех пор исправно там отмечался, хотя злоупотребление алкоголем или употребление наркотических веществ, за исключением очень редких эпизодов курения марихуаны, отрицает. \* Пространно, несколько спутанно, излагает обстоятельства помещения в стационар: «еще не выспался, не понимал, где нахожусь, сначала показалось, что всё мертвые, лежат с закрытыми глазами, потом сразу человек 10 проснулось». Убеждает, что соседи по палате «подсказали» ему пожаловаться на «голоса», что он и сделал (потому что «не понимал о чем речь, был неопытным»), хотя на самом деле галлюцинаторных переживаний не испытывал. Вспоминает также, что «толкнул» другого пациента с целью продлить пребывание в стационаре. В дальнейшем посещал ПНД, чтобы «отмечаться», проблем с психическим здоровьем за собой не наблюдал. \* Отмечает, что когда разрушились задние зубы, «пропали скуловые мышцы», что «как-то влияет на голову», и стало труднее сосредотачивать внимание. Стал принимать "кальций для зубов". Предполагает наличие проблем с кровообращением в мозге. Однако в другом контексте беседы отрицает какие-либо проблемы с работой мозга, утверждает, что «с головой все отлично». \* Инкриминируемое деяние не отрицает. Описывает ситуацию, активно жестикулируя. Описывает, что его «заколотило» от мысли о том, что ударил человека ножом, зашел в свою комнату, затем снова вышел в коридор, увидел кровь, от вида которой «в голове переключилось, и ноги сами понесли от этого места». \* Уверен, что должен быть наказан за совершенное преступление. За время пребывания в отделении поведение было ровным, упорядоченным, спокойным. Обманы восприятия на момент осмотра отрицает, своим поведением не выявляет. Мышление в небольшой степени ускорено по темпу, не всегда целенаправленное. Суждения несколько облегченные. Диапазон эмоциональных реакций однообразный, но в целом адекватный контексту

бесед. Критика к своему состоянию и судебно-следственной ситуации несколько снижена

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- 150,3
- 312,4
- 657,5
- 989,1

**Результаты обследования**

**Настоящее состояние подэкспертного соответствует синдрому**

- онейроидному
- депрессивному
- ипохондрическому
- Кандинского-Клерамбо

**Состояние подэкспертного в анамнезе характеризовалось как**

- маниакальное расстройство
- депрессивное расстройство
- слабоумие
- острое аффективное бредовое расстройство

**Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о нарушениях мышления, свойственных для**

- эндогенного процесса
- состояния ремиссии
- острого полиморфного состояния
- расстройства личности

**Употребление ПАВ в анамнезе следует расценивать как**

- проявление личностного расстройства
- синдром зависимости
- непродуктивную «стратегию совладания» (копинг)
- расстройство сферы влечения

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- проявление личностного расстройства
- синдром зависимости

- непродуктивную «стратегию совладания» (копинг)
- расстройство сферы влечения

## **Диагноз**

### **Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- аффективного спектра
- пограничным психическим
- органического спектра
- шизофренического спектра

### **Тип течения заболевания у подэкспертного можно охарактеризовать как**

- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический со стабильным дефектом, неполная ремиссия
- эпизодический ремиттирующий
- непрерывный

### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- {nbsp}F20.0
- {nbsp}F20.5
- {nbsp}F20.6
- {nbsp}F20.2

### **Диагноз подэкспертного следует дифференцировать с**

- шизофренией, простой тип
- органическим расстройством личности
- "бедной симптомами" шизофренией
- неврозоподобной шизофренией

### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным



**По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь, в**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный К. 36 лет, обвиняется в развратных действиях без применения насилия в отношении лиц, заведомо не достигших 16 летнего возраста (31 эпизод).

### **Жалобы**

\* Головные боли, плохой сон, пониженное настроение, ощущение тревоги, внутреннее неопределенное беспокойство, «тяжесть на душе», эмоциональное напряжение, которое усиливается к вечеру, слезливость и дрожь в теле; \* «разрушение мира и организма», остались «только глаза, которые смотрят и давят», не дают думать, блокируют мысли, «разрушают всю голову»

### **Анамнез заболевания**

\* Бабушка по материнской линии страдала шизофренией; \* отец «увлекался» алкогольными напитками; \* рос очень замкнутым и нервным, очень часто «уходил в себя», в детские и подростковые годы не имел друзей; \* сильно психовал, мог уйти из дома; \* был необщителен, груб, высокого мнения о себе»; \* при проведении следственных действий находился на лечении в медсанчасти СИЗО, где был дезориентирован, испытывал слуховые и зрительные галлюцинации устрашающего характера, высказывал бредовые идеи воздействия. Эмоциональный фон был снижен, плакал, дрожал, был не критичен, был установлен диагноз "острое психотическое бредовое расстройство"

### **Анамнез жизни**

\* Родился с весом 4900 г, «переношенным», однако отклонений в развитии у

него не было \* В школу пошел своевременно, увлекался спортом. Учился очень хорошо, любил литературу, информатику, математику, закончил два ВУЗа с отличием \* В 2000 г. женился, прожил в браке 6 месяцев, причины развода - отсутствие интереса к женщинам (со слов самого К.) \* После окончания вуза вернулся в родной город, жил с родителями и работал в финансовом отделе районной Администрации \* В течение 4 лет занимал должность ведущего специалиста отдела промышленности, транспорта и связи в администрации города \* По характеру был неуравновешен, вспыльчив, не любил выслушивать критику \* Из показаний в материалах дела известно, что к нему часто приходили несовершеннолетние мальчики, из квартиры были слышны детские голоса \* Баллотировался на пост депутата городского Совета народных депутатов

### **Объективный статус**

\* Продуктивному контакту малодоступен. Фон настроения несколько снижен. Сидит в однообразной позе, опустив голову, в глаза не смотрит. Отмечается выраженный тремор верхней половины тела, особенно рук. Выражение лица однообразное, отмечают парамимии. Речь ускорена по темпу, громкая, с экспрессией, с тенденцией к монологизации. На вопросы отвечает не всегда по существу, неохотно, односложно, сведения о себе сообщает путано, противоречиво, сбивчиво. В процессе целенаправленной беседы перескакивает с одной темы на другую, раздражается, когда его перебивают. \* Сообщает, что по характеру замкнутый, малообщительный, так как ему было трудно найти общий язык со сверстниками. С подросткового возраста отмечает частые смены настроения в сторону пониженного. Считает себя творческим человеком, писал стихи, увлекался фотографией, в том числе его привлекали изображения обнаженной натуры. Говорит, что он очень умный человек, так как получил два высших образования и специально вернулся в родной город, чтобы оставить след в его истории. В школьные годы стал проявлять интерес к сексуальным отношениям между мужчинами и мальчиками. Считает, что у мальчиков свежее тело и красивые очертания лица. Специально фотографировал мальчиков, чтобы «донести до потомков красоту юношеского тела, как это делали великие художники и скульпторы». \* Отмечает, что последние несколько лет у него стали путаться мысли, в голове была «каша», не мог сосредоточиться, это его сильно раздражало. Рассказывает, что к нему в окошко «прилетают ангелы», которые «немо с ним разговаривают». \* Сообщает, что когда он находился в больнице, ему давали различные лекарства, которые ему не помогали, предполагает, что его хотели отравить, так как «лекарства были разные по вкусу и возможно их подменяли». Говорит, что за ним постоянно следили, через стенку делали различные звуки, которые будили его, не давали отдыхать. Настаивает, что за стеной работал агрегат, и в палате менялись температура,

влажность и давление, при этом изменялось его самочувствие, ему становилось плохо. Сообщает, что ощущает на себе постоянное воздействие и не может ему сопротивляться, поэтому иногда у него возникают суицидальные мысли. \* О правонарушении говорит неохотно, категорически отрицает, что совершал с мальчиками насильственные сексуальные действия. Настаивает на том, что им самим это нравилось, поэтому они приходили к нему в течении такого длительного времени. За то, что они позволяли себя фотографировать, он их благодарил, давал деньги, разрешал играть в компьютер. Просит поднять его многочисленные записи, чтобы врачи помогли ему разобраться с собой, с его сексуальными пристрастиями и проблемами. \* Мышление непоследовательное, паралогичное. Эмоциональные реакции неадекватны, однообразны, маловыразительны. Критические способности грубо нарушены.

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

**Результаты обследования**

**Настоящее состояние больного соответствует синдрому**

- помрачения сознания
- Кандинского-Клерамбо
- маниакальному
- ипохондрическому

**В период правонарушения у подэкспертного наблюдался синдром**

- Кандинского-Клерамбо
- парафренный
- ипохондрический
- маниакальный

**Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о нарушениях мышления, свойственных для**

- острого полиморфного состояния
- умственной отсталости
- расстройства личности
- эндогенного процесса

**Множественные нарушения сексуального предпочтения подэкспертного следует расценивать как**

- нарушение сферы влечения в рамках эндогенного процесса
- нарушение сознания
- проявление личностного расстройства
- самостоятельное психическое расстройство

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- нарушение сферы влечения в рамках эндогенного процесса
- нарушение сознания
- проявление личностного расстройства
- самостоятельное психическое расстройство

**Диагноз**

**Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- органического спектра
- шизофренического спектра
- пограничным психическим
- аффективного спектра

**У подэкспертного + \_\_\_\_\_ + тип течения заболевания**

- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический со стабильным дефектом
- эпизодический ремиттирующий
- непрерывный

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- F20.3
- F20.0
- F20.6
- F20.1

**Диагноз подэкспертного следует дифференцировать с**

- острым полиморфным психотическим расстройством
- органическим расстройством личности
- хроническим бредовым расстройством
- неврозоподобной шизофренией

#### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

#### **По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный М. 32 года, обвиняется в совершении кражи.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

\* Отец и мать злоупотребляли спиртными напитками, отец покончил жизнь самоубийством; \* с 12 лет злоупотребляет спиртными напитками, с 16 лет сформирован абстинентный синдром, имели место запои до нескольких дней,

толерантность до 1 литра водки; \* состоит на учете у нарколога, так как злоупотреблял спиртными напитками, также находился на излечении от алкоголизма; \* в 10 лет была ЧМТ и сотрясение головного мозга; \* в 30 лет пробовал вскрыть себе вены, а также повеситься.

### **Анамнез жизни**

\* Раннее развитие протекало без особенностей, в школу пошел своевременно, учиться не хотел, нарушал дисциплину, дублировал 6 класс; \* состоял на учете в детской комнате милиции. После окончания 9 классов общеобразовательной школы поступил в ПТУ, но через год учебу оставил; \* в армии не служил из-за диагностированной язвенной болезни желудка, по поводу которой был оперирован; \* работал дворником, разнорабочим; \* в 19 лет осужден за грабеж и вовлечение несовершеннолетних в преступную деятельность. При проведении СПЭ по данному делу были выявлены признаки полинаркомании; \* в 21 год осужден за хранение наркотических средств.

### **Объективный статус**

\* Продуктивному контакту малодоступен. Фон настроения постоянно повышен, на маскообразном лице неадекватная улыбка. На вопросы отвечает после пауз, не по существу, путано, противоречиво. В процессе целенаправленной беседы перескакивает с одной темы на другую, сведения излагает крайне непоследовательно, односложно, путано. Иногда становится напряжен, манерен. Путается в своих высказываниях, раздражается \* Отрывочно заявляет, что «в тюрьму попал по бешенству», но при этом характеризует себя спокойным. Сообщает, что «голос говорит, что он учитель, но это означает что он плохой», и говорит ему «всякую ерунду». Говорит, что в 5 лет его ударило током, и после этого появился такой же человек как он, который живет его жизнью, делает все как он. При этом неожиданно заявляет, что «живет жизнью битцевского маньяка, что он машина для убийства», что когда «раздавали оружие, маньяку достался молоток, другому зубило», а ему «не досталось ничего». «Когда подходят колдуны, все становится нереально и он понимает, что людей готовят». Говорит, что сам «кого-то съел, а когда он ест еду у него появляются разные мысли, в зависимости от того, что он ест». Пускается в пространные рассуждения, говорит, что он «собирает знаки», что нашел «серебряную звезду – которая нужна при постройке человека и обозначает таз», а голова – «это яблоко, потому что в нем косточки», а у него «вместо головы – маковая головка». Говорит, что во всех книгах, которые он читает, «описывают его жизнь». \* О правонарушении говорит, что хозяин, которого он обокрал, обидел его, а в него в это время «вселился отец, который покончил с собой». \* В отделении с жалобами к персоналу не обращался. Режиму пассивно подчинен, весь день проводит в пределах постели, ни с кем не общается. \* Мышление непоследовательное, паралогичное. Эмоциональные реакции

неадекватны, однообразны, маловыразительны. Критические способности грубо нарушены

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

**Результаты обследования**

**Настоящее состояние больного соответствует синдрому**

- Кандинского-Клерамбо
- парафренному
- паранойяльному
- помрачения сознания

**В период правонарушения у подэкспертного наблюдался синдром**

- Кандинского-Клерамбо
- маниакальный
- ипохондрический
- парафренный

**Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о нарушениях мышления, свойственных для**

- эндогенного процесса
- острого полиморфного состояния
- умственной отсталости
- расстройства личности

**Синдром зависимости от алкоголя в анамнезе следует рассматривать как**

- коморбидную патологию
- расстройство личности
- проявление личностного расстройства
- нарушение сознания

### **Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- коморбидную патологию
- расстройство личности
- проявление личностного расстройства
- нарушение сознания

### **Диагноз**

### **Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- органического спектра
- аффективного спектра
- пограничным психическим
- шизофренического спектра

### **Тип течения заболевания у подэкспертного**

- эпизодический ремиттирующий
- непрерывный
- эпизодический со стабильным дефектом
- эпизодический с нарастающим дефектом

### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- {nbsp}F20.0
- {nbsp}F20.1
- {nbsp}F20.3
- {nbsp}F20.6

### **Диагноз подэкспертного следует дифференцировать с**

- диссоциативным психозом
- психогенным реактивным психозом
- острым полиморфным психотическим расстройством
- алкогольным галлюцинозом

### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими



- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

**По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь в**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный К. 37 лет, обвиняется в убийстве ранее незнакомого ему гр. К.

### **Жалобы**

\* «Голоса» в ухе и внутри головы, которые обсуждают и ругают его; \* колебания настроения, в сторону пониженного; \* при плохом настроении ничего не хотелось делать, появлялись мысли о самоубийстве; \* страхи, тревога, путаность мыслей.

### **Анамнез заболевания**

\* По характеру формировался малообщительным. \* Появились мысли о нежелании жить, пытался покончить с собой, травился таблетками, резал вены. \* Стал слышать голоса комментирующего характера, которые говорили, что он «Русский дьявол» и мешает инопланетянам захватить землю. Видел червей, которые ползали по нему, разговаривал с ними. \* Пытался избавиться от «голосов» и видений, наносил себе удары молотком по голове, вонзил в ухо гвоздь. В связи с таким поведением «скорой помощью», был госпитализирован в травматологическое отделение \* госпитализировался с диагнозами: «Острый период ЧМТ. Галлюцинаторный синдром», «Острый алкогольный галлюциноз».

## **Анамнез жизни**

\* Родился семимесячным в двойне. Сестра-близнец страдает психическим заболеванием. \* В школе начал обучаться в 7 лет, успевал удовлетворительно. Окончил 8 классов общеобразовательной школы и ПТУ по специальности "электрослесарь". \* Служил в армии. За полгода до окончания службы был комиссован в связи с соматическим заболеванием. \* Получил специальность машиниста электровоза. \* Работал на различных работах, нигде подолгу не удерживался, увольнялся из-за конфликтов с руководством. \* Злоупотреблял спиртными напитками, напивался до глубоких степеней алкогольного опьянения, отмечался выраженный абстинентный синдром, опохмелялся. Имели место запои до 2-х месяцев. \* На учете в ПНД и НД не состоял. \* К уголовной ответственности не привлекался

## **Объективный статус**

Контакту мало доступен, беседует неохотно, на вопросы отвечает тихим мало модулированным голосом, кратко, односложно, после длительной паузы, не в плане заданного. Выражение лица однообразное, печальное. К чему-то прислушивается, периодически озирается по сторонам. Предъявляет жалобы на «голоса» в ухе и внутри головы, которые обсуждают и ругают его. После службы в армии, когда у него появились колебания настроения, чувствовал себя ущербно, пробовал работать на разных работах. При плохом настроении ничего не хотелось делать, появлялись мысли о самоубийстве. Стал «сильно пить» из-за проблем с работой, жизненной неустроенностью, отсутствием друзей. В связи с этим так же появились мысли о самоубийстве. Для улучшения настроения стал «пить запоями», опохмелялся, испытывал абстинентные явления. Пытался покончить с собой, травился таблетками, резал руки. Стал слышать в ухе и голове «голоса инопланетян», они «говорили друг с другом, как по рации», обсуждали его, ругали, говорили, что «он русский дьявол и мешает инопланетянам завоевать землю». Появились страхи, тревога. Мысли путались. Было ощущение, что «кто-то перемещается внутри головы». Считал, что это «червяк среднего размера, и инопланетяне поместили в него несколько таких червячков, которые должны были повредить его мозг». Пытался всячески «сопротивляться и убегать от голосов», «ловил у себя в теле и в голове червячков». Когда не стало сил сопротивляться, пытался вбить гвоздь себе в голову и в ухо. Отмечает, что в голове часто бывает много мыслей, они путаются, мешают ему сосредоточиться, а раньше чаще в голове была пустота. Думал, что все люди хотят ему зла, что они находятся под влиянием инопланетян, они ими руководят, а он «единственный человек, который еще может сопротивляться, и на него охотятся». О правонарушении рассказывает, что за 3 дня до правонарушения стал слышать голоса, которые говорили, куда пойти. Появилось ощущение, что в тело «кто-то вселился», «руками кто-то

водил, ногами ходил». Не мог сопротивляться этому. В день правонарушения находился «на прямой связи с дьяволом», пытался избавиться от него, крестился, читал молитвы. Считает, что при этом инопланетянами «в него был записан код на совершение убийства». Мышление непоследовательное, паралогичное, аморфное. Эмоциональные реакции неадекватны, однообразны, маловыразительны. Критические способности отсутствуют

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

**Результаты обследования**

**Преморбидные особенности заключаются в наличии +**  
**черт**

- шизоидных
- эпилептоидных
- психопатоподобных
- астенических

**Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома**

- онейроидного
- ипохондрического
- Кандинского-Клерамбо
- делириозного

**В период правонарушения у подэкспертного наблюдался синдром**

- истеро-ипохондрический
- Кандинского-Клерамбо
- амнестический
- парафренный

**Суицидальные тенденции в анамнезе являлись**

- невротической реакцией
- клинически значимым осложнением
- ипохондрическими переживаниями
- расстройством влечения

### **Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- невротической реакцией
- клинически значимым осложнением
- ипохондрическими переживаниями
- расстройством влечения

### **Диагноз**

### **Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- шизофренического спектра
- пограничным психическим
- аффективного спектра
- органического спектра

### **Тип течения заболевания у подэкспертного можно охарактеризовать как**

- эпизодический со стабильным дефектом
- непрерывный
- эпизодический ремиттирующий
- эпизодический с нарастающим дефектом

### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- {nbsp}F20.1
- {nbsp}F20.3
- {nbsp}F20.4
- {nbsp}F20.0

### **Диагноз подэкспертного следует дифференцировать с**

- алкогольным галлюцинозом
- диссоциативным психозом
- психогенным реактивным психозом
- приступом шизофрении

### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

**По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный А. 36 лет, обвиняется в неоднократном незаконном приобретении, хранении и сбыте сильнодействующих веществ, совершенном группой лиц, в крупном размере.

### **Жалобы**

Бессонница.

### **Анамнез заболевания**

\* Пассивность, малообщительность; \* учился плохо, в связи с плохой успеваемостью состоял на учете в ПНД в течение одного года; \* дублировал 6 класс, попускал занятия, убегал из дома, с трудом окончил 8 классов в общеобразовательной, и 11 классов в вечерней школе; \* в армии не служил; \* употребление эфедрина, героина (интраназально, внутривенно), паров клея "Момент", "грибов", эфедриносодержащих препаратов, спиртных напитков с формированием синдрома зависимости; \* на учете у психиатра и нарколога не состоял.

### **Анамнез жизни**

\* Мать умерла, когда подэкспертному было 9 лет. В течение 1 года учился в логопедическом садике. В школу пошел своевременно. Работал станочником, охранником, грузчиком, часто менял места работы. В 18 лет женился на женщине намного старше себя, но через год развелся. Проживал 6 лет в гражданском браке, имеет сына. \* Неоднократно привлекался к уголовной ответственности по статьям "хулиганство", "хранение наркотических веществ". \* Совместно с приемом наркотических веществ, принимал спиртные напитки. В алкогольном опьянении неоднократно получал черепно-мозговые травмы с потерей сознания и явлениями сотрясения головного мозга. После травм отмечались головные боли, судорожные припадки. \* Проживал один, работал разнорабочим, отделочником.

### **Объективный статус**

Формально ориентирован, продуктивному контакту малодоступен. Сидит в однообразной позе, безынициативен, монотонен. Выражение лица однообразное, печальное, в лицо собеседнику не смотрит. Фон настроения снижен. Беседует неохотно, на вопросы отвечает тихим голосом, кратко, односложно, после пауз, не в плане заданного, большинство вопросов игнорирует или говорит, что ему все равно. В процессе беседы часто перескакивает с одной темы на другую, раздражается, часто ссылается на забывчивость. Анамнестические сведения сообщает, только отвечая на вопросы, не всегда последовательно. Сам о себе не рассказывает, сообщает только формальные сведения. При целенаправленной беседе удалось выяснить, что в голове иногда бывает пустота, не может сосредоточиться, но это его не волнует. Говорит, что изменился по характеру, ему стало «все равно», ничего не читает, ничем не интересуется, не мог учиться и работать. Стал злоупотреблять спиртными напитками и наркотическими веществами, чтобы как-то изменить свое состояние, однако настроение не повышалось. Рассказывает о суицидальных попытках в прошлом, говорит, что наносил их во время сниженного настроения и в состоянии алкогольного опьянения. О правонарушении говорит неохотно, не сожалеет о происшедшем. Мышление непоследовательное, малопродуктивное, эмоциональные реакции неадекватны, однообразны, маловыразительны. Критика к своему состоянию и совершенному правонарушению отсутствует

### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

## **Результаты обследования**

### **Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома**

- ипохондрического
- депрессивного
- астенического
- обсессивного

### **В период правонарушения у подэкспертного наблюдался синдром**

- астенический
- амнестический
- истеро-ипохондрический
- паранойяльный

### **Расстройством, преобладающим в клинической картине заболевания, является**

- нарастающий дефект типа простого дефицита
- психопатоподобный дефект
- дефект типа фершробен
- олигофреноподобный дефект

### **Синдром зависимости от нескольких психоактивных веществ (ПАВ) является**

- расстройством сферы влечения
- причиной возникновения эмоционально-волевого дефекта
- предиктором шизофренического процесса
- коморбидной патологией

### **Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- расстройством сферы влечения
- причиной возникновения эмоционально-волевого дефекта
- предиктором шизофренического процесса
- коморбидной патологией

## **Диагноз**

### **Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- шизофренического спектра
- органического спектра
- аффективного спектра
- пограничным психическим

### **У подэкспертного + \_\_\_\_\_ + тип течения заболевания**

- непрерывный
- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический со стабильным дефектом
- эпизодический ремиттирующий

### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- {nbsp}F20.6
- {nbsp}F20.0
- {nbsp}F20.5
- {nbsp}F20.8

### **Диагноз подэкспертного следует дифференцировать с**

- диссоциативным психозом
- невротическим состоянием при расстройствах личности
- психогенным реактивным психозом
- онейроидным помрачением сознания

### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

### **По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь в**



- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Подэкспертный Р. 36 лет, обвиняется в убийстве неизвестного мужчины и в умышленном причинении легкого вреда здоровью гр. А.

### Жалобы

Отсутствуют.

### Анамнез заболевания

\* По характеру формировался малообщительным, уединялся, много рисовал «оскаленных медведей и кладбище» (сведения со слов подэкспертного); \* с матерью отношения были неровные, ссорился с ней, убегал из дома к дядьке, который затем привозил его назад; \* в 5 классе, изучая теорию Дарвина, понял, что все люди произошли от обезьян, а он сам - «от Бога»; \* с 23 лет стал употреблять спиртные напитки, отравился таблетками, «искал кайф»; \* лечился в институте им. Склифосовского, где у него «душа отделилась от тела, а Бог ее возвратил обратно», его душа, будучи вне тела, «обошла всю клинику».

### Анамнез жизни

\* Наследственность психопатологически неотягощена; \* в школе учился удовлетворительно, окончил 8 классов образовательной школы, художественное училище, а потом институт им. Сурикова в г. Санкт-Петербурге, где получил специальность – скульптор-живописец; \* неоднократно во время драк получал черепно-мозговые травмы; \* официально нигде не работал, рисовал и продавал свои работы; \* привлекался к уголовной ответственности за кражи и хранение огнестрельного оружия, отбывал наказание в ИТК, освобожден за год до настоящего правонарушения, постоянно местожительства не имел, жил при Храмах, у случайных знакомых, «бомжевал»; \* на учете у психиатра и нарколога не состоял; \* совершил настоящее правонарушение в отношении неизвестных ему лиц, после чего был задержан рядом с местом правонарушения (сидел на скамейке).

## **Объективный статус**

Продуктивному контакту малодоступен. Фон настроения резко повышен, на лице постоянная неадекватная улыбка. При этом говорит, что настроения у него совсем нет. Во время беседы активно жестикулирует, смеется. Речь громкая, с напором, со склонностью к монологизации. На вопросы отвечает не всегда по существу, охотно, многословно, сведения о себе сообщает путано, противоречиво. В процессе целенаправленной беседы перескакивает с одной темы на другую. Сообщает, что он «Узник Христов», что раньше у него были странности, а сейчас «Господь в нем». Сообщает, что понял, что он особенный, в 17 лет, когда ему подарили Библию, решил, что должен донести до окружающих «смысл жизни». Рассказывает, что с ним «говорил Господь». Тут же говорит, что Бог с простыми смертными не разговаривает, а посылает ангелов. Говорит, что постоянно получает советы через других людей и ангелов, как ему жить и поступать. Понимает это по изменению поведения людей, когда «читает их мысли», или когда к нему являются святые или ангелы. Говорит, что у него перестроился весь организм, исчезли все хронические болезни, он «излечился», в организме появились новые ощущения, особенно в груди. Говорит, что «плавает» в этой любви и не знает, что с ней делать. Считает себя наделенным особыми способностями, говорит, что он такой не один. Таких людей как он, он видел в Храмах. Сообщает, что постоянно чувствует в себе огромную энергию и большую силу. Охотно описывает состояния, когда в него «входит» ангел и он перестает себя контролировать, знает о чем думают окружающие его люди, «но только ангел и Господь знает, что думает он». Говорит, что всегда знает, когда в людей вселяются демоны. Потому что люди начинают дергаться, жестикулировать. Настаивает, что Архангел Гавриил сообщил, что ему всего 10 месяцев и ему нужно пить молоко из женской груди или из соски, а если нет молока, можно пить только святую воду. Говорит, что его имя теперь Деррик, такую печать на него поставил Бог, когда коснулся его своей рукой, что он целовал косяки и порог в тех местах, где прошел Господь. Отмечает, что у него есть несколько «я», которые живут в разных городах, потому что так его разделил Господь. О правонарушении говорит со смехом, сообщает, что убил антихристов, которые покушались на святой дух, который живет в каждой беременной женщине. Сообщает, что его направил Бог, и он не может сопротивляться его приказам. Мышление непоследовательное, паралогичное. Эмоциональные реакции неадекватны, однообразны, маловыразительны. Критические способности грубо нарушены

## **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

## **Результаты обследования**

**Преморбидные особенности заключаются в наличии +**  
**черт**

- шизоидных
- психопатоподобных
- эпилептоидных
- астенических

## **Настоящее состояние больного соответствует синдрому**

- помрачения сознания
- маниакального
- ипохондрического
- Кандинского-Клерамбо

## **В период правонарушения у подэкспертного наблюдался синдром**

- Кандинского-Клерамбо
- маниакальный
- ипохондрический
- парафренный

## **Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о наличии расстройства**

- умственной отсталости
- личности
- шизофренического спектра
- органического спектра

## **Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- умственной отсталости
- личности
- шизофренического спектра

- органического спектра

## **Диагноз**

### **Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- органического спектра
- аффективного спектра
- пограничным психическим
- шизофренического спектра

### **У подэкспертного + \_\_\_\_\_ + тип течения заболевания**

- эпизодический со стабильным дефектом
- непрерывный
- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический ремиттирующий

### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- {nbsp}F20.1
- {nbsp}F20.0
- {nbsp}F20.6
- {nbsp}F20.3

### **Диагноз подэкспертного следует дифференцировать с**

- органическим расстройством личности
- хроническим бредовым расстройством
- острым полиморфным психотическим расстройством
- неврозоподобной шизофренией

### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

**По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь в**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный П. 32 года, обвиняется в разбойном нападении с применением оружия.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

\* Наследственность отягощена: сестра бабки по материнской линии лечилась в психиатрической больнице; \* в подростковом возрасте несколько раз уходил из дома, жил где придется; \* чтобы понять себя, окружающий мир читал религиозную литературу, посещал поочередно православную, католическую церкви, общину кришнаитов, религия кришнаитов оказалась ему наиболее близкой; \* в 19 лет привлекался к уголовной ответственности по обвинению в убийстве 2 человек, проходил СПЭ, был признан "невменяемым" с диагнозом "Шизофрения параноидная", рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа; \* с 19 до 21 года находился на принудительном лечении с диагнозом "Шизофрения злокачественная юношеская, параноидный вариант". Психическое состояние характеризовалось выраженными нарушениями поведения, неустойчивым фоном настроения, аутоагрессивными тенденциями, бредовой симптоматикой, снижением волевых побуждений. Неоднократно разрабатывал планы побега, подстрекал больных к нападениям на персонал; \* был переведен на интенсивный тип наблюдения, постоянно конфликтовал с больными, наносил себе ранения шеи с повреждением яремных вен. Был аффективно напряжен, несдержан, был эмоционально невыразителен, пытался совершить побег,

психотической продукции не обнаруживал, группировал вокруг себя больных; \* присвоена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию, находился на принудительном лечении до 27 лет; \* в дальнейшем с диагнозом "Шизофрения параноидная" был переведен на принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа в связи со стабилизацией психического состояния. Бреда и обманов восприятия не выявлялось, был эмоционально сглажен, мышление с элементами резонерства, был режиму подчинен, в поведении упорядочен; \* в 28 лет с диагнозом "Шизофрения параноидная" переведен в стационар общего типа. Состояние оставалось стабильным, поведение упорядоченным, опасных тенденций не обнаруживал, поддерживал связь с матерью; \* в дальнейшем отмечалась положительная динамика в аттентивно-мнестической сфере, сохранялись нарушения мышления по шизофреническому типу, отмечалось отсутствие конфликтности и агрессии. С учетом устойчивого психического состояния, эффективной противорецидивной терапии, решенности социальных вопросов, реальных жизненных планов, достаточной критики к совершенному правонарушению подэкспертный был переведен на амбулаторное принудительное лечение и наблюдение у психиатра, где его состояние оставалось стабильным; \* в 29 лет после отмены принудительных медицинского характера женился, зарабатывал на жизнь в интернет-магазине. Из характеристики по месту жительства известно, что жалоб и заявлений на П. не поступало, приводов в отделение полиции не было. Задолженностей по оплате коммунальных услуг и технического обслуживания не имел.

### **Анамнез жизни**

\* Воспитывался матерью и отчимом, отношения с последним складывались сложно; \* отец был осужден за убийство, когда подэкспертному было полтора года; \* в детстве в психическом и физическом развитии не отставал; \* посещал дошкольные учреждения, в коллективе адаптировался легко, формировался спокойным, общительным, уравновешенным, коммуникабельным; \* обучение в школе начал с 6 лет, учился средне, классов не дублировал; \* после 9 класса поступил на заочное отделение техникума, параллельно работал агентом по продажам, страховым агентом; \* в армии не служил по соматическому заболеванию (бронхиальная астма).

### **Объективный статус**

\* Внешне опрятен, в поведении упорядочен, спокоен, контакту доступен; \* ориентирован в месте, времени и собственной личности, мимические реакции адекватные, выразительные, настроение ровное; \* голос средней громкости, речь грамматически правильная, словарный запас достаточный, темп речи средний. Зрительный контакт с врачом поддерживает, дистанцию соблюдает. На вопросы отвечает кратко, по существу заданного; \* правильно понимает

цель направления на экспертизу. Себя характеризует общительным, упрямым. Считает себя психически здоровым, добавляет, что «никаких признаков шизофрении» у него нет; \* анамнестические данные излагает последовательно, правильно датирует основные события своей жизни; \* рассказывает, что в школьные годы часто нарушал дисциплину, хулиганил, дрался, «подворовывал», часто убегал из дома, попал в общину кришнаитов. Отмечает, что там он получил внимание и заботу, которых не получал в семье. Говорит, что в тот период «углубился» в изучение мантр, «подолгу медитировал». Сообщает, что во время медитации казалось, что «приближается духовно к Кришне, общается с ним». Отмечает, что из-за долгих медитаций мало спал, поэтому стал раздражительным, «мог нагрубить, сорваться», не справлялся с работой. Сообщает, что, находясь «в этом состоянии», убил знакомого и его жену, в связи с чем был направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар; \* не отрицает, что в соответствии с учением Кришнаитов разделял людей на «демонических и божественных существ», считал, что «убив демоническую личность во имя Кришны, не совершил ничего плохого»; \* сообщает, что в психиатрической больнице нарушал режим, т.к. в больнице был «произвол», для того, чтобы его перевели в другой стационар, нанес самопорезы в область шеи, а позже предпринял попытку к бегству, поскольку «не мог уже это терпеть»; \* говорит, что после этого успокоился, принимал участие в трудовых процессах, занимался с психологом, арт-терапией, принимал участие в организации концертов, праздников, вел компьютерную и литературную группу, посещал спортивный зал, восстановился в техникуме; \* говорит, что после отмены принудительных мер медицинского характера женился, вместе с женой занимался продажами в интернет-магазине. Отмечает, что «техническая и юридическая стороны бизнеса» были на нем. С грустью говорит, что с женой развелся, рассказывает, что был «эмоционально подавлен в тот период», стал злоупотреблять алкоголем, на фоне чего совершил правонарушение. Вину в инкриминируемом ему деянии признает полностью; \* рассказывает, что после того, как «понесет наказание за правонарушение», хочет вернуться к «нормальной жизни» - работать, завести семью; \* в отделении режим не нарушает, с медицинским персоналом вежлив, спокоен, общается с другими подэкспертными, смотрит телепередачи, играет в настольные игры; \* эмоциональные реакции живые, несколько неустойчивые. Интеллект соответствует образованию, память без грубых нарушений, мышление последовательное, продуктивность его сохранена; \* обманов восприятия и бредовых идей не обнаруживает, критическая оценка своего состояния и сложившейся судебно-следственной ситуации сохранена.

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

## **Результаты обследования**

### **Психический статус в настоящее время характеризуется**

- отсутствием критики к правонарушению
- ауто- и гетероагрессивными тенденциями
- наличием психопатологической симптоматики
- отсутствием психопатологической симптоматики

### **Критическая оценка своего состояния и ситуации характерна для**

- не страдающего хроническим психическим расстройством
- страдающего временным психическим расстройством
- обнаруживающего признаки слабоумия
- страдающего хроническим психическим расстройством

### **Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о нарушениях мышления, свойственных для**

- наличия расстройства личности
- наличия умственной отсталости
- отсутствия шизофренического процесса
- наличия шизофренического процесса

### **Суицидальные тенденции в анамнезе у подэкспертного являлись**

- ипохондрическими переживаниями
- клинически значимым осложнением
- невротической реакцией
- расстройством влечения

### **Диагноз подэкспертного на настоящий момент следует сформулировать как**

- ипохондрическими переживаниями
- клинически значимым осложнением



- невротической реакцией
- расстройством влечения

## **Диагноз**

**У подэкспертного + + тип течения заболевания**

- непрерывный
- эпизодический ремиттирующий
- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический со стабильным дефектом

## **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- {nbsp}F20.3
- {nbsp}F20.0
- {nbsp}F20.1
- {nbsp}F20.6

**Состояние или отсутствие во время наблюдения у больного ремиссии и ее типа классифицируется как**

- неполная ремиссия (F20.xx4)
- отсутствие ремиссии (F20.xx6)
- другой тип ремиссии (F20.xx8)
- полная ремиссия (F20.xx5)

**Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- органического спектра
- шизофренического спектра
- аффективного спектра
- пограничным психическим

**В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем не представляется возможным решить диагностические и экспертные вопросы

## **По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем не представляется возможным решить диагностические и экспертные вопросы

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Р. 37 лет, обвиняется в попытке сбыта наркотических средств в особо крупном размере.

### **Жалобы**

"Голоса".

### **Анамнез заболевания**

\* Сведений о психопатологически отягощенной наследственности нет; \* с 23 лет употребляет наркотические вещества, в основном героин, первентин, которые вводил себе внутривенно, сформирована физическая и психическая зависимость, но состояний абстиненции якобы не переносил; \* неоднократно получал ЧМТ с явлениями сотрясения головного мозга; \* после регистрации брака взял фамилию жены; \* в 24 года привлекался к уголовной ответственности за хранение марихуаны; \* в 33 года привлекался к уголовной ответственности за побои и оскорбление представителя власти; \* обвиняется в том, что приобрел с целью сбыта и хранил при себе героин массой 10,81 г.; \* задержан при проведении оперативных мероприятий в зале игровых автоматов, заметно нервничал и озирался по сторонам, чем обратил на себя внимание сотрудников правоохранительных органов, при задержании был обнаружен сверток с героином; \* при задержании был спокоен, ориентирован, речь была связанной; на руках обнаружены следы от инъекций по ходу вен предплечий, в пробе мочи обнаружены амфетамин, первитин, эфедрин, декстраметаморфин, каннабиноиды, был установлен факт употребления стимуляторов, каннабиноидов, состояние опьянения не выявлено.

### **Анамнез жизни**

\* Раннее развитие протекало без особенностей; \* по характеру формировался в

меру общительным, несколько раздражительным. В школу пошел своевременно, учился удовлетворительно, часто нарушал дисциплину, прогуливал занятия. Одновременно обучался в музыкальной школе. Окончил 11 классов общеобразовательной школы; \* служил в армии, играл в военном оркестре. После увольнения из армии работал водителем в компании «Ритуал»; \* на учете у психиатра и нарколога не состоял.

### **Объективный статус**

\* Продуктивному контакту малодоступен \* Настроение повышено с оттенком благодушности, на лице неадекватная улыбка, отмечаются парамимии \* Во время беседы ерзает на стуле, на вопросы отвечает многословно, сведения о себе сообщает непоследовательно, перескакивает с темы на тему \* Во время беседы рассказывает, что чувствует себя очень хорошо. После проведенного ему лечения выровнялось настроение. Практически исчезли «голоса». Отмечает, что мысли постоянно накладываются друг на друга их бывает очень много, они путаются. Редко бывает, что мыслей совсем нет и голова пустая. Не отрицает, что раньше часто слышал «голоса» и у него были видения. \* Рассказывает, что раньше испытывал ощущение, что за ним следили. С подозрением относился к окружающим. Не отрицает, что в течение многих лет употребляет различные наркотические вещества. \* Об инкриминируемом ему деянии говорит, что наркотики никому продавать не собирался, приобрел их для личного использования. В отделении держится обособленно, много времени проводит в пределах постели. \* Считает, что за ним следят, испытывал страх, тревогу, считает, что окружающие читают его мысли. \* Мышление непоследовательное, паралогичное. Эмоциональные реакции неадекватны, однообразны, маловыразительны. Критические способности грубо нарушены

### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем не представляется возможным решить диагностические и экспертные вопросы

### **Результаты обследования**

#### **Настоящее состояние больного характеризуется в основном**

**+ + симптоматикой**

- соматической
- продуктивной
- позитивной
- негативной

#### **Психическое состояние подэкспертного соответствует синдрому**

- маниакальному
- Кандинского-Клерамбо
- парафренному
- обсессивному

#### **Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о нарушениях мышления, свойственных для**

- острого полиморфного состояния
- эндогенного процесса
- расстройства личности
- умственной отсталости

#### **Синдром зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) следует рассматривать как**

- важный критерий для направления на судебно-психиатрическую экспертизу
- предиктор шизофрении
- причину эмоционально-волевого дефекта
- коморбидную патологию

#### **Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- важный критерий для направления на судебно-психиатрическую экспертизу
- предиктор шизофрении
- причину эмоционально-волевого дефекта
- коморбидную патологию

#### **Диагноз**

#### **Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- пограничным психическим
- аффективного спектра
- шизофренического спектра
- органического спектра

### **Тип течения заболевания у подэкспертного**

- непрерывный
- эпизодический со стабильным дефектом
- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический ремиттирующий

### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- {nbsp}F20.0
- {nbsp}F20.6
- {nbsp}F20.3
- {nbsp}F21.5

### **Диагноз подэкспертного следует дифференцировать с**

- психогенным реактивным психозом
- острым полиморфным психотическим расстройством
- интоксикационным психозом
- шизотипическим расстройством

### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

### **По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь в**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Б. 41 год, обвиняется в краже.

### **Жалобы**

\* «Сон то пропадает, то появляется снова»; \* «пропала память, потому что он ударился головой».

### **Анамнез заболевания**

\* По характеру формировался замкнутым, тихим, малообщительным; \* на учете в ПНД и НД не состоял.

### **Анамнез жизни**

\* Родился единственным ребенком в семье, в раннем развитии от сверстников не отставал; \* в школу был определен с 7 лет, учился удовлетворительно, окончил 8 классов общеобразовательной школы; \* работал разнорабочим на различных стройках; \* был осужден за разбой на 6 лет лишения свободы, после освобождения вел бродяжнический образ жизни, ночевал, где придется, своей семьи не имел, нигде не работал, на жизнь зарабатывал, собирая бутылки и металлолом; \* привлекался к административной ответственности за нахождение в общественных местах в состоянии опьянения; \* неоднократно переносил ЧМТ; \* отрицал злоупотребление спиртными напитками, убеждал, что вообще не пьет, при этом указывал, что легко может выпить бутылку водки и никогда не похмеляется.

### **Объективный статус**

\* Формально правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Выражение лица неадекватно теме беседы, мимика бедная, невыразительная, отмечаются произвольные движения мышцами лица, гримасничание. Иногда начинает нелепо улыбаться или смеяться. Двигательно беспокоен, совершает вычурные движения. \* Контакт с подэкспертным носит малопродуктивный характер. Дурашлив, тревожен, подозрителен. Речь с нечеткой артикуляцией, бессвязная, монотонная, говорит тихим, маломодулированным голосом. Сосредотачивается на беседе с трудом, периодически оглядывается по сторонам, заглядывает под стол, прислушивается к чему-то, при этом отрицает наличие галлюцинаций. \* Затрудняется сформулировать свои мысли, постоянно теряет нить беседы, ответы на вопросы часто нелепы. Периодически спонтанно замолкает на

несколько секунд и бессмысленно шепчет что-то в сторону от собеседника. \* Не может сообщить цель экспертизы, названия учреждения, где он находится, говорит, что «приехал проверить память». Считает себя «полностью здоровым», при этом подчеркивает, что несколько раз ударялся головой, после чего у него «пропала память», в связи с чем он мало, что помнит о себе. \* Сообщает, что у него бывают моменты, когда в голове «пустота и нет мыслей», но сказанное тут же отрицает, заявляет, что у него «всегда все хорошо», и никогда «ничего не виделось и не слышалось». Анамнестические сведения сообщает отрывочно, малосодержательно. \* Сообщает, что по-настоящему его зовут «Сержио Шварц», и он является гражданином «Америки», а имя Б. ему было присвоено в России после его задержания. Не может назвать адрес своего места жительства, «проживал в Лос-Анджелесе в штате Калифорния», где окончил 8 классов, занимался тем, что «ходил на рыбалку». Заявляет, что в России оказался, «приплыв на пароме», но не может сообщить, когда это произошло и описать путь передвижения. Нелепо высказывается о цели своего прибытия. Не может сказать, сколько составляла его заработная плата, «зачем считать деньги, на жизнь и так хватало». \* Сообщает, что женат никогда не был, не теряет «надежды жениться», повторяет, что «как предназначено природой, так и будет». \* Злоупотребление спиртными напитками и употребление наркотических веществ отрицает. Подчеркивает, что пил водку только по праздникам, а «водку покупал только финскую по 200 рублей за бутылку». \* Обеспокоенности дальнейшей судьбой, сложившейся судебной-следственной ситуацией не проявляет, планов не строит. \* Мышление нецеленаправленное, непродуктивное, разорванное. Суждения примитивные и несостоятельные. Отмечаются шперрунги. Круг интересов крайне ограничен. Эмоциональные реакции парадоксальны, однообразны, маловыразительны, неадекватны. Критика к своему состоянию и судебной-следственной ситуации отсутствует

#### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **Результаты обследования**

**Преморбидные особенности заключаются в наличии +**

**+**

**черт**

- эпилептоидных
- психопатоподобных
- шизоидных
- астенических

**Состояние подэкспертного соответствует проявлениям**

- кататонического возбуждения
- ипохондрического синдрома
- кататонического ступора
- маниакального синдрома

**Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о нарушениях мышления, свойственных для**

- эндогенного процесса
- острого полиморфного состояния
- умственной отсталости
- расстройства личности

**Бродяжнический образ жизни подэкспертного следует расценивать как**

- нарушение мышления
- нарушение волевой сферы
- расстройство сексуального предпочтения
- нарушение в сфере влечений

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- нарушение мышления
- нарушение волевой сферы
- расстройство сексуального предпочтения
- нарушение в сфере влечений

**Диагноз**

**Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- аффективного спектра
- органического спектра
- пограничным психическим
- шизофренического спектра



**Тип течения заболевания у подэкспертного можно охарактеризовать как**

- эпизодический тип течения со стабильным дефектом
- эпизодический ремиттирующий тип течения
- эпизодический тип течения с нарастающим дефектом
- непрерывный тип течения

**Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- {nbsp}F20.5
- {nbsp}F20.3
- {nbsp}F20.6
- {nbsp}F20.0

**Диагноз подэкспертного следует дифференцировать с**

- органическим расстройством личности
- неврозоподобной шизофренией
- шизофренией, простой тип
- "бедной симптомами" шизофренией

**В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

**По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь в**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Ф. 26 лет, обвиняется в применении насилия в отношении представителя власти, не опасного для жизни и здоровья, в связи с исполнением им своих должностных обязанностей.

### **Жалобы**

Нет.

### **Анамнез заболевания**

\* Мать злоупотребляла спиртными напитками, воспитанием сына не занималась, погибла от отравления угарным газом, когда подэкспертному было 16 лет; \* заявляет, что с 12 лет стал слышать «голоса», чаще женские, которые каждый раз звучали по-разному, то громко, то тихо, то из-за угла, то рядом, то звали, то комментировали; \* в 16 лет после смерти матери в течение месяца находился в «депрессивном» состоянии; \* сообщал, что в 16 лет, когда потерял мать, «голоса» обострились, хотел наложить на себя руки, в то время «голоса» говорили: «вскройся, умри», видел «прозрачных пауков», но понял, что это «галлюцинации», потому что такого не могло быть; \* на 3-м курсе института у него отмечалось пониженное настроение, ничего не хотелось делать, не выходил из дома, в связи с чем обращался на прием к психиатру, назначались антидепрессанты, после чего учебу бросил; \* частую смену работы объяснял тем, что «возникала эйфория, но на полпути все бросал – настроение менялось, возникала депрессия, когда ничего не надо, ни есть, ни пить»; \* по сведениям из уголовного дела на работе надолго не задерживался, мог проработать один месяц и уволиться, постоянно «летал в облаках», жил одним днем и о своей судьбе не задумывался, был замкнутым, малообщительным; \* замечал, как его обсуждают, периодически ловил на себе взгляды; \* сообщал, что он только «видит ауру у людей»; \* шрамы на кистях объяснял тем, что тушил о себя сигареты.

### **Анамнез жизни**

\* С раннего детства воспитанием подэкспертного занимались бабушка и дед; \* в школу был определен своевременно, дублировал 1-й класс, учился хорошо, участвовал в школьных олимпиадах, занимался чтением книг по физике, генетике, увлекался философией; \* по окончании 11 классов поступил на платной основе в медицинский университет; \* подрабатывал случайными заработками; \* ранее к уголовной ответственности не привлекался; \* на учете у

врача-психиатра и нарколога не состоял; \* являясь участником несогласованной с органами исполнительной власти акции, в ответ на законные требования военнослужащего национальной гвардии РФ по пресечению противоправных действий и задержанию участника акции К., нанес тому удар кулаком в область правого уха.

### **Объективный статус**

\* Правильно называет свои паспортные данные, время и место пребывания \* Мимика бедная, невыразительная, фон настроения повышен. Подчеркивает, что у него хорошее настроение, заявляет: «а чего ему быть плохим, я же знаю, что меня признают здоровым и меня ожидает прекрасное будущее». Продуктивному контакту малодоступен. \* В беседе манерен, дурашлив, негативистичен, неусидчив, подозрителен, дистанцию не соблюдает, принимает различные вычурные позы, зевает, закатывает глаза, гримасничает, часто нелепо смеется. Сосредотачивается на беседе с трудом, легко отвлекается на внешние раздражители. На вопросы отвечает многословно, не по существу, затрудняется сформулировать свои мысли, некоторые ответы нечеткие, порой теряет нить беседы, речь приобретает характер монолога \* Отрицает наличие «голосов» и «галлюцинаций» \* Сообщает, что у него иногда отмечаются трудности сосредоточения, заявляет, что это особенно проявляется в моменты, когда он устает. Характеризует себя спокойным, мечтательным, общительным, но при этом достаточно замкнутым человеком. \* Признает, что также бывает вспыльчивым, агрессивным: «меня, если довести, я такое могу устроить». Заявляет, что у него с детства «инстинкт самосохранения приглушен». \* Рассказывает, что ощущал, как дома присутствуют «потусторонние силы», так как, находясь в состоянии «полудрема», «почувствовал, как из-под кровати вылезло что-то похожее на черного человечка и схватило его за ногу, он очнулся, но никого уже не было». Сообщает, что в тот момент испытал сильное чувство тревоги и страха. Указывает, что затем бабка «сделала какой-то ритуал и все прошло». \* Отмечает, что в детстве видел «летающую тарелку», но только через несколько лет понял, что эта была именно «тарелка», когда стал увлекаться «устройством вселенной». \* С бравадой рассказывает, что одновременно с учебой стал увлекаться политикой, указывает, что состоял в штабе Навального, принимал активное участие в митингах, был наблюдателем на выборах от партии «Открытая Россия», добавляет: «меня видят политическим деятелем». \* Заявляет, что хотел бы создать партию на подобие «Третьего Рейха», однако тут же отрицает сказанное, заявляет, что «пошутил». \* Сообщает, что ему для дальнейшей жизни необходимы знания по генетическому программированию и экономике. \* Поясняет, что «по внешнему виду» может определить, хороший человек или нет. \* На жизнь зарабатывал тем, что ходил по квартирам и продавал мед, а также работал риелтором

(предлагал жилье в наем). Поясняет, что не видит в этом никаких проблем, так как с легкостью может заработать на новую квартиру. \* С улыбкой на лице заявляет, что у него вся жизнь «канитель», добавляет: «у меня и в голове «канитель» - где-то логичные образы мыслей, где-то нет». \* В отношении наркотических средств сообщает, что экспериментировал с ними, употреблял «альфа-пвп, мефедрон». Указывает, что когда делал себе «легкую передозировку», то слышал «голоса», «у меня в голове слышалась музыка, различные разговоры», также видел «прозрачных пауков». \* Про инкриминируемое ему деяние рассказывает с безразличием, «все происходило, как в кино, состояние было «бей или беги», не помнит, как наносил удар, была легкость, эйфория, не чувствовал боли, когда его били дубинками». Сожаления о содеянном не высказывает. \* В отделении гиперактивен, неусидчив, постоянно ходит взад-вперед по палате, ведет себя развязно, по ночам занимается физическими упражнениями, требует повышенного внимания к себе, часто обращается к персоналу с различными просьбами, на замечания нелепо улыбается или смеется. \* Мышление нецеленаправленное, малопродуктивное, аморфное, расплывчатое, с соскальзываниями. Суждения своеобразные, витиеватые, нелепые. Амбивалентен, эмоциональные реакции однообразные, выхолащенные, парадоксальные, неадекватные. Критическая оценка своего состояния и ситуации грубо нарушена

#### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **Результаты обследования**

#### **Преморбидные особенности заключаются в наличии + + черт**

- психопатоподобных
- астенических
- шизоидных
- эпилептоидных

**Состояние подэкспертного на момент обследования соответствует проявлениям**

- ауры сознания
- кататонического возбуждения
- обсессивного синдрома
- маниакального синдрома

**Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о нарушениях мышления, свойственных для**

- умственной отсталости
- расстройства личности
- острого полиморфного состояния
- эндогенного процесса

**Употребление психоактивных веществ (ПАВ) в анамнезе следует расценивать как**

- непродуктивную «стратегию совладания» (копинг)
- проявление личностного расстройства
- расстройство влечения
- синдром зависимости

**Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- непродуктивную «стратегию совладания» (копинг)
- проявление личностного расстройства
- расстройство влечения
- синдром зависимости

**Диагноз**

**Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- шизофренического спектра
- пограничным психическим
- аффективного спектра
- органического спектра

**Тип течения заболевания у подэкспертного можно охарактеризовать как**

- эпизодический тип течения с нарастающим дефектом
- непрерывный тип течения
- эпизодический ремиттирующий тип течения

- эпизодический тип течения со стабильным дефектом

#### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- {nbsp}F20.3
- {nbsp}F20.5
- {nbsp}F20.0
- {nbsp}F20.1

#### **Диагноз подэкспертного следует дифференцировать с**

- неврозоподобной шизофренией
- параноидной шизофренией
- острым полиморфным психотическим расстройством
- органическим расстройством личности

#### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь в**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Подэкспертный Х. 25 лет, обвиняется в покушении на незаконный сбыт наркотических средств в значительном размере.

## **Жалобы**

\* На общую слабость, тревогу, «чувство измененности» - «стал несколько заторможенным, хочется с кем-то пообщаться и в тоже время что-то блокируется внутри», «кажется, что все знают, о чем я думаю»; \* на чувство «жжения» в правой части головы, нарушение сна, «как будто забыл, как спать».

## **Анамнез заболевания**

\* Пробовал курить «спайс», употреблял «ЛСД», «экстази», но в основном курил марихуану; \* после задержания находился в психиатрическом отделении в МСЧ СИЗО, указывалось, что за 3 дня до госпитализации он стал проявлять негативизм к окружающим, не спал по ночам, пропал аппетит, высказывал суицидальные намерения, критика была недостаточной.

## **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена; \* в раннем развитии от сверстников не отставал, посещал детский сад, адаптировался легко; \* обучаться в средней общеобразовательной школе начал своевременно, успеваемость была хорошей, за время обучения в школе участвовал в олимпиадах по физике и информатике, занимал призовые места, параллельно учебе занимался тхэквондо, парусным спортом, альпинизмом, участвовал в соревнованиях, занимал призовые места, в старших классах успеваемость несколько снизилась, но классы не дублировал; \* после окончания школы работал электромонтером, на работе проявил себя как ответственный и неконфликтный человек; \* в армии зарекомендовал себя с положительной стороны, по характеру был спокойным, тактичным, вежливым в общении, соблюдал субординацию, в коллективе пользовался заслуженным авторитетом, после окончания срока службы был уволен в запас на общих основаниях; \* после армии проживал в Москве, занимался доставкой мебели; \* ранее к уголовной ответственности не привлекался; \* под наблюдением у психиатра, нарколога не состоял.

## **Объективный статус**

\* Продуктивному контакту малодоступен, знает, где находится. Сидит в однообразной позе, зрительный контакт удерживает. Растерян, движения замедленные, угловатые. Мимические реакции маловыразительные, обедненные. Настроение резко снижено, напряжен, заторможен, на вопросы отвечает после паузы, тихим маломодулированным голосом, отмечают эхолалии. В беседе замолкает, говорит, что «опять замкнулся», «мысли куда-то

пропали», «что-то мешает говорить». \* Говорит, что у него в голове как будто «два потока мыслей», часть из них являются «действительностью», а часть из них «будто недействительны». Указывает, что те, что «недействительные» - звучат, как «голоса», «страшные», «ругают». \* Цель экспертизы понимает после разъяснений, говорит, что ему сложно определить свое состояние, «оно для меня ново», «был совсем другим человеком». \* Анамнестические сведения сообщает по наводящим вопросам. \* Не скрывает, что до службы в армии пробовал курить «спайс», употреблял «ЛСД», «экстази», но в основном курил марихуану. Нравилось изменение сознания, «начинаешь людей сильнее понимать», «развязывается язык», «можно поговорить о глобальном, о бесконечности, о происхождении мира». Отмечает, что в тот период не испытывал особой зависимости, мог в любой момент отказаться от употребления. \* Сообщает, что после службы армии стал эпизодически курить марихуану. Рассказывает, что с конца прошлого года «на пустом месте» появилась «тревога», «напряжение», дела на работе «пошли плохо», «казалось, что работодатель хочет их обмануть». С того момента стал «курить» каждый день, чтобы расслабиться, со временем уже не мог выйти утром из дома «не покурив». Не скрывает, что устроился работать «закладчиком», чтобы «получать наркотик по себестоимости». \* Неохотно говорит о событиях в СИЗО, при этом растерянно озирается по сторонам, к чему-то прислушивается, говорит, что «наверно, неправильно о таком рассказывать», «боюсь подставить кого-нибудь». При установлении доверительного контакта рассказывает, что в СИЗО начал читать книгу Стивена Кинга «Сияние». Вспоминает, что примерно на 230 странице книги стало очень страшно, в камере как будто изменилась окружающая обстановка, изменился он сам, стал ощущать себя «мальчиком из книги», «камера превратилась в отель, а сокамерники в действующие лица книги». \* Ощущал себя «посередине между добром и злом», «как будто он в центре, но в плохом смысле». Появилась способность читать мысли других людей, предвидеть их. Почувствовал, что у него есть миссия спасти от «злых сил» находящегося в «камере-отеле» человека. Говорит, что слышал «голоса» и у себя в голове и вокруг, казалось, будто в камере все разговоры только о нем. \* В дальнейшем считал, что он, как и мальчик из книги, может повлиять на события, происходящие вокруг, но окружающие стали «читать мысли». После этого он почувствовал опасность, стал анализировать события и понял, что из-за него могут убить человека, поэтому «постучался в кормушку». Говорит, что после этого камеру обыскали, и его избили заключенные, чтобы отомстить. При этом замолкает, говорит, что «неправильно все это рассказывать», будто что-то внутри его останавливает, «внутренний голос запрещает», «такое чувство, что он предает кого-то». \* Случившееся с ним объяснить себе не может, «что-то подстроенное кем-то», утверждает, что после этого изменился, «как будто новая личность появилась», «ничего от него прежнего не осталось», «как будто



забыл, как жить, как общаться», такое ощущение, что сейчас «учусь заново», с трудом понимаю, «где мои мысли, где не мои». Предполагает, что его «мысли звучат четко», а «чужие полный сумбур». Говорит, что слышит «голоса» в голове, которые говорят ему «убить себя». Указывает, что не хочет этого делать, «пытается им противостоять, чтобы никого не подводить». Заинтересованности в судебно-следственной ситуации не проявляет, «нет сил, чтобы думать об этом». \* В отделении режиме пассивно подчинен, день проводит в пределах постели либо ходит по палате, на обращения к нему реагирует не сразу. К общению с окружающими не стремился. \* Эмоциональные реакции уплощенные, неадекватные. Мышление нецеленаправленное, паралогичное, замедленное. Суждения непоследовательные, противоречивые, неадекватные. Критические и прогностические способности грубо нарушены

#### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **Результаты обследования**

#### **Настоящее состояние больного соответствует синдрому**

- парафренному
- маниакальному
- Кандинского-Клерамбо
- помрачения сознания

#### **В ходе следственных действий после помещения под стражу состояние подэкспертного характеризуется синдромом**

- онейроидным
- паранойяльным
- маниакальным
- парафренным

#### **Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о нарушениях мышления, свойственных для**

- острого полиморфного состояния
- эндогенного процесса
- расстройства личности
- умственной отсталости

#### **Употребление наркотических средств в анамнезе следует расценивать как**

- проявление личностного расстройства
- непродуктивную «стратегию совладания» (копинг)
- синдром зависимости
- расстройство влечения

#### **Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- проявление личностного расстройства
- непродуктивную «стратегию совладания» (копинг)
- синдром зависимости
- расстройство влечения

#### **Диагноз**

#### **Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- органического спектра
- шизофренического спектра
- пограничным психическим
- аффективного спектра

#### **Тип течения заболевания у подэкспертного можно охарактеризовать как**

- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический ремиттирующий
- эпизодический со стабильным дефектом
- непрерывный

#### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- {nbsp}F20.1
- {nbsp}F20.2
- {nbsp}F20.0
- {nbsp}F20.5

#### **Диагноз подэкспертного следует дифференцировать с**

- острым полиморфным психотическим расстройством

- неврозоподобной шизофренией
- кататонической шизофренией
- органическим расстройством личности

#### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь в**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Т. 20 лет, обвиняется в насильственных действиях сексуального характера в отношении лица, заведомо не достигшего 14-летнего возраста.

### **Жалобы**

\* Говорит, что устал от «безжизненности», постоянно чувствует себя расстроенным, нервным; \* сообщает, что в голове часто бывает много мыслей, они путаются.

### **Анамнез заболевания**

\* Сведений о психопатологически отягощенной наследственности нет; \* при

рождении получил травму головы, в 9 месяцев операцию по удалению дермоидной кисты лобной области; \* в результате полученной при рождении травмы отмечался парез правой руки, он поздно начал держать голову и становиться на ноги; \* с первого года жизни находился под наблюдением невролога с диагнозом «Перинатальное поражение ЦНС, легкий правосторонний парез руки»; \* с 4 лет установлен диагноз «Невроз навязчивых движений», «Вегетоневроз», «Синдром вертебробазилярной недостаточности»; \* до настоящего времени отмечается энурез с частотой около 2 раз в месяц, ранее – чаще; \* страдает повышенным внутричерепным давлением, примерно раз в месяц отмечаются интенсивные головные боли; \* отмечаются нарушения сна; \* с частотой 1-2 раза в месяц у него бывают «приступы капризов, переходящие в истерику», «во время истерики наблюдаются судороги ног»; \* отмечались трудности адаптации, аффективные расстройства; \* трудности взаимоотношений с одноклассниками; \* поведение было неадекватным, на уроках был невнимательным, ответы давал невпопад; \* друзей не имел, вел замкнутый образ жизни; \* в связи с негативным отношением к нему одноклассников наблюдался школьным психологом; \* по рекомендации школьного психолога обращался к психоневрологу; \* после окончания школы не учился, не работал, жил на полном обеспечении родителей.

### **Анамнез жизни**

\* Регулярно посещал церковь, пел в церковном хоре, был звонарем, хотел учиться в семинарии; \* окончил 11 классов; \* был признан годным к воинской службе с незначительными ограничениями; \* на учете у психиатра и нарколога не состоял; \* ранее к уголовной ответственности не привлекался.

### **Объективный статус**

\* Продуктивному контакту малодоступен, формально ориентирован, фон настроения меняется от резко сниженного, сопровождающегося плачем со страдальческим выражением лица до резко повышенного с неадекватной улыбкой \* Голос тихий, маломодулированный. Речь в виде монолога. На вопросы отвечает не по-существу, многословно, сведения о себе сообщает путано, противоречиво, соскальзывает по побочным ассоциациям. Перескакивает с одной темы на другую. \* Сообщает, что дома часто устраивал истерики, подолгу не мог успокоиться. Во время конфликтов бился головой об стену, родители угрожали отдать его в психиатрическую больницу. \* Рассказывает, что в классе его всегда обижали, потому что он слабохарактерный, не мог себя защитить, дать сдачи. Говорит, что отличается от других людей, потому что в школе ни с кем не дружил. \* Не может объяснить, почему не учился и не работал. Сообщает, что посещал монастырь, где «старец» объяснил ему, что ему не нужно иметь денег, так как он будет тратить их на свои желания. Считает, что это правильно, т.к. все желания, которые у него

возникали - это искушение, и вместо того, чтобы идти гулять, нужно молиться. \* Говорит, что родители водили его к психиатру, давали какие-то успокаивающие таблетки, которые редко помогали. Старался терпеть, никому не говорил о своих переживаниях. \* Говорит, что над ним постоянно смеются разные люди, все обращают на него внимание, обсуждают его, сговариваются, чтобы сделать ему что-то плохое или унижить его. Постоянно испытывает чувство тревоги, думает о том, что может случиться что-то плохое, кто-то умрет. \* Думает о том, чтобы уйти в монастырь, считает, что там ему будет лучше. Утверждает, что во время молитв ему лучше думается. Считает себя очень религиозным человеком. \* О правонарушении говорит, не меняя выражения лица, без какой-либо эмоциональной окраски. Говорит, что раньше секса у него никогда не было, что девочка ему понравилась ранее, хотел на ней жениться, но стеснялся познакомиться. Хотел, чтобы все было "как в индийском кино". Объясняет, что прекратил свои действия, когда потерпевшая сказала, что ей больно; испытывая «перевозбуждение», мастурбировал в ванной до эякуляции. Повторяет, что «не хотел сделать ничего плохого». При указании ему на уголовную наказуемость таких действий в отношении несовершеннолетних, начинает плакать. \* В отделении держится обособленно, ни с кем не общается, практически все время проводит в постели, много молится, часто раздражается. Мышление непоследовательное, паралогичное. Эмоциональные реакции неадекватны, однообразны, маловыразительны. Критические способности грубо нарушены

#### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

#### **Результаты обследования**

##### **Настоящее состояние больного характеризуется в основном**

**+ + симптоматикой**

- позитивной
- соматической
- продуктивной
- негативной

### **Психическое состояние подэкспертного соответствует синдрому**

- делириозному
- маниакальному
- Кандинского-Клерамбо
- астеническому

### **Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют о нарушениях мышления, свойственных для**

- эндогенного процесса
- расстройства личности
- острого полиморфного состояния
- умственной отсталости

### **Органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС) в анамнезе следует рассматривать как**

- коморбидную патологию
- важный критерий для направления на судебно-психиатрическую экспертизу
- предсказывающий симптом
- причину эмоционально-волевого дефекта

### **Диагноз подэкспертного следует сформулировать как**

- коморбидную патологию
- важный критерий для направления на судебно-психиатрическую экспертизу
- предсказывающий симптом
- причину эмоционально-волевого дефекта

### **Диагноз**

### **Расстройство, которым страдает подэкспертный, относится к расстройствам**

- шизофренического спектра
- аффективного спектра
- пограничным психическим
- органического спектра

### **Тип течения заболевания у подэкспертного**

- эпизодический с нарастающим дефектом
- эпизодический ремиттирующий

- эпизодический со стабильным дефектом
- непрерывный

#### **Шифр диагноза в соответствии с МКБ-10**

- {nbsp}F20.6
- {nbsp}F20.9
- {nbsp}F20.3
- {nbsp}F21.5

#### **Диагноз подэкспертного следует дифференцировать с**

- параноидной шизофренией
- психогенным реактивным психозом
- "бедной симптоматикой" шизофренией
- шизотипическим расстройством

#### **В период инкриминируемого ему деяния подэкспертный**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

#### **По своему психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в состоянии временного психического расстройства, в связи с чем в настоящее время решить диагностические и экспертные вопросы не представляется возможным

### **Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Рашид Ш., 63 лет обратился к психиатру в сопровождении жены.

## **Жалобы**

\* Ранние пробуждения \* повышенная возбудимость \* раздражительность \* напряжение

## **Анамнез заболевания**

\* Психическое состояние изменилось 2 недели назад – стал энергичным, возбужденным. Встает рано утром. Ежедневно употребляет спиртные напитки. Несколько дней отсутствовал на работе – уехал к родственникам и вовремя не вернулся. \* Психически болен с 17 лет. В анамнезе депрессивные состояния и периоды повышенного настроения. В маниакальном состоянии злоупотребляет алкоголем. Госпитализировался в психиатрическую больницу в возрасте 49 и 55 лет, последняя выписка 8 лет назад. После выписки поддерживающее лечение не получал. Предпринимал суицидальные попытки в 24 года и 49 лет.

## **Анамнез жизни**

\* Наследственность отягощена – мать имела тяжелый характер, писала детям на работу письма нелепого содержания, состояла на учете у психиатра. Сестра обращалась за помощью к психотерапевту по поводу сниженного настроения, получала антидепрессанты. \* Раннее развитие протекало с опережением. \* Образование высшее, специальность – инженер-геолог. \* Работает геологом в экспедиции. \* Женат, имеет 2-х детей. Супруга в последнее время проживает с семьей дочери.

## **Объективный статус**

Психический статус: Возбужден. Говорит быстро. Голос громкий. На месте удерживается с трудом. Ориентирован полностью в месте, времени, собственной личности. Обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Бредовые идеи активно не высказывает. Настроение повышено. Держится без чувства дистанции. Обращается к врачу на «ты». Мышление в ускоренном темпе. Перескакивает с одной мысли на другую. Рассказывает о своих планах в ближайшее время взять отпуск и поехать отдыхать. Раздражителен в адрес жены, груб. Память, интеллект без грубой патологии. Внимание неустойчивое. К состоянию критики нет. + Психологическое обследование: На первый план выступают недостаточная целенаправленность мыслительной деятельности, ослабление мотивационного компонента психической деятельности, недостаточная критичность, что затрудняет процесс обследования и делает применение экспериментальных методик невозможным.



**Для диагностики биполярного аффективного расстройства необходимо выявить у пациента**

- депрессию
- манию
- состояния мании и депрессии
- циклотимию

**Для оценки биполярного аффективного расстройства не используется шкала**

- Гамильтона
- Янга
- Монтгомери-Асберга
- Спилберга

**У пациента можно предположить диагноз**

- Гамильтона
- Янга
- Монтгомери-Асберга
- Спилберга

**Диагноз**

**Состояние пациента укладывается в клиническую картину**

- мании с психотическими симптомами
- текущего эпизода смешанного
- гипомании
- мании без психотических симптомов

**Препаратами первого ряда выбора при купировании мании являются**

- транквилизаторы
- нормотимики
- антидепрессанты
- ноотропы

**При тяжелой мании и сильном психомоторном возбуждении или при мании с психотическими симптомами рекомендован прием**

- транквилизатора
- нормотимика
- антипсихотика
- нормотимика и антипсихотика

**Продолжительность использования транквилизаторов на этапе стабилизации маниакального состояния составляет**

- 6 месяцев
- 1-2 месяца
- 2 недели
- 4 недели

**Прекращение поддерживающей терапии при биполярном аффективном расстройстве возможно по инициативе пациента при сроке ремиссии**

- 1 год
- 3 года
- 6 месяцев
- 5 лет

**Для профилактики рецидивов биполярного аффективного расстройства назначаются**

- антидепрессанты
- ноотропы
- антипсихотики
- нормотимики

**Данное расстройство обусловлено в первую очередь + \_\_\_\_\_ + факторами**

- психогенными
- экзогенными
- эндогенными
- полигенными

**Данное расстройство, как правило, дебютирует в возрасте**

- зрелом
- молодом
- пожилом
- подростковом

**Распространенность данного расстройства в популяции**

- зрелом
- молодом
- пожилом
- подростковом

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Татьяна Г., 37 лет обратилась к психиатру в консультативно-диагностическое отделение в сопровождении мужа и сестры.

### Жалобы

\* Слуховые обманы восприятия – «голоса» угрожающего содержания внутри головы \* болезненные ощущения в теле \* чувство страха \* сниженный аппетит \* слабость \* беспокойный сон \* неусидчивость \* скованность \* дрожь в теле

### Анамнез заболевания

Психические нарушения в течение 1,5 лет, когда появились слуховые обманы восприятия оскорбляющего и угрожающего характера. Обратилась за помощью к психиатру год назад. Трижды госпитализировалась в психиатрическую больницу, последняя выписка 3 дня назад. Перед последней госпитализацией стала замкнутой, «не шла на контакт», не реагировала на обращения, не подходила к ребенку, «ходила боком и спиной». Помещала резину себе в шорты, объясняла, что ей «делают там больно». Получала рисперидон, галоперидол, клозапин, кломипрамин.

### Анамнез жизни

\* Мать странная по характеру. Младшая сестра увлекается эзотерикой. \* Образование неполное высшее. \* Работала актрисой в театре. После замужества занимается домашним хозяйством. \* Замужем, имеет 2-х детей. У старшего ребенка инвалидность вследствие детского церебрального паралича. \* В анамнезе аппендэктомия в возрасте 15 лет. Травма головы в детстве, медицинскую помощь не получала. \* Оперирована в возрасте 27 лет и 35 лет по поводу фибroadеномы молочной железы.

### Объективный статус

Психический статус: в контакт вступает постепенно. Попросила разрешения встать постоять. Топчется на месте. Сознание ясное. Ориентирована полностью в месте, времени, собственной личности. На момент осмотра слышит «голоса» внутри головы, которые комментируют ее действия и ругают. Считает, что на нее воздействовали – вызывали болезненные ощущения внизу живота. Несколько заторможена. На вопросы отвечает с паузами. Не уверена в своих ответах, сомневается. Настроение снижено, плачет. Быстро истощается. Безынициативна в беседе. Критика к состоянию неполная.

### У пациентки можно предположить диагноз

- зрелом

- молодом
- пожилom
- подростковom

## **Диагноз**

### **Ведущим синдромом в клинической картине является**

- онейроидный
- параноидный
- паранояльный
- парафренный

### **Временной критерий для установления диагноза шизофрении составляет + + месяц/месяца/месяцев**

- 1
- 6
- 2
- 3

### **Пациентке необходимо в первую очередь назначить**

- антидепрессант
- стабилизатор настроения
- антипсихотический препарат
- транквилизатор

### **Антипсихотическими препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с преимущественным действием**

- дезингибирующим
- инцизивным
- антигаллюцинаторным и антибредовым
- седативным

### **Антипсихотическое действие нейролептиков связано с блокадой рецепторов**

- гистаминовых
- серотониновых
- холинергических
- дофаминергических

### **Наиболее частым и тяжелым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов первого поколения является**

- нейролептический
- метаболический
- седативный
- гипотензивный

**Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов второго поколения является**

- метаболический
- нейролептический
- седативный
- гипотензивный

**Период полувыведения основных антипсихотических препаратов составляет +      + часа/часов**

- 24
- 48
- 12
- 36

**Распространенность шизофрении в мире по данным эпидемиологических исследований составляет +      + %**

- 2,5-3
- 0,3
- 0,5-1,6
- 5,0

**Прогноз расстройства у данной пациентки можно оценить как**

- фатальный
- неблагоприятный
- благоприятный
- сомнительный

**Тип течения расстройства у данной пациентки согласно МКБ-10 можно определить как**

- фатальный
- неблагоприятный
- благоприятный
- сомнительный

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 73 лет обратилась за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение добровольно в сопровождении мужа и снохи.

### Жалобы

\* Снижение памяти; \* рассеянность; \* слабость; \* нарушения сна – трудности засыпания, беспокойный сон; \* плаксивость; \* раздражительность.

### Анамнез заболевания

\* Ухудшение памяти в течение 5 лет. \* В последние недели отмечаются зрительные и слуховые обманы восприятия. Считает, что в квартиру проникают таджики, крадут ее личные вещи. Со слов родственников «придумывает то, чего не было». Агрессивна в адрес мужа. Потерялась неделю назад во время прогулки, не смогла самостоятельно вернуться домой. Домашними делами не занимается – не готовит, не убирается. Одевается с помощью. \* Обращалась за помощью к неврологу год назад, получала ноотропы без эффекта.

### Анамнез жизни

\* Образование высшее, специальность - филолог. \* Пенсионерка по возрасту. \* Замужем с 22 лет, имеет двоих детей. \* Страдает артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца. \* В анамнезе операция по поводу желчно-каменной болезни 7 лет назад.

### Объективный статус

Психический статус: Выражение лица растерянное. Волосы не прибраны. В собственной личности ориентирована верно. Называет фамилию, имя и отчество. Не знает текущую дату. Обманы восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Бредовых идей активно не высказывает. Когнитивные функции значительно снижены. Ошибается с датой рождения и возрастом. Не воспроизводит даты биографии. Не помнит, что делала в течение дня. На вопросы отвечает односложно, не всегда по существу. Ищет поддержки у близких. Быстро истощается в беседе. Критики к состоянию нет.

**Диагностика расстройства должна основываться, в первую очередь, на данных + исследования**

- инструментального
- нейрофизиологического
- экспериментально-психологического
- клинико-лабораторного

**Для выявления когнитивных нарушений используется**

- шкала Гамильтона
- тест \_mini-mental state examination (MMSE)\_
- шкала Спилберга
- шкала Янга (\_YMRS\_)

**Перенесенное психотическое состояние можно расценить как**

- органическое аффективное расстройство
- органический галлюциноз
- органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство
- органический делирий

**Нарушения памяти в виде конфабуляций характерны для**

- органического галлюциноза
- органического амнестического синдрома в связи с сосудистым заболеванием головного мозга
- органического аффективного расстройства
- легкого когнитивного расстройства

**Ослабление памяти, снижение интеллекта, недержание аффекта являются диагностическими критериями + + синдрома**

- эпилептиформного
- амнестического
- энцефалопатического
- астенического

**Амнестический (корсаковский) синдром в первую очередь характеризуется**

- аффективными нарушениями
- расстройствами памяти
- снижением интеллекта
- расстройством сознания

**Ложные воспоминания определяются как**

- гипермнезия
- криптомнезия
- конфабуляции
- псевдореминесценции

**Для купирования острого психотического состояния рекомендовано назначение**

- транквилизатора
- антипсихотического препарата
- антидепрессанта
- стабилизатора настроения

**Для лечения сосудистой деменции в первую очередь используются**

- ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- витамины
- аминокислоты
- ангиопротекторы

**Нейрометаболические стимуляторы не оказывают эффекта**

- антиастенического
- антипсихотического
- психостимулирующего
- мнемотропного

**При наличии у пациентки продуктивных психопатологических расстройств психиатрическую помощь необходимо оказывать**

- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- стационарно

**Распространенность деменции среди лиц старше 65 лет по данным популяционных исследований составляет + \_\_\_\_ + %**

- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- стационарно

**Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

Елизавета К., 23 лет, обратилась за помощью к психиатру в консультативно-



диагностическое отделение в добровольном порядке в сопровождении родителей.

### **Жалобы**

\* Апатия; \* отсутствие желаний и побуждений; \* снижение эмоционального реагирования; \* трудности восприятия информации; \* продолжительный сон; \* снижение трудоспособности; \* плохой аппетит

### **Анамнез заболевания**

Психическое состояние изменилось 5 месяцев назад. На фоне повышенной нагрузки в университете случился нервный срыв – расплакалась, сказала, что «ничего не может делать». Обращалась за помощью к неврологу. Получала сосудистые препараты, положительного эффекта не отмечала. 4 месяца назад изменилось восприятие – казалось, что тело стало хрупким, ходила осторожно, не могла брать предметы в руки. «Окружающая действительность воспринималась странным образом». Испытывала чувство страха. Жаловалась на тошноту, слабость. Госпитализировалась в психиатрическую больницу. Получала рисперидон. Состояние улучшилось. Вес снизился за время болезни на 9 кг до 49 кг. Не может учиться. Сузился круг общения.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность отягощена – дедушки со стороны отца и матери злоупотребляют алкоголем. \* Младшая из 2-х детей. \* Беременность у матери протекала с угрозой выкидыша. \* В детском возрасте были страхи, спала с матерью. \* В школу пошла с 7 лет, училась отлично. Занималась только учебой. \* Росла впечатлительной, тревожной. В подростковом возрасте переживала, что у нее маленькая грудь. \* В возрасте 10 лет сотрясение головного мозга, лечилась стационарно. \* Менструации с 13 лет, нерегулярные.

### **Объективный статус**

Психический статус: В контакт вступает постепенно. Сознание ясное. Ориентирована верно в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовых идей не высказывает. Скована. Сидит в одной позе. Эмоционально снижена. Лицо маскообразное. Смотрит в одну точку. Чувствует себя, «как будто заморожена». На вопросы отвечает односложно. Инициативу в беседе не проявляет. Критика к состоянию неполная.

**Для уточнения диагноза пациентке необходимо в первую очередь назначить**

**+ исследование**

- нейрофизиологическое
- экспериментально-психологическое
- лабораторное

- инструментальное

**У пациентки можно предположить диагноз**

- нейрофизиологическое
- экспериментально-психологическое
- лабораторное
- инструментальное

**Диагноз**

**Нарушения восприятия себя и окружающего мира характерны для синдрома**

- деперсонализационно-дереализационного
- аффективного
- обсессивно-фобического
- ипохондрического

**Трудности восприятия информации у пациентки обусловлены**

**+ + синдромом**

- психоорганическим
- псевдоастеническим
- ипохондрическим
- обсессивно-фобическим

**Для данного расстройства не характерны + + нарушения**

- «бедные симптомами»
- галлюцинаторно-бредовые
- неврозоподобные
- психопатоподобные

**Пациентке необходимо в первую очередь назначить**

- стабилизатор настроения
- транквилизатор
- антипсихотический препарат
- антидепрессант

**Пациентке, наряду с антипсихотическим препаратом, может быть рекомендован прием**

- психостимулятора
- ноотропа

- антидепрессанта
- стабилизатора настроения

**Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов второго поколения является**

- седация
- увеличение массы тела
- ортостатическая гипотония
- экстрапирамидная симптоматика

**Для купирования первичной негативной симптоматики используют**

- антидепрессанты
- транквилизаторы
- антипсихотические препараты второго поколения
- антипсихотические препараты первого поколения

**Для оценки выраженности негативных симптомов при шизофренических расстройствах используется шкала**

- Гамильтона
- \_PANSS\_
- Монтгомери и Асберга
- Цунга

**Прогноз данного расстройства, как правило, является**

- неблагоприятным
- фатальным
- сомнительным
- благоприятным

**Тип течения данного расстройства в большинстве случаев определяется как**

- неблагоприятным
- фатальным
- сомнительным
- благоприятным

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Б., 22 года, обвиняется по п. «г» ч. 2 ст. 161 УК РФ в открытом

хищении велосипеда, принадлежащего В. По уголовному делу была назначена комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Головные боли, утомляемость, раздражительность.

### **Анамнез заболевания**

В период беременности мать перенесла грипп на сроке 33 недели, выявлялись кальцинация плаценты, внутриутробная асфиксия плода. Подэкспертный родился в асфиксии, закричал через 2 минуты, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов. С рождения он наблюдался неврологом по поводу перинатальной энцефалопатии. Раннее развитие протекало с задержкой: сидеть начал с 7 месяцев, ходить – с 1 года 3 месяцев, первые слова – с 1 года 5 месяцев. В 3,5 года Быков А.В. был осмотрен психиатром ПНД, у него выявлялся очень малый словарный запас, не мог назвать времен года, считал на пальцах. Быков А.В. посещал логопедический детский сад. С 2005 г. Быков А.В. начал обучаться в общеобразовательной школе, испытывал трудности в усвоении программы, был отвлекаем, утомляем, чрезмерно подвижен, драчлив. Рекомендовался перевод в класс компенсирующего обучения. При обучении в данном классе отмечались невысокий познавательный интерес, обидчивость, упрямство. В 2007 г. он получил травму головы без потери сознания, после чего беспокоили головные боли, был раздражительным, возбудимым, быстро истощался. При проведении медико-педагогической комиссии рекомендовалось обучение на дому по программе 3 класса. В последующем у Быкова А.В. продолжал обучаться в общеобразовательной школе, отмечалось равнодушное отношение к учебе, сохранялись нарушения поведения, при утомляемости он переставал выполнять задания, мог встать, раскидывать вещи, грубо ответить, проявлял агрессию к сверстникам, отказывался от учебы, уходил из дома; его беспокоили головные боли. Он регулярно наблюдался у психиатра, где отмечались раздражительность, неусидчивость, дизартричность речи, ограниченный запас знаний, истощаемость, медлительность, снижение памяти, замедленность мышления со склонностью к обстоятельности, эмоциональная неустойчивость. Психотических расстройств не обнаруживалось. При проведении ЭЭГ выявлялось снижение порога судорожной готовности; на ЭХО-ЭГ – слабые гидроцефальные признаки с преобладанием справа, гипертензионный синдром. В 2013 года был избит сверстниками. В 9 классе программу усваивал слабо, дома все время проводил за компьютером, был склонен к девиантному поведению, воровал дома деньги, объяснял свое поведение навязчивым желанием покупать что-нибудь. После окончания 9 класса Быков А.В. обучался в ПУ № 86 по специальности «электрик», пропускал занятия, беспокоили головные боли, головокружения, утомлялся, после занятий спал. Врачебной комиссией ему рекомендовалось обучение в щадящем режиме. В 2018 г.

Быкову А.В. была определена 3 группа инвалидности сроком на 1 год. Он не работал.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически неотягощена. + Окончил 9 классов общеобразовательной школы (коррекционный класс), ПУ № 86 по специальности «электрик». + Не работал. + В браке не состоял. + Алкогольными напитками, наркотическими средствами не злоупотреблял, не курит + К уголовной и административной ответственности ранее не привлекался. + Проживает с родителями.

### **Объективный статус**

Одет небрежно, волосы сальные. В беседу вступает неохотно, выражение лица недовольное, по мере нарастания утомляемости становится более раздражительным. На вопросы отвечает кратко, односложно, после паузы. Речь дизартричная. Правильно называет текущую дату. Ориентирован в собственной личности. Не знает точно названия учреждения, в котором находится. Формально понимает цель проведения экспертизы: «Определить, вменяемый был или нет». Анамнестические сведения излагает при помощи уточняющих вопросов, не всегда последовательно, не помнит даты событий из жизни, при этом с бравадой заявляет: «У меня отличная память». Себя характеризует спокойным, замкнутым. Неохотно подтверждает, что слабо учился в школе, «было трудно». Затем заявляет, что при обучении на дому «успевал отлично», «у меня математика на пять с плюсом». Сообщает, что окончил училище по специальности «электрик», но по данной специальности работать не планирует, так как ничего в этом не понимает. Высказывает желание работать в шиномонтажной мастерской, считает, что справится, хотя никогда не делал этого, только видел. При расспросах, чем занимается дома, отвечает: «Вам лучше не знать». Затем отмечает, что немного помогает родителям в домашних делах, играет в компьютерные игры по ночам, смотрит фильмы, весь день проводит у девушки, где играет вместе с ее младшими братьями. Подтверждает, что с детства наблюдается у психиатра, получает лечение, не может назвать по какой причине, не знает своего диагноза. Употребление алкоголя, наркотических средств отрицает. При расспросах о правонарушении раздражается, сообщает отрывочные сведения, говорит, что потерпевшая оскорбляла его и его семью, ударил ее, забрал велосипед. Не сожалеет о случившемся, повторяет: «За такое получают», «я ей отомстил за то, что она оскорбляла». Не осведомлен о статье, по которой привлекается к уголовной ответственности, не знает о возможных наказаниях. Не обеспокоен исходом уголовного дела. Запас знаний и представлений мал. В ходе обследования продуктивной психотической симптоматики в виде бреда и галлюцинаций не выявлено. Суждения примитивные, поверхностные. Круг интересов ограничен.

Концентрация внимания ослаблена. Мышление замедленное, обстоятельное. Память снижена. Эмоциональные реакции неустойчивые. Критические и прогностические способности значительно нарушены. + При экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают нарушения эмоционально-волевой сферы. Обнаруживается неустойчивость эмоций и поведения в сочетании с агрессивностью, склонностью к внешнеобвиняющему реагированию. Наблюдаются трудности произвольной регуляции деятельности, тенденция к непосредственной реализации возникающих побуждений, при затрудненности целеполагания и прогнозирования. Характерна неразвитость стратегий разрешения проблемных ситуаций в сочетании с их ригидностью и инертностью. В интеллектуальной деятельности потенциальные возможности несколько выше актуальных. Выявляются обстоятельность мышления, затрудненность понимания условного смысла и установления причинно-следственных связей, опосредования. Отмечается ригидность, инертность, сниженная критичность мыслительной деятельности. Однако на несложном материале подэкспертный способен к функциональным и простым понятийным обобщениям, ориентирован в простых бытовых вопросах. Наблюдаются трудности вработываемости, выраженные колебания внимания и умственной работоспособности, признаки утомляемости к концу работы, пресыщаемость. Непосредственное механическое запоминание снижено.

#### **Судебно-психиатрическая экспертная комиссия выставила Б. диагноз**

- неблагоприятным
- фатальным
- сомнительным
- благоприятным

#### **Диагноз**

#### **Выявленное у Б. психическое расстройство соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F07.08
- {nbsp}F06.78
- {nbsp}F06.68
- {nbsp}F71.08

#### **У Б. психические нарушения относятся + \_\_\_\_\_ + к синдрому**

- параноидному
- энцефалопатическому (психоорганическому)
- депрессивному

- астеническому

**Динамика выявленного у Б. психического расстройства носила**

**+ \_\_\_\_\_ + характер**

- благоприятный
- осложненный
- стационарный
- прогредийный

**В рамках экспериментально-психологического исследования психолог квалифицировал у Б. патопсихологический симптомокомплекс относящийся к**

- аномально-личностному регистру
- экзогенно-органическому регистру
- умственной отсталости
- эндогенной патологии

**Юридическим основанием для назначения Б. комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы является**

- ходатайство прокурора
- постановление следователя
- заявление адвоката
- собственное обращение

**Назначение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы обвиняемому Б. необходимо для установления**

- наличия или отсутствия наркомании (синдрома зависимости от психоактивных веществ, отнесенных к наркотическим)
- характера и степени вреда, причиненного здоровью
- психического состояния в связи с сомнениями в его «вменяемости» и способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве
- возраста

**Экспертная комиссия пришла к заключению, что Б. \_\_\_\_\_ на момент совершения инкриминируемого ему деяния**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находился в состоянии аффекта

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

**Правовая квалификация экспертного решения подпадает под действие части (-ей)**

- 1 и 2 статьи 21 УК РФ
- 1 и 2 ст. 22 УК РФ
- 1 и 2 статьи 20 УК РФ
- 3 статьи 20 УК РФ

**Один из вопросов экспертного задания, сформулированный как**  
**+ , не входит в компетенцию экспертов при данном**  
**виде экспертизы**

- страдает ли Б. каким-либо хроническим психическим расстройством, временным психическим расстройством, слабоумием либо иным болезненным состоянием психики
- имеется ли у Б. отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством
- нуждается ли Б. в применении к нему принудительных мер медицинского характера и если да, то каких именно
- мог ли Б. во время совершения инкриминируемого ему деяния в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими

**Экспертная комиссия рекомендовала направление Б. на**

- принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа
- принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением
- принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа

**Права и обязанности эксперта при производстве комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) обвиняемых в Уголовно-процессуальном кодексе РФ регламентируются статьей**



- принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа
- принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением
- принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертная Б., 20 лет. + ГБУ ПНИ ДСЗН обратился в суд с заявлением о признании ее недееспособной. + Доставлена на амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу в сопровождении медицинского персонала ПНИ.

### **Жалобы**

Не предъявляет по психическому состоянию.

### **Анамнез заболевания**

Возраст матери 43 года, беременность 5-я, роды 3-и, в период беременности перенесла грипп. Б. родилась на 34-35-й неделе, при рождении вес подэкспертной - 1600 г, длина тела - 45 см. После выписки проходила обследование в ДКБ № 13, выявлена хромосомная патология (синдром Дауна), откуда была переведена в Дом ребёнка. С раннего возраста отставала в психомоторном и речевом развитии. В 2001 г. Б. была освидетельствована ГМППК, рекомендовано пребывание в учреждении социальной защиты. С 2002 г. Б. воспитывалась в ЦССВ (ранее ДДИ). За время пребывания в учреждении у нее сформировались основные навыки самообслуживания и гигиены, улучшилось понимание речи, познавательная активность, наблюдались эпизоды нарушения поведения в виде двигательной расторможенности, агрессии. В 2011 г. она находилась на лечении в ДПБ в связи с нарушениями поведения. В 2015 г. Б. была признана инвалидом с детства первой группы бессрочно. В дальнейшем ее состояние оставалось стабильным, несмотря на отмену в 2016 г. психофармакотерапии. Она была доброжелательной, контактной, охотно общалась с детьми в группе, не конфликтовала, стремилась к лидерству, помогала ухаживать за другими детьми, аккуратно раскладывала вещи, заправляла кровати, выполняла простые поручения. При психологическом исследовании Б. выявлялось тотальное снижение продуктивности когнитивной сферы в сочетании с личностной незрелостью,

недоразвитием волевых навыков, проявлениями аффективной неустойчивости; отмечалось, что уровень интеллектуальных достижений снижен, не соответствует норме данного возрастного периода, запас знаний существенно ограничен; указывалось, что имеющееся выраженное недоразвитие речи, оказывает существенное негативное влияние на процесс усвоения новой информации, образовательные перспективы, сферу межличностной коммуникации. С 2017 г. Б. проживала в ГБУ ПНИ. В психическом состоянии отмечалось, что обращенную речь она понимала на обиходно-бытовом уровне, выполняла простые инструкции. Собственная речь в виде коротких малопонятных слов, для общения чаще использовала жестикуляцию. Пространственно-временные представления сформированы недостаточно. В бытовой обстановке была ориентирована. Выявлялись снижение памяти, интеллекта, наглядно-образное мышление, невысокая познавательная активность и продуктивность, ограниченность запаса знаний обиходно-бытовыми понятиями, неустойчивость внимания, отсутствие критики к состоянию. Острой психотической симптоматики не обнаруживалось. В период проживания в интернате состояние оставалось неустойчивым: контакт был затруднен, режим не соблюдала, инструкции не выполняла, была беспокойной, бегала по коридору, хлопала дверьми, ломала ручки, лила воду на кровати соседей, собирала у всех вещи и складывала под матрас, рвала книги, пачкала паззлы, на замечания и уговоры не реагировала, оставалась агрессивной, импульсивной, могла толкнуть, ударить, без критики относилась к своему состоянию и поведению. Периодически наблюдалась стабилизация состояния. + Неврологическое состояние. Голова неправильной формы, косой разрез глаз с кожной складкой по внутреннему углу, широкая переносица, ушные раковины расположены низко. Пальцы рук широкие, короткие. Походка неуверенная, на широко расставленных ногах. Варусная деформация стоп. Фотореакции сохранены. Мышечный тонус повышен. Сухожильные рефлексy с рук, с ног оживлены, D=S. Координаторные пробы не выполняет. Менингеальных знаков нет.

### **Анамнез жизни**

Сведений о наследственных заболеваниях нет. + Раннее психомоторное развитие протекало с задержкой. + Воспитывалась в ЦССВ, затем проживала в ПНИ. Не обучалась. + По характеру формировалась доброжелательной. + В браке не состояла. + Перенесла заболевания: ОРВИ, лакунарная ангина, атонический дерматит. + Травм головы не получала. + Алкогольные напитки, наркотические средства не употребляла, не курит. + Не работала. + Проживает до настоящего времени в ПНИ.

### **Объективный статус**

В кабинет заведена с помощью медицинского персонала. Сидит в напряженной

позе, рот полуоткрыт, держит за руку сопровождающего медицинского работника, не отпускает. Продуктивному контакту не доступна. На вопросы не отвечает, инструкции не выполняет. Изредка, кратковременно поддерживает зрительный контакт. Ориентировка в месте, времени, собственной личности нарушена. Не понимает цели проведения экспертизы. Анамнестические сведения о себе не сообщает. Концентрация внимания резко ослаблена. Интеллектуально-мнестические функции нарушены. Эмоциональные реакции малодифференцированные. Продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации) не выявлено. Критические и прогностические способности отсутствуют.

#### **Ведущий из общих клинических признаков у Б - это**

- недоразвитие только речи
- недоразвитие всех сложных форм психической деятельности
- гипердинамические нарушения
- выраженные эмоциональные нарушения при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости

#### **Судебно-психиатрическая экспертная комиссия выставила Б. диагноз**

- недоразвитие только речи
- недоразвитие всех сложных форм психической деятельности
- гипердинамические нарушения
- выраженные эмоциональные нарушения при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости

#### **Диагноз**

#### **К этиологическим факторам, приведшим к умственной отсталости у Б., относится**

- наследственный фактор
- экзогенный фактор – перенесенный грипп; хромосомная патология
- перенесенная в постнатальном периоде черепно-мозговая травма
- соматические заболевания, протекающие с дистрофией и обезвоживанием

#### **Выявленное у Б. психическое расстройство соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F06.78
- {nbsp}F81.8
- {nbsp}F72.88
- {nbsp}F70.14

**При клинико-психологическом обследовании Б. в ПНИ с использованием тестов ее коэффициент умственного развития (IQ) по МКБ-10 составил**

- 100
- 50-69
- 20-34
- менее 20

**Прогноз заболевания у Б**

- сомнительный
- относительно благоприятный
- благоприятный
- неблагоприятный

**Юридическим основанием для проведения Б. судебно-психиатрической экспертизы является**

- ходатайство адвоката
- постановление следователя
- определение суда
- заявление членов семьи гражданина

**Экспертная комиссия пришла к заключению, что Б. \_\_\_\_\_ понимать значение своих действий и руководить ими**

- не может
- может
- может не в полной мере
- может лишь при помощи других лиц

**При ответе на вопрос о возможности присутствия Б. в зале судебного заседания врачи – судебно-психиатрические эксперты пришли к заключению, что**

- ее присутствие создает опасность для ее жизни и здоровья, а также для жизни и здоровья окружающих
- ее присутствие не создает опасности для ее жизни и здоровья, а также для жизни и здоровья окружающих
- ее присутствие в судебном заседании возможно только при условии медикаментозной коррекции поведения
- вопрос не относится к компетенции экспертов при производстве экспертиз по делам о признании гражданина недееспособным

Один из вопросов экспертного задания, сформулированный как  
+, не входит в компетенцию судебно- психиатрических  
экспертов при данном виде экспертизы

- создает ли участие Б. в судебном заседании опасность для ее жизни или здоровья, для жизни и здоровья окружающих
- страдает ли Б. каким-либо психическим расстройством
- является ли Б. недееспособной
- может ли Б. понимать значение своих действий и руководить ими

Основания признания гражданина недееспособным регламентируются  
статьей + + ГК РФ

- 29
- 30
- 17
- 21

Лицо, признанное судом недееспособным, может быть помещено в  
стационарную организацию социального обслуживания, предназначенную  
для лиц, страдающих психическими расстройствами

- 29
- 30
- 17
- 21

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный В., 25 лет, обвиняется по п. «а» ч. 3 ст. 158 УК РФ в тайном хищении чужого имущества (газовый баллон, чугунная батарея, металлические перила) через разбитое окно веранды дома, принадлежащего К. По уголовному делу была назначена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

В. – четвертый из пяти детей в семье. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Раннее развитие соответствовало возрасту, был беспокойным, подвижным. Наблюдалось нарушение произношения звуков «р» и «л», в связи с чем занимался с логопедом, без эффекта. В. начал обучаться в

общеобразовательной школе с 8 лет, с программой не справлялся, дублировал 1 класс. В 2002 г. консультировался психиатром в школе. В описании психического состояния указывалось, что запас знаний низкий, не знал всех букв, считал только до 10, не знал времен года. Выявлялось отставание в интеллектуальном развитии. Рекомендовался осмотр медико-педагогической комиссией. В 2004 г. ОМПК были рекомендованы обучение по коррекционной программе учреждения 8 вида, психолого-педагогическая коррекция и наблюдение у психиатра. В школьной характеристике отмечалось, что В., обучаясь по специальной коррекционной программе, успевал слабо, был подвижным, общительным, доброжелательным, на замечания учителя реагировал адекватно, внимание было неустойчивым, память носила кратковременный характер, речь развита недостаточно, словарный запас беден, понятия об окружающем мире скудные, читал по слогам, таблицу умножения заучивал с трудом, примеры в одно действие решал самостоятельно, но задачу решить не мог. В 10 классе В. перешел в вечернюю школу, которую не окончил. В 2012 г. по направлению военного комиссариата он проходил обследование в психиатрической больнице, в ходе которого был напряжен, ориентирован в полном объеме, речь бедная, короткими фразами, ответы по существу, суждения поверхностные, настроение ровное, эмоциональные реакции адекватные ситуации, мышление конкретное. При психологическом исследовании указывалось на мыслительную деятельность на конкретном уровне, несформированность речевых навыков с преобладанием недоразвития смысловой стороны, IQ-62. После стационарного обследования В. был поставлен на консультативное наблюдение к врачу-психиатру. В 2012 г. был признан ограниченно годным к военной службе. Работал продавцом в магазине. В 2013 году совершил кражу в связи с чем был привлечен к уголовной ответственности. При проведении судебно-психиатрической экспертизы дано заключение, что в период инкриминируемого деяния В. мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, в принудительных мерах медицинского характера не нуждался. В 2014г. В. был осужден районным судом по ст. 158 ч. 2 п. «б» УК РФ, приговорен к обязательным работам на 100 часов. В июне 2016 года он обратился к психиатру с целью трудоустройства, было рекомендовано трудоустройство рабочим. Подэкспертный неофициально подрабатывал помощником сантехника в ДЕЗе до апреля 2019 года. Эпизодически употреблял алкогольные напитки. Под наблюдением в наркологическом кабинете не состоял. В характеристике с места жительства отмечено, что В. проживает с матерью, нигде не работает, ранее привлекался к уголовной ответственности, жалоб со стороны жителей по месту проживания не поступало, спиртными напитками не злоупотребляет.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически неотягощена. + Детское дошкольное учреждение не посещал. Окончил 9 классов общеобразовательной школы по специальной коррекционной программе 8 вида. + Срочную службу в армии подэкспертный не проходил. + Работал продавцом, затем неофициально помощником сантехника. + В 2014 г. осужден за совершение кражи. + В браке не состоял. + Алкогольными напитками, наркотическими средствами не злоупотреблял. + Проживает с матерью.

### **Объективный статус**

Подэкспертный доступен продуктивному контакту. Ориентирован в месте, времени и собственной личности верно. Цель проводимой экспертизы понимает правильно. Отмечает, что ранее проходил судебно-психиатрическую экспертизу. В беседу вступает охотно, отвечает в плане поставленных вопросов, кратко, нуждается в упрощении формулировок. Мимика живая, адекватная. Голос обычного тембра. Настроение ровное. Анамнестические сведения сообщает с помощью наводящих вопросов, не всегда датирует основные события из жизни. Себя характеризует общительным, добрым. Подтверждает, что слабо успевал в школе, при этом поясняет, что старался, «учился в меру способностей». Отмечает, что не окончил вечернюю школу, также не смог поступить в училище, так как «не изучал иностранные языки». Охотно рассказывает о местах работы, поясняет – «выполнял, что велели, как показывали». Говорит, что хотел устроиться на работу на железную дорогу, но не взяли. Неохотно подтверждает наличие судимости, уклоняется от обсуждения причин совершения правонарушения. Отрицает злоупотребление алкогольными напитками, прием наркотических средств. Сообщает, что «состоит на учете у психиатра», но практически не посещал его, лечения не получал. По поводу настоящего правонарушения поясняет, что «нужны были деньги», решил совершить кражу, так как знал, что в доме постоянно никто не живет. Осведомлен о статье, по которой привлекается к уголовной ответственности, возможных наказаниях. Надеется на благоприятный исход уголовного дела, «условное наказание, исправительные работы». Запас знаний и общеобразовательных сведений низкий. При проведении счетных операций допускает ошибки. Перечисляет некоторых писателей, однако не знает их произведений, которые включены в школьную программу. Не может объяснить отличие столицы государства от других городов. Не может вспомнить годы Великой Отечественной войны. Задачи на сообразительность не решил. Правильно проводит обобщение и сравнение простых понятий, в более сложных случаях дает отказные реакции. Объяснил только иносказательный смысл метафоры «Светлая голова», остальные трактует неверно. Переносный смысл пословиц не доступен. Достаточно хорошо ориентируется в бытовых

вопросах. Словарный запас беден. Мышление конкретное, суждения примитивные, поверхностные. Концентрация внимания ослаблена. Память, интеллект невысокие. Продуктивной психопатологической симптоматики в виде бреда и галлюцинаций не выявлено. Эмоциональные реакции адекватные, соответствуют теме беседы и ситуации. Критическое отношение к своему состоянию и сложившейся судебно-следственной ситуации в целом не нарушено.

**Судебно-психиатрическая экспертная комиссия выставила В. диагноз**

- 29
- 30
- 17
- 21

**Диагноз**

**Выявленное у В. психическое расстройство соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F70.09
- {nbsp}F71.19
- {nbsp}F07.08
- {nbsp}F72.09

**При оценке мнестических расстройств у В. наиболее страдает память**

- изолированная
- смысловая
- механическая
- эйдетическая

**Интересы В. сконцентрированы на**

- участии в общественной жизни, выполнении общественных поручений
- удовлетворении собственных физиологических потребностей
- получении образования
- повышении профессиональной квалификации

**При клинико-психологическом обследовании В. в психиатрической больнице для определения годности к военной службе с использованием тестов коэффициент умственного развития (IQ-62) по МКБ-10 соответствовал**

- тяжелой умственной отсталости



- легкой умственной отсталости
- глубокой умственной отсталости
- умеренной умственной отсталости

**Юридическим основанием для назначения В. судебно-психиатрической экспертизы является**

- собственное обращение с заявлением о проведении СПЭ
- постановление следователя
- заявление потерпевшего
- ходатайство адвоката

**Экспертная комиссия пришла к заключению, что В. \_\_\_\_\_ на момент совершения инкриминируемого ему деяния**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находился в состоянии эмоционального напряжения

**У подэкспертного в период совершения противоправного деяния**

- выявляется патологическое просоночное состояние
- не выявляется временное психическое расстройство
- выявляется делирий
- выявляется реактивное состояние

**Экспертная комиссия пришла к заключению, что подэкспертный в принудительных мерах медицинского характера**

- нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа
- нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа
- нуждается в принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- не нуждается

**Ответ на вопрос о возможности содержания обвиняемого под стражей**

- к компетенции судебно-психиатрической комиссии экспертов не относится
- может быть решен судебно-психиатрическими экспертами только в случае назначения принудительного лечения
- не актуален, поскольку В. не нуждается в принудительном лечении
- может быть решен судебно-психиатрическими экспертами в случае лечения В. в психиатрической больнице следственного изолятора в соответствии с Законом «О психиатрической помощи...»

**При оценке способности В. к даче показаний экспертной комиссией было вынесено решение, что он + \_\_\_\_\_ + правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать показания**

- не способен
- может
- может при помощи других лиц
- не может

**Права и обязанности эксперта при производстве судебной психолого-психиатрической экспертизы (СППЭ) обвиняемых в уголовно-процессуальном кодексе регламентируются статьей**

- не способен
- может
- может при помощи других лиц
- не может

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Н., 1973 года, обвиняемый по ч. 2 ст. 111 УК РФ в нанесении тяжких телесных повреждений. По уголовному делу была назначена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Головокружения при перемене погоды.

### **Анамнез заболевания**

По характеру формировался замкнутым, малообщительным. В марте 1996 года изменилось психическое состояние Н., заявлял, что «знает, как всем все надо делать», видел особую греховность и одержимость дьяволом окружающих, совершал странные обряды, носил с собой нож для взятия капли крови из рук человека, чтобы «спасти их». Он был госпитализирован в ПБ. При поступлении

активно вступал в беседу, настроение было приподнятым, охотно отвечал на вопросы, но часто соскальзывал на описание своих переживаний. Сообщал, что в него вселился «дух природы и воздуха», что в нем борются «Бог, дьявол и сатана», высказывал идеи отношения – «начальник милиции греховен, посадил меня в камеру», «сослуживцы меня не понимают, не слушают, хотя признают, что я – голова». Рассказывал, что в 2036 г. родится его сын, который погубит мир, а он знает, как «этот мир спасти», утверждал, что знает, как лечить болезни, СПИД, заявлял, что может общаться на расстоянии. Сообщал, что слышит «голоса» в голове, но не описывал их. Подэкспертный легко аффектировался, был двигательно возбужден, жестикулировал. Без критики относился к своему состоянию. Постепенно поведение стало упорядоченным, система бредовых убеждений подверглась существенному распаду, исчезли обманы восприятия; отмечались эмоциональное снижение, мышление с элементами паралогии. В мае 1996 г. был выписан под наблюдение участкового психиатра. В последующем при посещении ПНД у Н. острой психопродуктивной симптоматики не обнаруживалось. После прекращения приема поддерживающего лечения Н. стал высказывать идеи, что обладает особыми способностями, может излечить любые болезни, сообщал, что по данной причине за ним ведется слежка со стороны спецслужб ФСБ, в доме поставлены камеры, которые воздействуют на него лучами лазера, говорил о недоброжелательном отношении со стороны коллег, периодически у него наблюдались колебания настроения в сторону понижения, после конфликтов в состоянии алкогольного опьянения пытался наносить самопорезы. Сменил место жительства, затем совершил поджог своего дома. В 2003 г. расторг брак с женой. С 2003 г. подэкспертный ежегодно проходил лечение в ПБ, в 2004 г. определена 2 группа инвалидности. В период пребывания в стационаре держался обособленно, в беседах был немногословен, говорил, что обладает особыми способностями, за что подвергается преследованию, облучению лучами лазера, был убежден, что окружающие недоброжелательно к нему относятся, «люди не все понимают», сообщал о периодически возникающих «мужских и женских голосах» в голове, беседующих между собой; наблюдались небольшие аффективные колебания. При посещении участкового психиатра указывалось на эмоциональную тусклость, монотонность, нарушения мышления, ослабление концентрации внимания. Н. не работал, в ведении домашнего хозяйства помогала мать. В последние дни стал крайне настороженным, подозрительным, утверждал, что за ним ведется слежка, в любом человеке, проходившем мимо дома, видел «преследователя». Накануне правонарушения поссорился с матерью, вечером ушел из дома, около магазина напал на мужчину, избил, в результате последний был госпитализирован в стационар.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически неотягощена. + Раннее развитие соответственно возрасту. + Окончил 11 классов со справкой, курсы ДОСААФ по программе «водитель категории «А,В,С». Работал в строительной организации подсобным рабочим. + С 1991 г. по 1993 г. подэкспертный проходил срочную службу в ВМС Северного флота, был водителем, уволен в запас на общих основаниях. + Работал в строительной организации водителем. + В 1993 г. Н. зарегистрировал брак, в котором имеет сына и дочь, в 2003 г. брак расторгнут. + В течение 1,5 лет проходил службу в ракетных войсках по контракту, уволился из-за низкой заработной платы; затем неофициально работал в составе частной строительной бригады подсобным рабочим, в лесном хозяйстве вальщиком леса, водителем, на маслосырзаводе водителем-экспедитором. С 2004 г. инвалид 2 группы, не работал. + Употреблял алкогольные напитки; наркотические средства не принимал. + Судимостей не имел. + Проживает с матерью.

### **Объективный статус**

Сознание не помрачено. Ориентирован в месте, времени и собственной личности верно. Цель проводимой экспертизы понимает после объяснений. В беседе напряжен, насторожен, говорит с напором, речь монологом. Голос монотонный. Мимика маловыразительная. Настроение неустойчивое. Сразу начинает говорить, что за него идет борьба различных спецслужб из-за его способностей лечить все болезни, им интересуются высокопоставленные люди, за ним ведется постоянная слежка, на него воздействуют лучами лазера, добавляет, соседи недоброжелательно к нему относятся, обсуждают его, помогают в слежке за ним. Отмечает, что слышит «мужские голоса», которые говорят о нем. Анамнестические сведения сообщает не в полном объеме, путает последовательность событий своей жизни. Не может пояснить, по какой причине не сдал выпускные экзамены. Равнодушно упоминает о получении водительских прав, работе в разных местах, не помнит названий организаций, в которых работал. Не обеспокоен тем, что не работает. Не поясняет, по какой причине сменил место жительства, поджег свой дом, при этом становится напряженным, повторяет: «Так надо было». Заявляет, что «восстановил дом». Без эмоциональной окраски говорит, что не общается с женой и детьми, не испытывает к ним чувств. Неохотно подтверждает, что наблюдался у психиатра. Уклоняется от обсуждения первой госпитализации в ПБ, поясняет: «Был приступ, краской надышался, ...предчувствия были, слышал что-то, способности открылись...». Не объясняет причин последующих госпитализаций, затем отмечает: «Там спокойнее было, никто не следил». В ходе расспросов неожиданно говорит: «Направление мыслей в разные стороны...». Рассказывает, что проживает с матерью, которая в основном выполняет все

домашние дела. При расспросах об обстоятельствах уголовного дела поясняет, что около магазина увидел сотрудника ФСБ, который держал руку в кармане, смотрел подозрительно, понял, что «это неспроста, что-то готовится...», «надо было быстро реагировать...». Не обеспокоен исходом уголовного дела. Мышление непоследовательное, в суждениях паралогичен. Концентрация внимания ослаблена. Критическое отношение к своему состоянию и сложившейся судебно-следственной ситуации, прогностические способности грубо нарушены.

**Судебно-психиатрическая экспертная комиссия выставила Н. диагноз**

- не способен
- может
- может при помощи других лиц
- не может

**Диагноз**

**Выявленное у Н. психическое расстройство соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F22.82
- {nbsp}F20.8
- {nbsp}F20.00
- {nbsp}F22.02

**Психическое расстройство у Н. характеризуется + \_\_\_\_\_ + типом течения**

- непрерывным
- эпизодическим со стабильным дефектом
- эпизодическим ремитирующим
- эпизодическим с нарастающим дефектом

**Психические нарушения, выявляемые у Н., относятся к + \_\_\_\_\_ + синдрому**

- депрессивному
- параноидному
- кататоническому
- психоорганическому

**Экспертная комиссия пришла к заключению, что Н. \_\_\_\_\_ на момент совершения инкриминируемого ему деяния**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими (ст. 22 УК РФ)
- находился в состоянии физиологического аффекта

**Правовая квалификация экспертного решения подпадает под действие**

- частей 1 и 2 ст. 22 УК РФ
- части 3 статьи 20 УК РФ
- частей 1 и 2 статьи 20 УК РФ
- частей 1 и 2 статьи 21 УК РФ

**Психопатологическим механизмом совершенного Н. ООД является**

- продуктивно-психотический
- негативно-личностный
- ситуационно спровоцированный
- дисфорической агрессивности

**При оценке уголовно-процессуальной дееспособности экспертной комиссией было вынесено решение, что Н. понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, самостоятельно осуществлять действия, направленные на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей**

- может при условии участия в следственных действиях законного представителя
- не может
- может с помощью защитника
- может

**При ответе на вопрос экспертного задания судебно-психиатрическая комиссия экспертов пришла к заключению, что Н. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания**

- может при обязательном участии защитника
- может при условии участия в следственных действиях законного представителя
- может
- не может

### **Экспертная комиссия рекомендовала направление Н. на**

- принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях
- принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа
- принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа
- принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением

### **Вопрос из экспертного задания, сформулированный как**

**+ \_\_\_\_\_ +, не входит в компетенцию судебно-психиатрических экспертов при данном виде экспертизы**

- мог ли Н. во время совершения инкриминируемого ему деяния в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими
- является ли Н. вменяемым
- страдает ли Н. каким-либо хроническим психическим расстройством, временным психическим расстройством, слабоумием либо иным болезненным состоянием психики
- нуждается ли Н. в применении к нему принудительных мер медицинского характера и если да, то каких именно

### **Лицу, находящемуся на судебно-психиатрической экспертизе, может быть назначена психофармакотерапия по**

- мог ли Н. во время совершения инкриминируемого ему деяния в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими
- является ли Н. вменяемым
- страдает ли Н. каким-либо хроническим психическим расстройством, временным психическим расстройством, слабоумием либо иным болезненным состоянием психики
- нуждается ли Н. в применении к нему принудительных мер медицинского характера и если да, то каких именно

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертная Ш., 80 лет. + Ч. обратилась в суд с заявлением о признании своей матери Ш. недееспособной. + Доставлена на амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу в сопровождении заявителя

### **Жалобы**

Не предъявляет по психическому состоянию.

### **Анамнез заболевания**

В течение многих лет Ш. страдала гипертонической болезнью с высокими цифрами 200/100 мм рт. ст. Наблюдалась терапевтом, неврологом в поликлинике с диагнозами: «Артериальная гипертензия, постинфарктный кардиосклероз. Церебральный атеросклероз. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения», во время осмотров специалисты указывали на сохраняющуюся церебрастеническую симптоматику (головные боли, головокружения, шум в голове), «забывчивость», эмоциональную лабильность. Дома забывала, куда положила вещи, оставляла на плите чайник, «сжигала» кастрюли, «разучилась готовить». Стала плохо ориентироваться в деньгах, не могла посчитать сдачу в магазине, путала даты и последовательность событий. С 2005 г. в связи со снижением памяти, интеллекта, раздражительностью, принимала мемантин, тиоридазин с положительным эффектом. В последующем наблюдались периоды ухудшения и улучшения в психическом состоянии. В 2016 г. Ш. впервые обратилась за помощью в ПНД в сопровождении дочери. В психическом состоянии отмечалось, что в месте и собственной личности ориентирована верно, но не могла сообщить текущую дату и свой возраст. С трудом отвечала на простые вопросы. В конце беседы возникла раздражительность. Выявлялись конкретное мышление, снижение памяти, интеллекта. Продуктивной психопатологической симптоматики не обнаруживалось. Была взята на консультативное наблюдение. Назначался хлорпротиксен. В декабре 2016 г.- январе 2017 г. Ш. проходила лечение в ГКБ с диагнозом: Основное заболевание: «Внутричерепное паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние в левой гемисфере головного мозга (13 мл) от 18.12.2016 г. с умеренным правосторонним гемипарезом, тотальной афазией. Хроническая ишемия головного мозга с когнитивными нарушениями». Фоновые заболевания: «Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск 4». Сопутствующие заболевания: «ИБС. Постинфарктный кардиосклероз неуточненной давности». В неврологическом статусе указывалось, что находится в сознании, обращенную речь не понимает, инструкции не выполняет, спонтанной речевой продукции нет, тотальная афазия. Зрачки округлой формы D=S, реакция на свет прямая и содружественная снижена, за молоточком не следит. Сглажена носогубная складка справа, девиация языка вправо. Снижение мышечного тонуса в правых конечностях. Умеренный правосторонний гемипарез. Глубокие рефлексы снижены D>S. Симптом



Бабинского с 2-х сторон, справа ярче. При проведении МСКТ ГМ обнаруживалось внутримозговое кровоизлияние в левой затылочно-теменной области с прорывом в желудочковую систему головного мозга, объемом 13.0 мл, дисциркуляторная энцефалопатия. После проведенного лечения общее состояние было удовлетворительным, сохранялись речевые и когнитивные нарушения, отдельные инструкции понимала, себя не обслуживала, тазовые функции не контролировала; наблюдался правосторонний гемипарез: легкий в руке, умеренный в ноге. Была выписана под наблюдение невролога, терапевта, психиатра по месту жительства. На КТ отмечались также постинфарктные кисты, перивентрикулярный и субкортикальный лейкоареоз. В 2017 г. Ш. осматривалась психиатром ПНД на дому, отмечалось, что она с постели не встает, обращенную речь не понимает, почти не общается, физиологические отправления в памперс, пищу принимает из рук дочери, себя не обслуживает. В 2017 г. ей была определена первая группа инвалидности по общему заболеванию. В последующем динамики в психическом состоянии Ш. не наблюдалось.

### **Анамнез жизни**

Сведений о наследственных заболеваниях, раннем развитии, заболеваниях в детском возрасте нет. + Окончила 10 классов общеобразовательной школы, Московский текстильный институт. + По характеру была общительной, доброжелательной. + Работала в Общесоюзном доме моделей одежды инженером, художником-модельером, затем на Производственном швейном объединении «Космос» МЛП РСФСР. После выхода на пенсию работала в Московском НПО «Мостокап», в ООО Швейная фирма «Космос» художником-модельером. В 1984 г. она была награждена медалью «Ветеран труда», в 1986 г. ей присвоено звание «Ветеран труда ОДМО». + Состояла в браке, имеет дочь, муж умер. + Страдала гипертонической болезнью, ИБС. Перенесла внутримозговое паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние в левой гемисфере головного мозга. + Травм головы не получала. + Алкогольные напитки, наркотические средства не употребляла, не курит. + Проживает с дочерью и ее семьей.

### **Объективный статус**

Доставлена в кабинет на коляске с помощью дочери. Сидит с закрытыми глазами, опустив голову. На обращенную речь не реагирует, инструкции не выполняет. Собственная речь отсутствует. Реагирует на прикосновения и голос дочери. Мимика застывшая. Дезориентирована в месте, времени, собственной личности. Не понимает цели проведения экспертизы. Анамнестические сведения о себе не сообщает. Концентрация внимания резко ослаблена. Память, интеллект, критическое отношение к своему состоянию и судебной



- независимо от выраженности психических функций для их предварительной скрининговой оценки
- только при грубых психических расстройствах

**Юридическим основанием для проведения Ш. судебно-психиатрической экспертизы является**

- ходатайство прокурора
- ходатайство адвоката
- заявление членов семьи гражданина (дочери)
- определение суда

**Экспертная комиссия пришла к заключению, что Ш. \_\_\_\_\_ понимать значение своих действий и руководить ими**

- не может
- может не в полной мере
- может
- лишь при помощи других лиц может

**Присутствие и участие Ш. в зале судебного заседания опасность для ее жизни и здоровья**

- не создает
- не создает при сопровождении медицинским работником
- создает
- не создает при сопровождении неврологом

**Один из вопросов экспертного задания, сформулированный как + \_\_\_\_\_ +, не входит в компетенцию судебно-психиатрических экспертов при данном виде экспертизы**

- нуждается ли Ш. в опеке
- создает ли участие Ш. в судебном заседании опасность для ее жизни или здоровья
- страдает ли Ш. каким-либо психическим расстройством
- может ли Ш. понимать значение своих действий и руководить ими

**Для постановки диагноза деменция в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 необходимо, чтобы продолжительность соответствующих психических расстройств была не менее + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 3
- 9

- 6
- 12

**Основания признания гражданина недееспособным регламентируются статьями + + ГК РФ**

- 21
- 30
- 29
- 17

**Факультативные симптомы сосудистой деменции составляют**

- 21
- 30
- 29
- 17

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 25 лет, привел на прием к врачу-психиатру брата.

### **Жалобы**

Пациент сам не высказывает.

### **Анамнез заболевания**

Обращается к психиатрам повторно. Со слов брата пациента впервые изменилось состояние два года назад: отмечался эпизод, когда стал возбужденным, говорил, что ему "плохо", боялся чего-то, прятался, однако состояние самопроизвольно стабилизировалось в течение суток. После этого появились странности в поведении - стал неопрятным, безразличным к происходящему, периодически был раздражителен. Через год стал подозревать слежку за собой, отказывался от обращения к врачам. Уехал в другой город сдавать экзамены, где стал открыто высказывать мысли о том, что его семья за ним шпионит, подсылает различных людей к нему, звонил и требовал, чтобы они "все ему рассказали". По настоянию родственников обращался к психиатру, назначались трифлуоперазин и тригексифенидил. Со слов родственников стал более упорядоченным, не говорил о "слежке", однако прекратил принимать препараты через месяц. На этом фоне состояние ухудшилось, перестал выходить на улицу, выключал телефон, чтобы "на него не могли воздействовать сигналом", задерживал шторы, "чтобы шпионы не могли узнать его мысли",

говорил, что за ним “следит ФСБ”, что его хотят убить, боялся «пропасть без вести». Госпитализировался в психиатрическую больницу, назначались галоперидол и трегесифенидил, через месяц был выписан с улучшением, продолжил обучение. Через некоторое время стал пропускать прием препаратов, 2 месяца назад полностью отказался от их приема, вновь обострилась вышеуказанная симптоматика. По настоянию брата обратился к врачу.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена. \* Перенес детские инфекции без осложнений. \* Окончил институт, обучается в магистратуре. \* Повышенного питания. \* ЧМТ, эпилептики, регулярный приём алкоголя, употребление ПАВ отрицает.

### **Объективный статус**

\*Психический статус: \*Пациент контакту доступен. Верно называет место пребывания, настоящую дату, паспортные данные. Внешне напряжён. Эмоционально маловыразителен. На вопросы отвечает не всегда по существу. Свои переживания практически не раскрывает, говорит: “Вы и так все обо мне знаете, зачем мне отвечать”. Соглашается на обследование и лечение по настоянию брата. Суицидальных тенденций на момент осмотра не обнаруживает.

### **Для установки диагноза при данном расстройстве в первую очередь необходимо проведение + + исследования**

- инструментального
- клинико-психопатологического
- экспериментально-психологического
- клинико-лабораторного

### **Пациенту можно поставить диагноз**

- инструментального
- клинико-психопатологического
- экспериментально-психологического
- клинико-лабораторного

### **Диагноз**

### **У данного пациента преобладает**

- аффективная симптоматика
- позитивная симптоматика

- негативная симптоматика
- когнитивные нарушения

**Исходя из описанной симптоматики у пациента можно выделить синдром**

- Кандинского-Клерамбо
- парафренный
- апато-булический
- онейроидный

**Симптоматику, развившуюся 2 года назад, можно отнести к**

- продромальным явлениям
- депрессивному эпизоду
- преморбидным особенностям личности
- началу психотического эпизода

**С учетом повышенного веса пациента не рекомендовано назначение**

- оланзапина
- галоперидола
- зипразидона
- амисульприда

**Для оценки развития побочных явлений при терапии риспериδοном наиболее целесообразно проведение**

- анализа крови на Т3, Т4
- анализа крови на пролактин
- общего анализа крови с целью исключения развития агранулоцитоза
- анализа крови на С-реактивный белок

**После купирования обострения пациенту как можно раньше необходимо направить на**

- трудотерапию
- когнитивно-поведенческой психотерапию
- психоанализ
- психообразование

**На этапе поддерживающей терапии пациенту рекомендовано назначение**

- транквилизаторов
- антипсихотиков пролонгированного действия
- психотерапии

- пероральных форм антипсихотиков

**Длительность поддерживающей терапии у данного пациента терапии должна проводится**

- пожизненно
- не менее 2-5 лет
- не менее 6 месяцев
- не менее 10 лет

**Приступообразное течение шизофрении наиболее часто констатируют при преобладании в клинической картине**

- систематизированного интерпретативного бреда
- острого чувственного бреда
- вербальных псевдогаллюцинаций
- негативных расстройств

**Пациентам с первым эпизодом шизофрении рекомендуется назначение**

- систематизированного интерпретативного бреда
- острого чувственного бреда
- вербальных псевдогаллюцинаций
- негативных расстройств

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 30 лет обратилась на прием к врачу-психиатру.

### **Жалобы**

На сниженное настроение, тревогу, ощущение на себе “взглядов окружающих”, ощущение “слежки”.

### **Анамнез заболевания**

Обращается к врачам психиатрам повторно. Около 8 лет назад впервые изменилось состояние, когда снизилось настроение, появилась тревога, нарушился сон, стала замечать “негативные” взгляды прохожих, в последующем появилось ощущение преследования со стороны спецслужб, думала, что ее хотят убить, слышала «голоса» в голове, которые говорили «беги отсюда», под воздействием которых «прыгнула со второго этажа».

Госпитализировалась в психосоматическое отделение с переломом позвоночника, назначавшиеся препараты не помнит. После выписки

поддерживающую терапию не принимала, чувствовала себя “хорошо”, работала, занималась домашними делами. Около 4х месяцев назад снизилось настроение, стала «закрываться» от всех, так как “жизнь потеряла прежние краски”, обычные занятия перестали приносить удовольствие, появилось чувство вины. Тогда же стала замечать “знаки”, оставленные для нее, считала, что вывески, названия магазинов сделаны для нее, указывают ей на что-то, стало казаться, что случайно услышанные слова от других людей относятся к ней, на что она старалась не реагировать. Стала тревожной, рассеянной, было “сложнее сконцентрироваться, принимать решения”. Отмечала быстрое, калейдоскопичное изменение происходящих вокруг нее событий, замечала, что люди повторяют ее поведение, слова, поступки, “видят ее мысли, в муже и матери стала видеть людей с работы, которые были “замаскированы под родных”, появилось ощущение слежки. Считала себя «белым магом», хотела помочь всем людям, «сделать их добрее», чувствовала, что разворачивается борьба со “злом”. Ощущала, что за ней наблюдает Бог и хочет наказать ее, что внеземные цивилизации ставят над ней эксперименты, наблюдают за ней, руководят, изучают людей. Две недели назад обращалась к врачу психиатру, был назначен зипразидон, на фоне приема которого стала меньше замечать «знаки», взгляды окружающих, изменения в муже, однако появились запоры, в связи с чем пришла на прием для коррекции терапии.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена. \* Образование среднее.  
\* Длительное время работает уборщицей. \* Черепно-мозговые травмы, эпилептики отрицает. \* Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа.

### **Объективный статус**

Психический статус: Правильно ориентирована, контактна. В поведении упорядочена, несколько напряжена, тревожна. Фон настроения сниженный. Речь в несколько замедленном темпе, отвечает на вопросы после небольших пауз, в плане заданного. Высказывает вышеуказанные жалобы. Говорит, что понимает, что “это все кажется, в прошлый раз было похоже”. Сбивчиво рассказывает о событиях, когда считала, что ей “руководит Бог”, что “над ней ставят эксперименты инопланетяне”, ссылается на запятования, говорит, что это происходило “как во сне”. Суицидальные мысли отрицает.

### **Ощущение пациентки, что родственники “заменены” людьми с работы называется симптомом**

- Бумке
- Фреголи
- Павлова
- Капгра



**Идеи пациентки, о ее роли в качестве “белого мага” и разворачивающейся “борьбы со злом” можно отнести к бреду**

- особого значения
- интерметаморфозы
- антагонистическому
- паранойяльному

**Развивавшиеся у пациентки состояния являются стадиями + помрачения сознания**

- сумеречного
- аментивного
- делириозного
- онейроидного

**Одним из основных дифференциально диагностических признаков шизоаффективного расстройства и острого аффективного эпизода с неконгруэнтной психотической симптоматикой в структуре биполярного аффективного расстройства является наличие**

- бреда совершенно невероятного по содержанию
- бреда преследования
- галлюцинаций обвиняющего характера
- бреда значения

**Пациентке можно установить диагноз**

- бреда совершенно невероятного по содержанию
- бреда преследования
- галлюцинаций обвиняющего характера
- бреда значения

**Диагноз**

**К признакам помрачения сознания не относится**

- верная ориентировка во времени, месте и окружающей обстановке
- полная или частичная амнезия
- отрешенность от окружающей обстановки
- нарушения мышления

**Данной пациентке не рекомендовано назначение**

- рисперидона
- оланзапина
- галоперидола
- кветиапина

**При большом удельном весе депрессивной симптоматики в психотическом состоянии рекомендуется применение**

- кветиапина
- рисперидона
- амисульприда
- галоперидола

**При назначении кветиапина наиболее вероятно развитие такого побочного эффекта, как**

- акатизия
- развитие судорожного синдрома
- гиперпролактинемия
- увеличение веса

**В качестве профилактической терапии при данном расстройстве могут быть использованы**

- ноотропы
- транквилизаторы
- стимуляторы
- нормотимики

**Риск развития экстрапирамидной симптоматики выше при лечении антипсихотиками из группы**

- алифатических фенотиазинов
- тиоксантенов
- пиперидиновых фенотиазинов
- бутирофенонов

**Для купирования острой дистонии рекомендуется назначение**

- алифатических фенотиазинов
- тиоксантенов
- пиперидиновых фенотиазинов
- бутирофенонов

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациент 36 лет обратился на прием к врачу психиатру.

### Жалобы

На “голоса”, обсуждающего характера, сниженное настроение, нарушения сна, ощущение себя “муравьем”.

### Анамнез заболевания

Заболел около 7 лет назад, когда стал слышать “голоса” обсуждающего характера, на улице было ощущение, что на него оглядываются, следят за ним, что понимал из услышанных слов «путем переноса», в квартире было ощущение, что за ним следят спецслужбы, устанавливают подслушивающие устройства, говорил, что “они читают его мысли”. Неоднократно лечился в ПБ. Последняя выписка около года назад на поддерживающей терапии рисперидон 4 мг/сут. После выписки были чуть реже “голоса”, эпизодически “ощущал слезку, замечал взгляды”. В дальнейшем наблюдался у частного психиатра, была подобрана схема терапии (флуфеназин пролонгированного действия 50 мг раз в 3 недели, трифлуоперазин до 30 мг/сут), на фоне которой практически исчезли «голоса», перестал высказывать идеи о “слезке”, стал более активным, устроился на работу. Однако в течение последних 2х месяцев снизилось настроение, стал ходить на работу “без удовольствия, по необходимости”, стал ощущать себя “маленьким человеком”. С указанными жалобами обратился к врачу.

### Анамнез жизни

\* Наследственность психопатологически не отягощена. \* Перенес детские инфекции без осложнений. \* Окончил технический ВУЗ \* В настоящее время работает со снижением квалификации (кладовщиком)

### Объективный статус

Психический статус: Пациент контакту доступен. Верно называет место пребывания, настоящую дату, свои паспортные данные. Фон настроения снижен. Голос тихий, маломодулированный. Речь несколько замедлена. На вопросы отвечает по существу, после пауз, кратко, инициативы в беседе практически не проявляет. Высказывает вышеуказанные жалобы. Отмечает, что стал “плохо спать - пропало чувство отдыха после сна, стало сложно заснуть”. Говорит, что последние 2 месяца стал чувствовать себя подавленным, эпизодически появлялось ощущение, что он “никчемный человек, муравей”. Сообщает, что “голоса” исходят изнутри головы, говорит, что он привык к ним, так как “они за 13 лет полностью не исчезали”. Идеи преследования, ощущения

“переноса”, “открытости мыслей на момент осмотра и в течение последних месяцев отрицает.

**Для установки диагноза при данном расстройстве в первую очередь необходимо проведение + \_\_\_\_\_ + исследования**

- инструментального
- экспериментально-психологического
- клинико-лабораторного
- клинико-психопатологического

**На протяжении 7 лет пациент страдает расстройством**

- инструментального
- экспериментально-психологического
- клинико-лабораторного
- клинико-психопатологического

**Диагноз**

**В данном случае можно думать о + \_\_\_\_\_ + типе течения заболевания**

- эпизодическом с нарастающим дефектом
- эпизодическом ремиттирующем
- эпизодическом со стабильным дефектом
- непрерывном

**У данного пациента на момент осмотра преобладает**

- симптоматика когнитивных нарушений
- позитивная симптоматика
- негативная симптоматика
- аффективная симптоматика

**На момент осмотра у пациента отмечается + \_\_\_\_\_ + синдром**

- Капгра
- Котара
- Кандинского-Клерамбо
- депрессивный

**Исходя из описанной симптоматики пациентку необходимо провести оценку**

- депрессивной симптоматики (например, по шкале депрессии Калгари для шизофрении)
- негативной симптоматики (например, по краткой шкале оценки негативных симптомов - BNSS)
- психопатологической симптоматики (например, по шкале оценки позитивных и негативных синдромов PANSS)
- суицидального риска (например, по Колумбийской шкале суицидального риска)

**Симптоматика, описанная у пациента 2 года назад, относится к синдрому**

- Фреголи
- онейроидному
- Кандинского-Клерамбо
- паранойяльному

**Согласно современным клиническим руководствам частный психиатр, наблюдавший пациента, должен был**

- придерживаться монотерапии
- назначить антихолинэргические препараты
- госпитализировать пациента
- назначить нормотимический препарат

**С учетом клинической картины данному пациенту может быть рекомендовано добавление к терапии**

- ноотропов
- аминокислот
- антидепрессантов
- анксиолитиков

**Поддерживающая терапия у данного пациента вероятнее всего должна проводиться**

- 7 лет
- пожизненно
- 6 месяцев
- 1 год

**При большом удельном весе депрессивной симптоматики с низким суицидальным риском в структуре клинической картины обострения шизофрении целесообразен выбор**

- кветиапина
- клозапина
- хлорпротиксена
- галоперидола

### **Антипсихотики второго поколения по сравнению с антипсихотиками первого поколения характеризуются**

- кветиапина
- клозапина
- хлорпротиксена
- галоперидола

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 24 лет, доставлен нарядом скорой медицинской помощи.

### **Жалобы**

Не высказывает.

### **Анамнез заболевания**

Пациент продуктивному контакту недоступен. Из направительных данных известно, что несколько дней проживает в хостеле, якобы приехал “проходить медицинское обследование”, был замкнутым, с постояльцами не общался, сторонился их, был напряжен, часто оглядывался. Вечером стал агрессивен, кидался на персонал и постояльцев с криками, что “они его травят ядовитыми газами, следят за ним”, был вызван наряд полиции, которым пациент также пытался оказать сопротивление. Доставлен бригадой скорой медицинской помощи в психиатрическую больницу.

### **Анамнез жизни**

Неизвестен.

### **Объективный статус**

Психический статус: Пациент продуктивному контакту недоступен. Напряжен, к чему-то прислушивается, эпизодически оглядывается. На вопросы практически не отвечает, начинает кричать, что его “хотят убить, вытравить”, грубит персоналу.

### **Пациент может быть**

- недобровольно госпитализирован согласно пункту “в” ст. 29 закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"

- недобровольно госпитализирован согласно пункту “а” ст. 29 закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"
- принудительно госпитализирован
- недобровольно госпитализирован согласно пункту “б” ст. 29 закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"

#### **Пациенту может быть выставлен диагноз**

- недобровольно госпитализирован согласно пункту “в” ст. 29 закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"
- недобровольно госпитализирован согласно пункту “а” ст. 29 закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"
- принудительно госпитализирован
- недобровольно госпитализирован согласно пункту “б” ст. 29 закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"

#### **Диагноз**

#### **Для купирования психомоторного возбуждения возможно назначение**

- флупентиксола
- арипипразола
- галоперидола
- сульпирида

#### **В случае развития артериальной гипотонии и угнетения дыхания при проведении быстрой транквилизации необходимо назначение**

- налтрексона
- флумазенила
- тиосульфата натрия
- налоксона

#### **В качестве купирующей терапии данному пациенту рекомендовано назначение**

- нормотимиков
- антипсихотиков первого поколения
- антипсихотиков второго поколения
- антидепрессантов

#### **К основным критериям эффективности лечения острого психоза при шизофрении не относится**

- восстановление критики и осознания болезни

- нормализация поведения
- выздоровление
- достижение симптоматической ремиссии

**Длительность терапии в данном случае должна составлять не менее**

- 10 лет
- 5 лет
- 3 месяцев
- 1 года

**После купирования обострения пациенту должно быть рекомендовано как можно более раннее направление на**

- трудотерапию
- психоанализ
- психообразование
- когнитивно-поведенческой психотерапию

**Терапия при первом психотическом эпизоде сопряжена с большим риском развития**

- агранулоцитоза
- экстрапирамидных побочных эффектов
- метаболических побочных эффектов
- гиперпролактинемии

**В случае выявления у пациента нарушений сердечного ритма предпочтительнее назначить**

- зипрасидон
- сертиндол
- оланзапин
- тиоридазин

**К недостаткам антипсихотических препаратов пролонгированного действия можно отнести**

- уменьшение гибкости терапии
- более надежный контроль за приемом антипсихотика
- более стабильную концентрацию препарата в крови
- уменьшение риска передозировки

**При проведении психосоциальной терапии и реабилитации выделяют + \_ + этап(а)**



- уменьшение гибкости терапии
- более надежный контроль за приемом антипсихотика
- более стабильную концентрацию препарата в крови
- уменьшение риска передозировки

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациент 34 лет госпитализируется в психиатрическую больницу.

### Жалобы

На “голоса”, комментирующего характера, неусидчивость.

### Анамнез заболевания

Заболел около 6 лет назад, когда появилось ощущение “преследования со стороны спецслужб”, искал в квартире “жучки”, говорил, что ему “делают мысли магнитными волнами, слышал “голоса” комментирующего характера. Неоднократно лечился в ПБ с указанной симптоматикой, отмечались ремиссии длительностью до года. Последние 2 года стал “ленивым”, залеживался в кровати, преимущественно проводил время перед телевизором, не выполнял дел по дому. Настоящее обострение в течение 4х месяцев: вновь стал замечать “слежку”, слышать “голоса”, комментирующие его действия, в связи с чем обращался к психиатру, назначались последовательно оланзапин до 15 мг/сут длительностью 6 недель, галоперидол до 20 мг/сут длительностью 8 недель без значительного эффекта, при этом стал неусидчив, беспокоен. По настоянию родственников госпитализируется в ПБ.

### Анамнез жизни

\* Наследственность: тетка по линии матери болела шизофренией. \* Перенес детские инфекции без осложнений. \* Образование среднее специальное. \* Последние 2 года не работает, круг общения ограничен близкими родственниками.

### Объективный статус

Психический статус: Пациент контакту доступен. Верно называет место пребывания, настоящую дату, свои паспортные данные. Мимика маловыразительна. Голос тихий, маломодулированный. В ходе беседы неоднократно меняет позу, ерзает на стуле. По настоянию родственников пассивно соглашается на лечение в больнице. Высказывает вышеуказанные жалобы. Имеет частичную критику к состоянию. Говорит, что на фоне приема препаратов “ничего не изменилось”. Суицидальные мысли отрицает.

**Для установки диагноза при данном расстройстве в первую очередь необходимо проведение + + исследования**

- клинико-лабораторного
- инструментального
- экспериментально-психологического
- клинико-психопатологического

**Пациенту можно установить диагноз**

- клинико-лабораторного
- инструментального
- экспериментально-психологического
- клинико-психопатологического

**Диагноз**

**У данного пациента описаны явления + + автоматизма**

- амбулаторного
- сенсорного
- моторного
- идеаторного

**Симптоматика в виде “лени”, снижения активности, снижения выразительности, отсутствия желания чем-либо заниматься в данном случае вероятнее всего относится к**

- негативной
- когнитивной
- продуктивной
- деперсонализационной

**Терапевтическая резистентность может быть диагностирована при отсутствии уменьшения выраженности симптоматики на фоне терапии**

- двумя антипсихотиками различных химических классов в терапевтических дозировках на протяжении, как минимум, 6–8 недель каждым препаратом
- двумя антипсихотиками различных химических классов в терапевтических дозировках на протяжении, как минимум, 4 недель каждым препаратом
- тремя антипсихотиками различных химических классов в терапевтических дозировках на протяжении, как минимум, 4 недель каждым препаратом

- двумя антипсихотиками одного химического класса в терапевтических дозировках на протяжении, как минимум, 8 недель каждым препаратом

**При указании на терапевтическую резистентность наиболее целесообразно**

- определить уровень лекарственных средств в крови
- определить уровень гормонов щитовидной железы в крови
- провести общий анализ крови
- определить уровень липидов крови

**Данному пациенту рекомендуется назначить препарат**

- клозапин
- флупентиксол
- рисперидон
- кветиапин

**В течение первых 18 недель после назначения клозапина рекомендовано проведение общего анализа крови**

- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 недели
- 1 раз в 2 недели
- еженедельно

**При применении клозапина наименее вероятно развитие**

- изменений на ЭЭГ (снижение порога судорожной готовности)
- экстрапирамидных побочных эффектов
- агранулоцитоза
- метаболических нарушений

**Для купирования акатизии рекомендовано**

- назначение пропранолола
- отменить антипсихотик
- назначение дифенилгидрамина
- назначение тригексифенидила

**При преобладании в клинической картине первичной негативной симптоматики рекомендовано назначение**

- амисульприда
- трифлуоперазина
- клозапина

- галоперидола

**У большинства пациентов продромальные явления перед началом шизофрении отмечаются на протяжении**

- амисульприда
- трифлуоперазина
- клозапина
- галоперидола

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 22 лет пришел на прием к врачу-психиатру в сопровождении матери.

### **Жалобы**

Со стороны матери: на постоянное мытьё рук, промежности, в связи с которыми проводит до 4-5 часов в сутки в ванной комнате. Сам пациент склонен минимизировать указанные жалобы.

### **Анамнез заболевания**

Обращается к психиатрам повторно. Три года назад впервые появились неприятные ощущения в области полового члена, похожие на поллюции, после чего появились ощущения “толчков в генитальной зоне и посещали плотские блудные мысли”, стал мыть промежность, а затем тщательно руки и лицо. В связи с ухудшением состояния, а также “конфликтом в колледже” 2 года назад перевелся на заочное обучение. Почти все время проводил за мытьем рук и промежности, постоянно проверял форточки, закрывал их, так как за стенами “ощущал плохие пространства, скверну окружающего мира”. По настоянию матери госпитализировался в психиатрическую больницу. Назначались феназепам, галоперидол, был выписан с “незначительным улучшением”, после выписки принимать терапию прекратил, состояние “оставалось прежним” в течение полутора лет (до момента настоящего обращения). На настоящий момент обратился к врачу по настоянию матери.

### **Анамнез жизни**

Дед со стороны отца страдал параноидной шизофренией, у отца хронический алкоголизм. + Перенес детские инфекции без осложнений. + Воспитывался матерью, отца практически не знает. + С детства рос замкнутым, необщительным, по жизни предпочитает проводить время в одиночестве. + В школе учился посредственно, был индифферентен как к похвале, так и к

критике. Близких друзей не имел, за время обучения было "два приятеля". + Окончил 9 классов, на настоящий момент учится в гуманитарном техникуме.

### **Объективный статус**

Психический статус: Пациент выглядит опрятно. Несколько напряжен. Фон настроения снижен. Выражение лица, движения, жесты, интонации голоса несколько маловыразительны. Голос тихий. На вопросы отвечает по существу, последовательно. Суждения целенаправленные, в состоянии обобщить, выделить главное. Характеризует себя замкнутым, имеет «одного друга». Сообщает, что в течение дня регулярно “подмывается, моет руки”, из-за мыслей о боязни загрязнения, отмечает, что не пытается им противостоять. Отмечает, что также дома стал закрывать все окна шторами, т.к. это "проникновение в личное пространство". В беседе выясняется, что последнее время пациент стал интересоваться философией, называет множество фамилий философов, высказывает собственные идеи о “преобразовании общества”, склонен к рассуждательству. Острой психотической симптоматики и суицидальных мыслей не выявлено.

### **Для установки диагноза в данном случае менее важную роль играют данные о**

- преморбидных особенностях
- необычных или вычурных увлечениях
- семейном положении
- наследственной отягощенности

### **Пациенту можно поставить диагноз**

- преморбидных особенностях
- необычных или вычурных увлечениях
- семейном положении
- наследственной отягощенности

### **Диагноз**

### **У данного пациента преобладает + +** **симптоматика**

- негативная
- психопатоподобная
- аффективная
- неврозоподобная

**Исходя из описанной симптоматики у пациента можно выделить**

**+ + синдром**

- апато-абулический
- обсессивный
- депрессивный
- паранойяльный

**Также можно думать о наличии у пациента синдрома**

- деперсонализационно-дереализационного
- гистриноформного
- дисморфофобии
- метафизической интоксикации

**Описанная симптоматика развивалась на фоне + + черт личности**

- ананкастных
- параноидных
- шизоидных
- тревожных

**К позитивным симптомокомплексам в рамках шизотипического расстройства не относится синдром**

- гебоидный
- дисморфофобический
- конверсионно-диссоциативный
- псевдоастенический

**К особенностям обсессивной симптоматики при шизотипическом расстройстве не относят**

- формирование выраженного ограничения активности и аутизации
- ритуалы с замысловатой, не всегда объяснимой мотивацией
- наличие элементов борьбы с навязчивостями
- необратимый стереотипный, монотонный и ригидный характер невротической симптоматики

**Состояния с ощущением субъективной сопричастностью ко всему происходящему, необычайной ясностью и живостью восприятия называются**

- психическая анестезия
- деперсонализация и дереализация
- реперсонализация или “гиперперсонализация”

- обнибуляция

#### **Лечение при данном расстройстве основано на**

- комплексном лечебно-восстановительном подходе
- психотерапии
- психофармакотерапии
- социотерапии

#### **Для коррекции обсессивно-компульсивных расстройств в первую очередь применяют**

- антидепрессанты
- ноотропы
- бензодиазепины
- нормотимики

#### **При данном расстройстве исходом не бывает**

- антидепрессанты
- ноотропы
- бензодиазепины
- нормотимики

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 27 лет обратился к психиатру для освидетельствования в связи с трудоустройством. Устраивается на должность научного сотрудника в научно-исследовательский институт.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

\* Раннее развитие с опережением – ходит с 10 мес., говорит с 1 года, читает с 3,5 лет. \* В детском саду адаптировался плохо – не играл с детьми, не участвовал в общих мероприятиях. \* Отмечались неловкость в движениях, неразвитость мелкой моторики. \* Обучался в специализированном физико-математическом классе. Успевал хорошо, особенно по точным наукам. \* Отношения со сверстниками не складывались, хотя к контактам стремился. Являлся предметом насмешек со стороны одноклассников. \* Предпочитал

общение с людьми старшего возраста. \* С детского возраста любил читать справочную, энциклопедическую литературу.

### **Анамнез жизни**

\* Родители – научные работники. \* Закончил факультет естественных наук университета. \* Обучался в очной аспирантуре. \* Отношений с женщинами не было. \* Живет с родителями.

### **Объективный статус**

Психический статус: Контакт формальный. Напряжен. Во время беседы смотрит в сторону. Сознание ясное. Ориентирован полностью в месте, времени, собственной личности. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не обнаруживает. Двигательно неловок. Голос мало модулированный. Интонационный строй речи нарушен. Мимика бедная. Обстоятелен. В беседе использует научную терминологию. Отмечаются склонность к рассуждательству, аморфность суждений. Аутичен. К состоянию критичен.

### **Для уточнения диагноза пациенту необходимо в первую очередь назначить**

**+ + исследование**

- экспериментально-психологическое
- инструментальное
- нейрофизиологическое
- лабораторное

### **У пациента можно предположить диагноз**

- экспериментально-психологическое
- инструментальное
- нейрофизиологическое
- лабораторное

### **Диагноз**

### **Основным проявлением в клинической картине является**

- аутизм
- апатия
- фобия
- астения

### **Лекарственная терапия при данном расстройстве показана в случае**

- декомпенсации
- положительной динамики



- стабилизации
- компенсации

**Показанием к стационарному лечению данного расстройства не является**

- психомоторное возбуждение
- астения
- решение диагностических и экспертных вопросов
- ауто- и гетероагрессивное поведение

**При декомпенсации могут быть назначены антипсихотические препараты**

- традиционные
- атипичные
- типичные
- первого поколения

**С осторожностью при данном расстройстве следует назначать препараты из группы**

- транквилизаторов
- антидепрессантов
- антипсихотиков
- нормотимиков

**Распространенность личностных расстройств в России составляет + \_\_\_\_\_ + %**

- 10
- 1
- 12
- 15

**К типам шизоидного расстройства личности относят**

- импульсивный и пограничный
- сенситивный и экспансивный
- апатический и эйфорический
- астенический и дисфорический

**Развитие расстройств аутистического спектра обусловлено**

- наследственной предрасположенностью
- реакцией на стресс
- влиянием социальных факторов
- органическим поражением головного мозга

**Дисгармоничность психического склада и представляющие совокупность постоянные, чаще врожденные, свойства индивидуума, отчетливо проявляющиеся в эмоциональной и волевой сферах, а также в сфере влечений и в широком диапазоне социальных ситуаций и межличностного взаимодействия присущи**

- личностным расстройствам
- расстройствам личности органической этиологии
- невротическим расстройствам
- расстройствам настроения

**Дифференциальную диагностику в данном случае необходимо в первую очередь проводить с + + расстройствами**

- личностным расстройствам
- расстройствам личности органической этиологии
- невротическим расстройствам
- расстройствам настроения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертная Б., 15 лет, потерпевшая в уголовном деле по ст.131 УК РФ (изнасилование). По делу была назначена стационарная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Жалуется на «плохое настроение», «вялость», «периодически нарушенный сон с кошмарными сновидениями», «нежелание общаться».

### **Анамнез заболевания**

Подэкспертная Б. попала в малознакомую компанию, где «выпила стакан водки на спор», в состоянии алкогольного опьянения была подвергнута противоправным сексуальным действиям. По показаниям матери, «не смогла дозвониться дочери, всю ночь искала ее у друзей и знакомых, нашла в доме Ф., при этом дочь лежала на кровати, полураздетая, «абсолютно в невменяемом состоянии», находилась в состоянии алкогольного опьянения, глаза были закрыты, на слова не реагировала», было возбуждено уголовное дело. После произошедшего, Б. около недели проходила стационарное лечение с диагнозом «Острая алкогольная интоксикация». В своих показаниях Б. сообщала, что «была расстроена расставанием с парнем, решила пойти в гости к знакомому Ф., где была незнакомая компания, все выпивали водку, она выпила

стакан водки и стакан пива на спор и через некоторое время ей стало жарко и захотелось спать, в связи с чем, она поднялась на второй этаж и легла спать». Далее «у нее закружилась голова, не могла пошевелиться и более она ничего не помнит». Пришла в себя уже в больнице, где рядом была мать. По показаниям свидетелей, Б. «напилась», «была в отрубе, даже не шевелилась», «Ф совершил с ней половой акт». После произошедшего, Ф. была подавленной, грустной, периодически плохо спала, снились кошмары, перестала общаться с друзьями, общалась только в рамках семьи, снизилась успеваемость в школе. Спустя год была направлена на СППЭ.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена. Воспитывалась в полной, благополучной семье. \* Раннее развитие соответствовало возрастным нормам. \* Беременность и роды у матери подэкспертной протекали без патологии. В психомоторном развитии от сверстников не отставала. \* Посещала детский сад, где легко адаптировалась. В школу была определена с 6 лет. Училась средне, классы не дублировала. \* Обучается в 8 классе общеобразовательной школы. \* На учете у психиатра, нарколога не состояла.

### **Объективный статус**

Ориентирована полностью. При упоминании о ситуации правонарушения, настроение заметно снижается, на глазах появляются слезы, опускает голову вниз. Осведомлена о цели проводимого обследования. Анамнестические сведения сообщает последовательно, подробно. Характеризует себя «спокойной, общительной», дополняя, что «сейчас общаюсь только со своей семьей», «после этого случая, мало встречаюсь с друзьями, перестала доверять и подружкам, и друзьям», «больше общаюсь по интернету». На вопросы о правонарушении, совершенном в отношении нее, отвечает неохотно, после паузы рассказывает, что в тот день поссорилась с мальчиком, с которым встречались, была расстроена, пошла в малознакомую компанию, «много выпила на спор» после чего «начала голова кружиться», «потерялась», «память потеряла», «что было после выпитого мной алкоголя не помню». Смущаясь, говорит, что «знает со слов свидетелей, что было изнасилование». Рассказывает, что «очнулась в больнице», в области половых органов все болело», «несколько дней мочиться было больно». Достаточно ориентирована в вопросах взаимоотношения полов, процессе зачатия, деторождении, контрацепции. Отмечает, что данные действия «неправильные», «не только девственности лишилась, но и забеременеть могла». Отмечает, что «до сих пор не отошла от этого», «виню себя, что попала в такую ситуацию», «избегаю общения с парнями». Сообщает, что «до сих пор периодически плохо спит по ночам», «сняться кошмары – вся в поту просыпаюсь, как будто гонятся за мной и хотят изнасиловать», «при упоминании ситуации правонарушения, часто

плачу», «с учебой стало тяжелее», «на уроках рассеянная, долго думаю», «вялая». Суицидальные мысли отрицает. Острой психотической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций не выявляется. Интеллект, память не нарушены. + При экспериментально-психологическом исследовании на фоне особенностей актуального состояния подэкспертной, в виде легко актуализируемого чувства тревоги, подавленности, склонности к пониженному настроению, эмоциональной лабильности, в сочетании с неустойчивой самооценкой, склонностью фиксироваться на негативных переживаниях. Ассоциативные образы адекватны предъявленным стимулам, слабо окрашены эмоционально. Мнестические процессы без нарушений

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- личностным расстройствам
- расстройствам личности органической этиологии
- невротическим расстройствам
- расстройствам настроения

**Результаты обследования**

**Ведущий клинический признак психического расстройства представлен**

- депрессивным синдромом
- острым психотическим эпизодом при шизофрении
- выраженным психопатоподобным синдромом
- органическим психофизическим инфантилизмом

**Для депрессии характерна так называемая депрессивная триада симптомов в виде**

- снижения памяти, интеллекта и внимания
- угнетенного, подавленного настроения, двигательной и идеаторной заторможенности
- выраженной астении с когнитивными расстройствами
- незрелости, астении и двигательной заторможенности

**Психическое расстройство у потерпевшей на момент проведения судебной психолого-психиатрической экспертизы (СППЭ) следует сформулировать как**

- снижения памяти, интеллекта и внимания
- угнетенного, подавленного настроения, двигательной и идеаторной заторможенности
- выраженной астении с когнитивными расстройствами
- незрелости, астении и двигательной заторможенности

## **Диагноз**

### **Психическое расстройство у Б. соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F43.0
- {nbsp}F43.21
- {nbsp}F43.2
- {nbsp}F32.1

### **Пролонгированную депрессивную реакцию, обусловленную расстройством адаптации следует дифференцировать с таким расстройством, как**

- кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации
- органическое расстройство личности в связи с эпилепсией
- социализированное расстройство поведения
- посттравматическое стрессовое расстройство

### **Между выявленным психическим расстройством и психотравмирующей ситуацией, связанной с совершением противоправных действий в отношении Б**

- имеется прямая причинно-следственная связь
- невозможно установить причинно-следственную связь
- причинно-следственной связи не выявляется
- имеется косвенная (опосредованная) причинно-следственная связь

### **В связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних" (№ 14-ФЗ от 29.02.2012 г.), оценка беспомощного состояния потерпевших производится с возраста**

- 12 лет
- 14 лет
- 9 лет
- 10 лет

### **Оценка беспомощного состояния включает в себя**

- оценку способности осознавать фактический характер противоправных действий и способности оказывать им сопротивление

- оценку способности понимать характер и значение совершаемых противоправных действий и оказывать им сопротивление
- оценку способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- оценку способности понимать характер своих действий и руководить ими

**Экспертное решение о квалификации у подэкспертной Б. беспомощного состояния заключается в том, что**

- Б. могла понимать характер, однако не понимала значение противоправных действий и не могла оказывать сопротивление
- Б. не могла понимать характер и значение противоправных действий и не могла оказывать им сопротивление
- Б. могла понимать характер, однако не в полной мере понимала значение противоправных действий и не могла оказывать сопротивление
- Б. могла понимать характер и значение противоправных действий, однако, учитывая эмоциональное состояние, не могла оказывать сопротивление

**Оценка процессуальной дееспособности потерпевшей Б. такова, что**

- Б., в период проводимых с ней следственных действий, могла давать показания о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела. В настоящее время, не может давать показания
- Б. могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания
- Б. не могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- Б. могла и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела

**Выявленное психическое расстройство у потерпевшей Б**

- Б., в период проводимых с ней следственных действий, могла давать показания о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела. В настоящее время, не может давать показания
- Б. могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания

- Б. не могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- Б. могла и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертная Ф., 17 лет, потерпевшая в уголовном деле по ст. 131 ч.3 п. «а» УК РФ (в попытке изнасилования). По делу была назначена комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Жалуется на «плохое настроение», «страхи», «плаксивость», «тревогу», «внутреннее беспокойство», «нарушенный сон с кошмарными сновидениями», «нежелание общаться».

### **Анамнез заболевания**

Подэкспертная Ф. отмечала день рождения подруги в баре, поссорившись с подружкой, ушла из бара одна, по дороге на нее напал молодой человек, пытавшийся ее изнасиловать. По заявлению Ф., было возбуждено уголовное дело. Из показаний Ф. следует, что «выходя из бара, ее стал преследовать незнакомый молодой человек, испугавшись, побежала от него, но он догнал, оттащил в кусты, избил ее, повалил на землю, где пытался ее изнасиловать, однако она кричала и звала на помощь, на ее крики отреагировали прохожие, которые вызвали полицию, а молодой человек убежал». Обвиняемый давал признательные показания. После случившегося подэкспертная была подавленной, боялась одна выходить на улицу, часто плакала, у нее нарушился сон – подолгу не могла заснуть, часто просыпалась, снились «кошмары», обращалась к терапевту и неврологу, был установлен диагноз - «Вегетососудистая дистония». Спустя два года была направлена на СППЭ.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена. Воспитывалась в полной, благополучной семье. \* Раннее развитие соответствовало возрастным нормам. \* Беременность и роды у матери подэкспертной протекали без патологии. В психомоторном развитии от сверстников не отставала. \* Посещала детский сад, где легко адаптировалась. В школу была определена с 6 лет. Училась средне, классы не дублировала. \* Окончила девятый класс. \* На учете у психиатра, нарколога не состояла.

### **Объективный статус**

Ориентирована полностью. Настроение снижено, при упоминании о ситуации правонарушения плачет, с трудом успокаивается. Осведомлена о цели проводимого обследования. Анамнестические сведения сообщает последовательно, подробно. Характеризует себя «спокойной, общительной», дополняя, что «сейчас общаюсь только со своей семьей и близкими подругами». На вопросы о правонарушении, совершенном в отношении нее, отвечает неохотно, после паузы рассказывает, что видела «этого молодого человека» в баре, «несколько раз подходил познакомиться». Сообщает, что поссорилась с подругой и вышла из бара на улицу, где этот молодой человек стал ее преследовать, испугалась, побежала вдоль дороги. Он догнал ее и потащил за забор, где повалил на землю, раздевал, «пытался изнасиловать». Она сопротивлялась, громко кричала, просила о помощи. На ее крик о помощи вышли соседи и правонарушитель убежал. Достаточно ориентирована в вопросах взаимоотношения полов, процессе зачатия, деторождении, контрацепции. Отмечает, что данные действия «неправильные», так как «нельзя совершать что-то подобное насильно... помимо желания другого человека». Сообщает, что в результате насильственных действий со стороны правонарушителя могла не только лишиться девственности, но и «забеременеть... или подцепить от него что-нибудь». Отмечает, что «до сих пор не отошла от этого», «на душе страх и тревога», «внутреннее беспокойство за все», «боюсь куда-то ходить», «не общаюсь с парнями», «виню себя, что попала в такую ситуацию». Сообщает, что «до сих пор плохо спит по ночам», «сняться кошмары – вся в поту просыпаюсь, как будто гонятся за мной снова», «настроение плохое, часто плачу», «давление стало скакать», «часто сердцебиение». + При экспериментально-психологическом исследовании на фоне особенностей актуального состояния подэкспертной, в виде легко актуализируемого чувства тревоги, подавленности, склонности к пониженному настроению, сохраняющихся страхах, эмоциональной лабильности, выявляется ригидность поведенческих стратегий, недостаточная сформированность собственной полоролевой идентичности, в сочетании с неустойчивой самооценкой, склонностью фиксироваться на негативных переживаниях. Ассоциативные образы адекватны предъявленным стимулам, малопроективны, слабо окрашены эмоционально. Мнестические процессы без нарушений

### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- Б., в период проводимых с ней следственных действий, могла давать показания о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела. В настоящее время, не может давать показания



- Б. могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания
- Б. не могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- Б. могла и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела

## **Результаты обследования**

### **Ведущий клинический признак психического расстройства представлен**

- выраженным психопатоподобным синдромом
- острым психотическим эпизодом при шизофрении
- острой аффективно-шоковой реакцией
- тревожным и депрессивным синдромом

### **Длительность тревожно-депрессивной симптоматики на фоне вегетативных симптомов, в течение более 2 лет у подэкспертной Ф. характерно для**

- посттравматического стрессового расстройства
- смешанного тревожного и депрессивного расстройства
- смешанной тревожной и депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации
- тяжелого депрессивного эпизода

### **Психическое расстройство у потерпевшей на момент проведения судебной психолого-психиатрической экспертизы (СППЭ) следует сформулировать как**

- посттравматического стрессового расстройства
- смешанного тревожного и депрессивного расстройства
- смешанной тревожной и депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации
- тяжелого депрессивного эпизода

## **Диагноз**

### **Психическое расстройство у Ф. соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F43.2
- {nbsp}F41.2
- {nbsp}F32.1

- {nbsp}F43.0

**Смешанное тревожное и депрессивное расстройство следует дифференцировать с таким расстройством, как**

- посттравматическое стрессовое расстройство
- органическое расстройство личности в связи с эпилепсией
- социализированное расстройство поведения
- смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

**Между выявленным психическим расстройством и психотравмирующей ситуацией, связанной с совершением противоправных действий в отношении Ф**

- имеется косвенная (опосредованная) причинно-следственная связь
- имеется прямая причинно-следственная связь
- причинно-следственной связи не выявляется
- невозможно установить причинно-следственную связь

**В связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних" (№ 14-ФЗ от 29.02.2012 г.), оценка беспомощного состояния потерпевших производится с возраста +     + лет**

- 12
- 14
- 10
- 9

**Оценка беспомощного состояния включает в себя оценку способности**

- понимать характер своих действий и руководить ими
- понимать характер и значение совершаемых противоправных действий и оказывать им сопротивление
- осознавать фактический характер противоправных действий и способности оказывать им сопротивление
- осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

**Экспертное решение о квалификации у подэкспертной Ф. беспомощного состояния в том, что**

- Ф. могла понимать характер, однако не понимала значение противоправных действий и не могла оказывать сопротивление
- Ф. могла понимать характер, однако не в полной мере понимала значение противоправных действий и не могла оказывать сопротивление
- Ф. могла понимать характер и значение противоправных действий, однако, учитывая эмоциональное состояние, не могла оказывать сопротивление
- Ф. могла понимать характер и значение противоправных действий и могла оказывать им сопротивление

#### **Оценка процессуальной дееспособности потерпевшей Ф. в том, что**

- Ф. могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- Ф. не могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания как в период следствия, так и в настоящее время
- Ф. могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания
- Ф. могла и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела

#### **Выявленное психическое расстройство у потерпевшей Ф**

- Ф. могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- Ф. не могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания как в период следствия, так и в настоящее время
- Ф. могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания
- Ф. могла и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

Подэкспертный М., 8 лет, потерпевший в уголовном деле по ст.132 ч.4 п. «б» УК

РФ (насильственные действия сексуального характера). По делу была назначена стационарная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Жалобы на «капризность», «страхи», «плаксивость», «тревогу», «нарушенный сон с кошмарными сновидениями», «энурез».

### **Анамнез заболевания**

Будучи на отдыхе в детском лагере, подвергся насильственным действиям сексуального характера со стороны одного из вожатых, а именно вожатый П. неоднократно дотрагивался до его половых органов, заставлял потерпевшего раздеваться и фотографировал его в обнаженном виде. По заявлению матери подэкспертного, было возбуждено уголовное дело. В своих показаниях М. сообщал, что «в лагере вожатый П. часто приглашал его в свой номер, где разрешал играть в компьютерные игры, при этом сажал его к себе на колени, трогал писю и попу», «в один из дней уговорил его, что купит мороженого, а за это нужно было сфотографироваться голым». Обвиняемый давал признательные показания. После случившегося подэкспертный стал капризным, раздражительным, плохо спал по ночам, появились кошмарные сновидения, боялся выходить из дома без взрослых, появился энурез. Спустя два месяца после противоправных действий в отношении него был направлен на СППЭ.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена. \* Беременность и роды у матери подэкспертным протекали без патологии. \* Воспитывается матерью, отец в возрасте 5 лет, оставил семью, с подэкспертным поддерживает отношения, помогает семье материально. \* Раннее развитие соответствовало возрастным нормам. \* Посещал детский сад, где адаптировался легко. В школу был определен своевременно. Обучается во 2 классе общеобразовательной школы. Успевает в основном на «хорошо» и «удовлетворительно». \* Из школьной характеристики следует, что «М. последний месяц стал рассеянный, плаксивый, капризный, конфликтует с детьми». \* На учете в ПНД и НД не состоит.

### **Объективный статус**

Выглядит соответственно своему возрасту. В начале беседы держится несколько напряженно, испуганно, сидит, опустив голову вниз, избегает взгляда собеседника. В последующем при установлении доверительного контакта, становится более естественным, беседует охотнее. На вопросы отвечает в плане заданного. Цель проводимого обследования не знает. Говорит, что «мама сказала нужно все еще раз рассказать, как следователю». Жалоб на состояние здоровья самостоятельно не предъявляет. При расспросе сообщает, что «стал нервный», «может на маму накричать», «с ребятами в школе подрался», «сны

страшные стали сниться про дядек», «боюсь без мамы из дома выходить». Также неохотно говорит, что «по ночам стал писаться», добавляет, что «это из-за страха, наверное, без мамы спать не могу теперь». Периодически переходит на детскую речь, начинает сюсюкать, нарочито коверкать и не выговаривать слова. Анамнестические сведения излагает в плане ответов на вопросы. Сообщает, что воспитывается матерью и бабушкой, с отцом «встречается по выходным и праздникам». Отношения внутри семьи характеризует как «хорошие», с улыбкой добавляет, что «все его любят – и мама, и папа, и бабуся». О совершенном в отношении него правонарушении говорит крайне неохотно, заявляет, что «это стыдно». Скупое излагает сведения, аналогичные его показаниям в деле. Говорит, что «подружился с вожатым П., не думал, что он плохой», указывает, что «когда П. залезал к нему в трусы, считал, что это такая игра», «фотографировался за морожку». Отмечает, что «было неприятно и противно», «потом понял, что это секс и так поступают педофилы», «стал бояться взрослых дядек», «страшно, что могут снова приставать». В вопросах взаимоотношения полов не ориентирован, не осведомлен о процессе зачатия, деторождении, контрацепции. Запас общеобразовательных знаний и представлений соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Суждения облегченные, поверхностные. Мышление последовательное. Эмоциональные проявления по-детски непосредственные. Продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации и пр.) нет. + При экспериментально-психологическом исследовании у подэкспертного выявляются признаки естественной возрастной и личностной незрелости, слабая сформированность и неустойчивость собственной позиции, и мотивационной сферы при ограниченности круга интересов и представлений. У подэкспертного, с учетом возрастных особенностей выявляется способность к выполнению основных мыслительных операций на невысоком уровне. При выполнении операций обобщения использует простые категории, оперирует несложными функциональными и конкретными признаками. Причинно-следственные зависимости устанавливает, склонности к привнесению отсутствующих сюжетных звеньев, фантазированию не обнаруживается. Ассоциативные образы в большинстве своем конкретно и конкретно-ситуационного характера. Память в пределах нормы.

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- Ф. могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- Ф. не могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания как в период следствия, так и в настоящее время

- Ф. могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания
- Ф. могла и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела

## **Результаты обследования**

### **Ведущий клинический признак психического расстройства представлен**

- симптомами нарушения нескольких типов эмоций
- выраженным психопатоподобным синдромом
- острой аффективно-шоковой реакцией
- острым психотическим эпизодом при шизофрении

### **Появление у детей, подвергшихся воздействию каких-либо психотравмирующих факторов, таких симптомов как энурез, детская речь, сосание пальца, относят к**

- посттравматическому стрессовому расстройству
- регрессивному поведению
- инфантильному расстройству
- психопатоподобному поведению

### **Психическое расстройство у потерпевшего на момент проведения судебной психолого-психиатрической экспертизы (СППЭ) следует сформулировать как**

- посттравматическому стрессовому расстройству
- регрессивному поведению
- инфантильному расстройству
- психопатоподобному поведению

## **Диагноз**

### **Психическое расстройство у М. соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F23.0
- {nbsp}F63.1
- {nbsp}F32.1
- {nbsp}F43.23

### **Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций следует дифференцировать с таким расстройством, как**

- социализированное расстройство поведения
- органическое расстройство личности в связи с эпилепсией
- посттравматическое стрессовое расстройство
- смешанное тревожное и депрессивное расстройство

**Между выявленным психическим расстройством и психотравмирующей ситуацией, связанной с совершением противоправных действий в отношении М**

- имеется прямая причинно-следственная связь
- причинно-следственной связи не выявляется
- невозможно установить причинно-следственную связь
- имеется косвенная (опосредованная) причинно-следственная связь

**В связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних" (№ 14-ФЗ от 29.02.2012 г.), оценка беспомощного состояния потерпевших производится с возраста +    + лет**

- 12
- 9
- 14
- 10

**Оценка беспомощного состояния включает в себя оценку способности**

- осознавать фактический характер противоправных действий и способности оказывать им сопротивление
- осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- понимать характер и значение совершаемых противоправных действий и оказывать им сопротивление
- понимать характер своих действий и руководить ими

**Экспертное решение о квалификации у подэкспертного М. беспомощного состояния в том, что**

- М. мог понимать характер и значение противоправных действий, однако, учитывая эмоциональное состояние, не мог оказывать сопротивление
- М. мог понимать характер, однако не понимал значение противоправных действий и не мог оказывать сопротивление

- М. мог понимать характер, однако не в полной мере понимал значение противоправных действий и не мог оказывать сопротивление
- М. не мог понимать характер и значение противоправных действий и мог оказывать им сопротивление

#### **Оценка процессуальной дееспособности потерпевшего М. в том, что**

- М. мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- М. не мог воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания как в период следствия, так и в настоящее время
- М. мог воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания
- М. мог и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела

#### **Выявленное психическое расстройство у потерпевшего М**

- М. мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- М. не мог воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания как в период следствия, так и в настоящее время
- М. мог воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания
- М. мог и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

Подэкспертная Ю. 17 лет, потерпевшая по ст. 131, 132 УК РФ (групповое изнасилование и насильственные действия сексуального характера). По делу была назначена стационарная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

#### **Жалобы**

Жалуется на «плохое настроение», «воспоминания о насилии, которые



преследуют», «нежелание общаться», «трудности в обучении», «нарушенный сон», «раздражительность».

### **Анамнез заболевания**

Подэкспертная находилась на дне рождения своей школьной подруги, где были незнакомые ей молодые люди, которые пошли провожать Ю. По дороге, обвиняемые, насильно завели подэкспертную в заброшенное здание, где совершили насильственные действия сексуального характера, а также групповое изнасилование. На крики Ю. обратили внимание прохожие и вызвали полицию. В своих показаниях Ю. сообщала, что «ребята сильно напились, потащили в заброшку, там ударили несколько раз, заставили раздеться, трогали везде, потом поочередно насильничали», «заставляли вступать в оральные сексуальные отношения». Обвиняемые давали признательные показания. После случившегося подэкспертная была подавленной, высказывала мысли о нежелании жить, боялась одна оставаться дома, у нее внезапно менялось настроение (становилась то нервной, вспыльчивой, то понурой), появилась несвойственная ей раздражительность, резкость, беспокойно спала ночью («металась, стонала, скрипела зубами»). Проходила лечение в психиатрическом стационаре в течение 2 месяцев, выписана с незначительным улучшением. Не смогла продолжить учебу в институте, отправлена в академический отпуск.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена. Воспитывалась в полной, благополучной семье. \* Беременность и роды у матери подэкспертной протекали без патологии. В психомоторном развитии от сверстников не отставала. \* Посещала детский сад, где легко адаптировалась. В школу была определена своевременно. Училась хорошо, классы не дублировала. Согласно школьной характеристике, «ответственная, внимательная, общительная». \* После окончания 11 классов поступила в педагогический институт, где обучалась на 1 курсе. С учебой справлялась успешно. \* На учете у психиатра, нарколога не состояла.

### **Объективный статус**

Ориентирована полностью. Настроение неустойчивое, несколько раздражительна, при упоминании о ситуации изнасилования (спустя 8 месяцев после произошедшего) плачет, с трудом успокаивается. Осведомлена о цели проводимого обследования. Анамнестические сведения сообщает последовательно, подробно. Характеризует себя «спокойной, общительной», дополняя, что «сейчас стала другая», «вся жизнь изменилась». По поводу противоправных действий, совершенных с ней, сообщила, что испытывала сильный страх за свою жизнь. Тихим голосом, со слезами на глазах

рассказывает, что «не ожидала, что они могут затащить в заброшку», «там они избили, раздели, насильовали во влагалище по очереди», «заставляли брать в рот». Говорит, что «вырывалась, кричала, звала на помощь, кто-то из прохожих вызвал полицию». До сих пор помимо воли «всплывают» воспоминания, не может от них избавиться, «стала рассеянной», «забывчивой», старается избегать общения с лицами мужского пола, незнакомыми ребятами. В вопросах взаимоотношения полов ориентирована, осведомлена о процессе зачатия, деторождении, контрацепции. В судебно-следственной ситуации ориентирована. + При экспериментально-психологическом исследовании на фоне особенностей актуального состояния подэкспертной, в виде легко актуализируемого чувства тревоги, подавленности, склонности к пониженному настроению, сохраняющихся страхах, эмоциональной лабильности, выявляется ригидность поведенческих стратегий, склонность к реакциям раздражения и агрессии в субъективно сложных и эмоционально насыщенных ситуациях, недостаточная сформированность собственной полоролевой идентичности, в сочетании с неустойчивой самооценкой, склонностью фиксироваться на негативных переживаниях. Ассоциативные образы адекватны предъявленным стимулам, малопроективны, слабо окрашены эмоционально. Мнестические процессы без нарушений.

#### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- М. мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- М. не мог воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания как в период следствия, так и в настоящее время
- М. мог воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания
- М. мог и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела

#### **Результаты обследования**

#### **Ведущий клинический признак психического расстройства представлен**

- острым психотическим эпизодом при шизофрении
- острой аффективно-шоковой реакцией
- затяжной реакцией на стрессовое событие исключительно угрожающего характера, с эпизодами повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций)

- выраженным психопатоподобным синдромом

**Возникающее после исключительного стрессового события, наряду с тревожно-депрессивной симптоматикой, социальное избегание (нежелание общаться с друзьями, посещать какие-либо мероприятия, вплоть до очных занятий в институте), относится к**

- позитивным симптомам при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР)
- незрелости, связанной с органической недостаточностью
- негативным симптомам при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР)
- органическому патопсихологическому симптомокомплексу

**Психическое расстройство у потерпевшей на момент проведения судебной психолого-психиатрической экспертизы (СППЭ) следует сформулировать как**

- позитивным симптомам при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР)
- незрелости, связанной с органической недостаточностью
- негативным симптомам при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР)
- органическому патопсихологическому симптомокомплексу

## **Диагноз**

**Психическое расстройство у Ю. соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F43.2
- F32.1
- {nbsp}F43.0
- {nbsp}F43.1

**Посттравматическое стрессовое расстройство следует дифференцировать с**

- органическим расстройством личности в связи с эпилепсией
- социализированным расстройством поведения
- инфантильным расстройством личности
- стойким изменением личности после переживания катастрофы

**Между выявленным психическим расстройством и психотравмирующей ситуацией, связанной с совершением противоправных действий в отношении Ю**

- имеется косвенная (опосредованная) причинно-следственная связь
- причинно-следственной связи не выявляется
- имеется прямая причинно-следственная связь
- невозможно установить причинно-следственную связь

**В связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних" (№ 14-ФЗ от 29.02.2012 г.), оценка беспомощного состояния потерпевших производится с возраста**

- 12 лет
- 14 лет
- 10 лет
- 9 лет

**Оценка беспомощного состояния включает в себя оценку способности**

- понимать характер своих действий и руководить ими
- осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- понимать характер и значение совершаемых противоправных действий и оказывать им сопротивление
- осознавать фактический характер противоправных действий и способности оказывать им сопротивление

**Экспертное решение о квалификации у подэкспертной Ю. беспомощного состояния заключается в том, что**

- Ю. могла понимать характер, однако не в полной мере понимала значение противоправных действий и не могла оказывать сопротивление
- Ю. могла понимать характер и значение противоправных действий, однако, учитывая эмоциональное состояние, не могла оказывать сопротивление
- Ю. могла понимать характер, однако не понимала значение противоправных действий и не могла оказывать сопротивление
- Ю. могла понимать характер и значение противоправных действий и могла оказывать им сопротивление

**Оценка процессуальной дееспособности потерпевшей Ю. заключается в том, что**

- Ю. могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания
- Ю. могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- Ю. могла и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела
- Ю. не могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания как в период следствия, так и в настоящее время

### **Выявленное психическое расстройство у потерпевшей Ю**

- Ю. могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания
- Ю. могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- Ю. могла и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела
- Ю. не могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания как в период следствия, так и в настоящее время

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Ч., 16 лет, обвиняемый по ст.105 ч.2 УК РФ, в убийстве совместно с другими несовершеннолетними мужчины без определенного места жительства, в связи с чем назначена комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

При помещении в СИЗО, стал вести себя неадекватно, со слов сокамерников – «по началу плакал, не спал», «ни с кем не общался», «отказывался от еды», «говорил, что лучше умереть». После совершил попытку суицида, был помещен в медсанчасть, где продуктивному контакту был малодоступен, периодически высказывал мысли о нежелании жить. Из медсанчасти поступил на СППЭ. + Из

материалов уголовного дела следует, что в соучастии с другими несовершеннолетними обвиняется в убийстве лица без определенного места жительства.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность психопатологически не отягощена; \* родился в многодетной семье, младшим из 5 детей, наблюдался у невролога с перинатальной энцефалопатией; \* в раннем развитии от сверстников не отставал, в школу был определен своевременно, учился средне, закончил 9 классов общеобразовательной школы; \* на учете в ПНД и НД не состоял; \* ранее к уголовной ответственности не привлекался.

### **Объективный статус**

Малодоступен продуктивному контакту, сидит в однообразной позе, на вопросы отвечает кратко, односложно, преимущественно «да – нет». Отмечена выраженная психомоторная заторможенность. Настроение снижено.

Самостоятельно жалоб на здоровье не предъявляет, однако соглашается, что «плохо спит по ночам, отсутствует аппетит, за последнее время резко похудел». Со слезами на глазах сообщает, что «в СИЗО были проблемы с сокамерниками, поэтому решил умереть», «вскрыл себе вены». В беседе периодически становится напряженным, с подозрением относится к собеседникам, высказывает опасения, что «ребята по палате как-то не так на него смотрят, смеются над ним, обсуждают». Сообщал, что «в СИЗО было ощущение слежки, казалось, что сокамерники замышляют его убийство». По поводу инкриминируемого ему деяния сведения не сообщал, на уточняющие вопросы отвечал кивком головы. В отделении залеживался в постели, практически ни с кем не общался. Критические и прогностические способности нарушены. + Экспериментально-психологическое исследование провести не представлялось возможным в следствие малодоступности испытуемого контакту.

### **Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- Ю. могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания в период следствия, а в настоящее время не может давать показания
- Ю. могла правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела и давать о них показания, как в период следствия, так и в настоящее время
- Ю. могла и в настоящее время может давать показания лишь о внешней стороне противоправных действий без понимания внутренней стороны обстоятельств, имеющих значение для дела
- Ю. не могла воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать о них показания как в период следствия, так и в настоящее время

## **Результаты обследования**

### **Ведущий клинический признак представлен**

- олигофреноподобным дефектом при детской шизофрении
- органическим психофизическим инфантилизмом
- депрессивным синдромом
- галлюцинаторно-параноидным синдромом при шизофрении

### **Для депрессивного расстройства характерна так называемая депрессивная триада симптомов в виде**

- незрелости, астении и двигательной заторможенности
- снижения памяти, интеллекта и внимания
- выраженной астении с когнитивными расстройствами
- угнетенного, подавленного настроения, двигательной и идеаторной заторможенности

### **Тяжесть депрессивного состояния обусловлена**

- нарушения пищевого поведения, отказ от приема пищи
- выраженной заторможенностью, наличием соматических симптомов с потерей массы тела, суицидальными попытками, психотическими включениями
- снижение темпа, обстоятельность и вязкость мышления
- неравномерность и нецеленаправленность мыслительной деятельности

### **Психическое расстройство у подэкспертного следует сформулировать как**

- нарушения пищевого поведения, отказ от приема пищи
- выраженной заторможенностью, наличием соматических симптомов с потерей массы тела, суицидальными попытками, психотическими включениями
- снижение темпа, обстоятельность и вязкость мышления
- неравномерность и нецеленаправленность мыслительной деятельности

## **Диагноз**

### **Психическое расстройство у Ч. соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F20.0
- {nbsp}F23.8
- {nbsp}F32.3
- {nbsp}F43.0

**Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами следует дифференцировать с**

- инфантильным расстройством личности
- кататонической шизофренией
- посттравматическим стрессовым расстройством
- органическим расстройством личности

**Квалификация несовершеннолетнему подэкспертному психиатрами-экспертами при обследовании в рамках СПЭ «Депрессивного эпизода тяжелой степени с психотическими симптомами» предполагает экспертный вывод о том, что Ч**

- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- находится в болезненном состоянии, в настоящее время решить экспертные вопросы не представляется возможным
- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

**Правовая квалификация экспертного решения подпадает под действие**

- ч. 3 статьи 20 УК РФ
- статьи 81 ч.1 УК РФ
- статьи 89 УК РФ
- статьи 22 УК РФ

**После выхода из болезненного состояния, несовершеннолетний Ч**

- находится под домашним арестом
- этапируется для отбытия наказания в колонию
- освобождается от уголовной ответственности
- может предстать перед следствием и судом

**По своему психическому состоянию Ч. нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь**

- в амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра
- в стационарных условиях, специализированного типа, до выхода из указанного болезненного состояния
- в стационарных условиях, общего типа



- в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением

**Наличие у Ч. депрессивного эпизода тяжелой степени с психотической симптоматикой предполагает**

- в амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра
- в стационарных условиях, специализированного типа, до выхода из указанного болезненного состояния
- в стационарных условиях, общего типа
- в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный П., 15 лет, обвиняется в убийстве отца, в связи с чем назначена комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Воспитывался и проживал в многолетней психотравмирующей ситуации, связанной с алкоголизмом отца и его деспотичным поведением, жестоким обращением с систематическим избиением подэкспертного. Раннее развитие подэкспертного протекало соответственно возрастной норме. Наблюдался неврологом по поводу перинатальной энцефалопатии, в дошкольном возрасте – по поводу тиков. Характеризовался окружающими как «тихий, добрый, робкий». Наблюдалось постепенное формирование стойкого комплекса сверхценных переживаний (ненависть к отцу, привязанность к матери), сопровождавшихся усложнением патохарактерологических особенностей тормозимого типа, астенодепрессивными проявлениями. Из материалов уголовного дела следует, что П., будучи свидетелем очередного конфликта родителей, во время которого отец, находящийся в состоянии алкогольного опьянения, избивал мать подэкспертного, П. нанес множественные (более 20) ножевые ранения отцу, от которых последний скончался. Мать в показаниях отмечает «необычную, нехарактерную злость и агрессию у сына», указывает, что «сын не реагировал ни на что, не слышал меня», «не могла его оттащить от отца». Сотрудники скорой помощи отмечали выраженную астению у П., «был полусонный, ослабленный», «когда пришел в себя стал плакать». В своих показаниях П. указывал, что «было очень страшно за маму», «не знал, что

делать», «в голове была злость и бессилие», «не все помню», «нанес один-два удара ножом», «был как в тумане».

### **Анамнез жизни**

\* Отец злоупотреблял алкогольными напитками. \* Родился от 1 беременности протекавшей с токсикозом, с весом 3300,0, длиной тела 52 см, оценкой по шкале Апгар 8 баллов, наблюдался неврологом по поводу перинатальной энцефалопатии. \* Детский сад посещал, адаптировался легко. \* В общеобразовательную школу определен с 7 лет, учился средне, классов не дублировал. \* На учете у психиатра, нарколога не состоит.

### **Объективный статус**

Внешне выглядит несколько младше своего паспортного возраста. Опрятен. Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Охотно вступает в беседу, вежлив. Эмоциональные проявления соответствуют контексту беседы. На вопросы отвечает в плане заданного, по существу. Анамнестические сведения излагает последовательно, подробно. Охотно рассказывает о своей учебе в школе, отмечает, что «учеба легко всегда давалась», «проблем в школе не было», «общался не со всеми, был стеснительный, но друзья были». О своей семье рассказывает неохотно, путем ответов на вопросы. Указывает, что «отец был главным в семье, все его должны были слушаться», «выпивал сильно, когда пьяный, гонял нас с мамой, мог даже из дома на улицу выгнать». Говорит, что «раньше он маму не бил, только меня за что-нибудь ремнем». При упоминании судебно-следственной ситуации, настроение заметно снижается, на глазах появляются слезы, периодически отмечаются тикозные подергивания мышц лица, неохотно рассказывает о событиях, изложенных в материалах дела. Отмечает, что «во время ссоры родителей, отец стал всячески оскорблять маму, а потом несколько раз ударил кулаком по лицу», «стал орать, что прибьет ее». Сообщает, что «в то время сидел на кухне и переживал за маму», «потом все обиды в голове пронесли», «взял нож, забежал в комнату и стал наносить удары». Отмечает, что «было очень страшно за маму», «было чувство, что это нереально – как в кино», «был ужас и страх смерти», «вся жизнь пронеслась», «была паника», «в голове туман». Говорит, что «помнит все отрывочно», «не помнит, сколько нанес ударов», «вокруг ничего не видел, знает, что ножом куда-то попал», «крови не было», «криков не слышал», «находился как в тумане», «все смутно», «только безумный страх за мать и злость», «все происходило само собой», «время шло очень быстро». Указывает, что «пришел в себя, когда мама обнимала, при этом сидел на полу», «был сильно измучен и устал», «посмотрел, что весь в крови – понял, что убил отца». Со слезами на глазах говорит, что «не хотел убивать, не знает, как это получилось», «страшно было за маму и за себя». Запас общеобразовательных знаний и представлений соответствует полученному

образованию. Продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации) на момент осмотра не выявляется. Суицидальные мысли отрицает. + При экспериментально-психологическом исследовании у подэкспертного на фоне озабоченности сложившейся ситуацией выявляются естественная возрастная незрелость, недостаточная сформированность и неустойчивость социальной и личностной позиции, мотивации и собственных критериев оценок, ограниченного жизненного опыта, при достаточном уровне активности. Для подэкспертного характерны достаточная эмоциональная устойчивость, сдержанность во внешнем проявлении эмоций, корректность, доброжелательность, готовность к сотрудничеству, со стремление к бесконфликтному общению, или уходом от решения проблем, особенно в ситуациях, затрагивающих собственную личность. У подэкспертного выявляется способность к выполнению основных мыслительных операций на достаточном уровне; при обобщении выделяет практически значимые свойства объектов – распространенные категории и функциональные свойства; при субъективных затруднениях отмечается актуализация конкретных, наглядные и в единичных случаях второстепенных свойств. Устанавливает верные логические зависимости, условный смысл метафор и пословиц передает на достаточном уровне. Ассоциативные образы в большинстве своем конкретно характера, соответствуют словам-стимулам. Эпизодически отмечаются увеличения латентного времени ответа на сложные стимулы. Непосредственное механическое запоминание в пределах нормы. Темп работы достаточный.

**Для дальнейшего обследования в стационаре необходимо провести**

- в амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра
- в стационарных условиях, специализированного типа, до выхода из указанного болезненного состояния
- в стационарных условиях, общего типа
- в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением

**Результаты обследования**

**Ведущий клинический признак психического расстройства на момент инкриминируемого деяния представлен**

- эмоциональным состоянием, не достигающим выраженности аффекта
- острой аффективной патологической реакцией («реакцией короткого замыкания»)
- состоянием физиологического аффекта
- острым психотическим эпизодом при шизофрении

**Патологический характер острой аффективно-шоковой реакции на момент инкриминируемого деяния обусловлен**

- длительной психотравмирующей ситуацией в семье
- нарушенным (аффективно-суженным) сознанием на фоне острого аффекта страха и ужаса
- постаффективной астенией
- незрелостью, связанной с органической недостаточностью

**Патологической почвой для возникновения острой аффективной патологической реакции у подэкспертного П. послужило (-ла)**

- перенесенное в детском возрасте неглубокое церебрально-органическое поражение
- наследственная отягощенность алкоголизмом отца
- нарушенные внутрисемейные отношения
- физическое насилие в отношении несовершеннолетнего

**Психическое расстройство у подэкспертного на момент правонарушения следует сформулировать как**

- перенесенное в детском возрасте неглубокое церебрально-органическое поражение
- наследственная отягощенность алкоголизмом отца
- нарушенные внутрисемейные отношения
- физическое насилие в отношении несовершеннолетнего

**Диагноз**

**Психическое расстройство у П. соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F60.08
- {nbsp}F23.0
- {nbsp}F06.82
- {nbsp}F43.0

**Острые аффективные патологические реакции развиваются по механизму**

- формирования эндогенного симптомокомплекса
- «короткого замыкания»
- экзогенно-органического воздействия
- генетически детерминированным механизмам

**Отличительной особенностью острых аффективных патологических реакций «короткого замыкания» является**

- кратковременность с быстрым переходом в состояние тяжелой соматопсихической астении
- кратковременность психотического состояния без перехода в выраженную астению
- длительность психотического эпизода с развернутой галлюцинаторно-параноидной симптоматикой
- длительность психотического эпизода с резистентностью к проводимой терапии

**При квалификации экспертами у несовершеннолетнего П. «Острой реакции на стресс» в период, относящийся к инкриминируемому деянию, данное расстройство рассматривается в рамках**

- хронического психического расстройства
- слабоумия
- временного психического расстройства
- иного болезненного состояния психики

**Правовая квалификация экспертного решения подпадает под действие**

- ч. 3 статьи 20 УК РФ
- статьи 89 УК РФ
- статьи 21 УК РФ
- статьи 22 УК РФ

**По своему психическому состоянию в настоящее время П. нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающую психиатрическую помощь в**

- стационарных условиях, специализированного типа
- амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра
- стационарных условиях, общего типа
- стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением

**При допросе несовершеннолетнего обвиняемого, не достигшего 16 лет обязательно участвуют**

- стационарных условиях, специализированного типа
- амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра
- стационарных условиях, общего типа

- стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной Г., 74 года. Госпитализирован в психиатрический стационар, находится в кабинете заведующего отделением. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; обследования; назначения лечения.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Сведений о наследственности, беременности и родах у матери, раннем развитии сообщить не может. В период службы в армии перенес контузию головного мозга; лечился в военном госпитале, был комиссован по состоянию здоровья, определена 3 группа инвалидности. В последующем беспокоили головные боли, повышенная утомляемость. Из медицинской документации (предоставлена сыном пациента) известно, что с 1989 г. Г. наблюдался в городской поликлинике с диагнозом: «Ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз сосудов головного мозга. Остаточное явление множественного осколочного ранения и контузии головного мозга». С 2005 г. ему устанавливались диагнозы: «Цереброваскулярная болезнь, хроническая цереброваскулярная недостаточность 2-3 ст.». Гипертоническая болезнь 2 стадии. Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Недостаточность кровообращения 0-1ст.», назначалось лечение. Г. обращался к врачам с жалобами на сжимающие боли за грудиной, одышку, сердцебиения, слабость, головные боли, головокружения, шум в ушах, голове, шаткость при ходьбе. Отмечалось, что в анамнезе у него артериальная гипертония более 10 лет с повышением АД до 220/110 мм рт. ст. В направлении на МСЭ от 23.05.13 г. было указано, что ухудшение состояния наблюдается в последние 1,5-2 года: нарушилась походка, отмечается слабость в ногах, стал плохо ориентироваться в окружающем. С диагнозом: «Цереброваскулярная болезнь. Атеросклероз сосудов головного мозга. Последствия контузии 1967 года. Хроническая ишемия головного мозга 3 ст. Вестибулоатактический синдром. ИБС: Атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения ФК 3. Гипертоническая болезнь 3 ст. Хроническая венозная недостаточность 2» был направлен на медико-социальную экспертизу для усиления группы инвалидности. 28.05.03г. ему установлена 1 группа инвалидности. Три дня назад ушел из дома в неизвестном направлении. Находился возле станции

метро - был не опрятен, без верхней одежды в холодное время года, возбужден, кричал, просил помощи у прохожих, не знал дороги домой. Бригадой скорой помощи доставлен в психиатрический стационар. Госпитализирован в недобровольном порядке.

### **Анамнез жизни**

Закончил 8 классов общеобразовательной школы. Проживал в Грузии, занимался сельскохозяйственными работами, садоводством. В возрасте 32 лет женился, от брака имеет четверых детей. С 1977 г. проживает в Москве, работал мастером по ремонту обуви. В настоящее время на пенсии, проживает с семьей сына.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Правильно называет фамилию, имя, отчество, текущую дату. Не точно знает, где находится, говорит «в какой-то больнице». Растерян, заметно волнуется. Многословен, суетлив, внимание не устойчивое. Только неоднократное повторение вопроса привлекает его внимание. При целенаправленном расспросе предъявляет жалобы на периодические головные боли, головокружения, шум в голове, общую слабость, нарушение сна на протяжении длительного времени, снижение памяти. Анамнестические сведения излагает непоследовательно, подробно описывает малозначимые события, не выделяет главного, часто ссылается на забывание. Заметно оживляется, рассказывая о службе в армии. Сообщает, что был очень исполнительный, дисциплинированный, сослуживцы его уважали; после полученного ранения часто беспокоили головные боли, практически не работал. Вспоминает о жене как о «боевой» женщине, которая работала на двух работах, он был за ней как за «каменной стеной». Отмечает, что в последнее время стала «плохая» память, забывает куда положил вещи, документы, часто «теряет» их. Не ориентирован в ценах на продукты (стоимость хлеба обозначил как «пятьдесят копеек примерно») и коммунальные услуги, не знает размер своей пенсии («может рублей пятьсот»). Говорит, что проживает у сына или у дочери, которые ухаживают за ним. На днях, выйдя из дома один, не смог вернуться, так как не нашел дорогу и забыл название улицы. При обсуждении этой ситуации на глазах появляются слезы, голос дрожит, отмечается тремор рук. Интеллектуальный уровень снижен. Суждения не последовательные, облегченные, примитивные. Память снижена на прошлые и особенно на текущие события. Внимание неустойчивое, крайне отвлекаем. Мышление малопродуктивное, обстоятельное, вязкое, не всегда последовательное. Эмоциональные реакции крайне неустойчивые - от раздражительности, плаксивости, слабодушия до неадекватно повышенного фона настроения. Психотической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций не выявлено. Круг интересов ограничен бытовыми вопросами. Критические и

прогностические способности нарушены. + В ходе экспериментально-психологического исследования выступает повышенная и непродуктивная деятельность больного в целом – он с трудом усваивает инструкции к заданиям, но, даже усвоив, не придерживается их в процессе выполнения; отвечает на вопросы излишне многословно, непоследовательно, спонтанно соскальзывает на субъективно значимые темы. Обнаруживается общее интеллектуально-мнестическое снижение в виде обстоятельности и непоследовательности суждений, склонности к продуцированию спонтанных и непродуманных решений, сниженных способностей к обобщению и абстрагированию понятий с актуализацией наглядных, сугубо конкретных и по субъективному предпочтению признаков и свойств объектов; обедненности ассоциативной сферы, трудностей установления логических связей и причинно-следственных отношений, целостного осмысления ситуаций, а также значительного снижения памяти, неустойчивости внимания, истощаемости психических процессов. На фоне стремления придерживаться доброжелательных отношений с окружающими с доверчивостью и некоторой подчиняемостью в контактах, выступает значительная измененность эмоционально-волевой и личностной сферы в виде сужения кругозора и сферы интересов, неустойчивости эмоциональных проявлений от слабодушия до склонности к приподнятому настроению без учета ситуации; неадекватной оценки своих реальных возможностей, трудностей организации своего поведения и повышенной активности с тенденцией к непосредственным, импульсивным поступкам без достаточного прогноза их последствий. + Осмотр невролога. Знаков текущего очагового поражения центральной нервной системы не выявлено. Походка шаткая, в позе Ромберга не устойчив. Отмечается тремор головы, кистей рук.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больному Г. можно поставить диагноз**

- стационарных условиях, специализированного типа
- амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра
- стационарных условиях, общего типа
- стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением

## **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, нормативных документов, госпитализация Г. в психиатрический стационар являлась**

- нарушающей права больного
- не обоснованной



- обоснованной
- не соответствующей законодательству

**На основании анализа данных анамнеза, действующего законодательства, основанием для госпитализации Г. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, являлась его**

- дезориентировка в окружающем
- непосредственная опасность для окружающих
- неспособность к самообслуживанию
- беспомощность

**На основании анализа данных анамнеза, действующего законодательства, выписку Г. из медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, следует производить**

- только по решению суда об отмене такой госпитализации
- по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации
- на основании личного заявления больного или его законного представителя либо по решению лечащего врача
- по личному заявлению больного при улучшении его состояния

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, утвержденных клинических рекомендаций, к критериям качества оказания Г. медицинской помощи относится**

- проведение клинической диагностики возможных побочных действий и осложнений антипсихотической терапии
- обеспечение экспериментально-психологического исследования с оценкой индивидуальных личностных особенностей
- проведение реоэнцефалографии с периодичностью 2 раза в 30 дней
- проведение специализированного нейропсихологического обследования с оценкой когнитивных функций

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, утвержденных клинических рекомендаций, к критериям качества оказания Г. медицинской помощи относится**

- выполнение нейровизуализационного обследования (КТ/МРТ головного мозга)
- обеспечение экспериментально-психологического исследования с оценкой индивидуальных личностных особенностей

- обеспечение экспериментально-психологического исследования с оценкой функции мышления
- представление больного на медико-социальную экспертизу с последующей разработкой программы реабилитации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, утвержденных клинических рекомендаций, к критериям качества оказания Г. медицинской помощи относится**

- назначение базисных препаратов для лечения деменции
- выполнение общего анализа спинномозговой жидкости
- назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- назначение антипсихотических препаратов второго поколения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, утвержденных клинических рекомендаций, к базисным препаратам для лечения имеющегося у Г. психического расстройства относится**

- амисульпирид
- ривастигмин
- оланзапин
- пароксетин

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, утвержденных клинических рекомендаций, к базисным препаратам для лечения имеющегося у Г. психического расстройства относится**

- ноотропил
- мемантин
- кветиапин
- рисперидон

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, утвержденных клинических рекомендаций, к немедикаментозным методам лечения имеющегося у Г. психического расстройства относится**

- эрготерапия
- электросудорожная терапия
- электросон
- транскраниальная магнитная стимуляция

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, утвержденных клинических рекомендаций, к препаратам для лечения имеющегося у Г. нарушения сна относится**

- лоразепам
- кветиапин
- золпидем
- феназепам

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, утвержденных клинических рекомендаций, к препаратам для лечения имеющегося у Г. нарушения сна относится**

- лоразепам
- кветиапин
- золпидем
- феназепам

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная М., 76 лет. В психоневрологический диспансер поступило заявление граждан, проживающих по соседству с М., с просьбой об ее освидетельствовании врачом-психиатром на дому. В тексте заявления содержатся указания на нарушение поведения, социальную дезадаптацию М. (не узнает соседей, на вопросы отвечает не по существу, неопрятна в одежде, стучит в двери в ночные часы, одевается не по погоде, не готовит и не покупает продукты, антисанитарное состояние квартиры). М. освидетельствуется участковым психиатром на дому. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства, обследования, назначения лечения.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Сведений о наследственности, беременности и родах матери, раннем развитии сообщить не может. Из медицинской документации (амбулаторная карта из городской поликлиники) известно, что с 1983 г. М. наблюдается терапевтом с диагнозом «Гипертоническая болезнь 3 ст.» с подъемами давления до 210/100 мм рт. ст. Ее состояние резко ухудшилось в мае 2019 г., когда стала возбужденной, стремилась куда-то уйти, жаловалась на головные боли. М. была госпитализирована в терапевтическое отделение городской клинической больницы (ГКБ), где находилась с диагнозом: «Гипертоническая болезнь 3 ст. Острое нарушение мозгового кровообращения от 09.05.19г.». После выписки лечилась амбулаторно, принимала актовегин, мексидол. Однако состояние М. изменилось - перестала узнавать знакомых, многократно повторяла одни и те

же слова, речь была невнятной. В связи с таким состоянием она была госпитализирована в неврологическое отделение ГKB, где находилась с диагнозом: «Цереброваскулярная болезнь. Дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст. с выраженным интеллектуально-мнестическим снижением, вестибуло-атактическим синдромом». Выписана с рекомендациями наблюдения у психиатра по месту жительства. За помощью к данному специалисту не обратилась. Уходила из дома, обратно дорогу найти не могла, навыки самообслуживания постепенно утратила. Согласно справке медико-социальной экспертизы, 15.11.2020 г. М. была установлена 1 группа инвалидности бессрочно.

### **Анамнез жизни**

Родилась младшей из 4 детей. Окончила 8 классов общеобразовательной школы и торговый техникум. Работала товароведом до пенсионного возраста. По характеру формировалась доброй, ответственной, общительной. Была замужем, детей нет, муж умер много лет назад. Проживает одна.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Мимика обеднена, эмоционально маловыразительна. Фон настроения снижен, несколько растеряна. Правильно называет фамилию, имя, отчество, год рождения. Свой возраст, текущий год назвать не может. Число и текущий месяц не помнит. При расспросе предъявляет жалобы на головные боли, головокружения, перепады давления, нарушение сна. Говорит, что принимает лекарства от давления, но какие не помнит, «по-моему, сенаде». Сообщает, что проживает с мужем и мамой, «мама старенькая уже, ей 80, а мне 78», муж работает на химзаводе. Утверждает, что сегодня ходила в лес за ягодами. При обращении внимания на царапины на ноге говорит, что «ободрала о сучки на даче». Поясняет, что сейчас она на даче ничего не сажает, «холодно, зима, а летом сажаю». Периодически становится тревожной, спрашивает: «Меня что прибудут или к стенке поставят?». На вопрос о пенсии отвечает, что не помнит, «1500 рублей, по-моему». Цены на основные продукты, коммунальные платежи назвать не может - «это муж все делает». Считает, что на пенсии находится «где-то два года». Периодически задает вопрос: «А зачем все это?». Интеллект значительно снижен. Память грубо нарушена на текущие и прошлые события. Внимание не устойчиво. Затруднено понимание, осмысление. Суждения, речь обеднены. Мышление малопродуктивное. Отмечаются конфабуляции, псевдореминисценции. Эмоциональные реакции неустойчивы - то склонна к колебаниям настроения в сторону пониженного, с возникновением тревоги, то благодушна. Круг интересов ограничен физиологическими потребностями, беспомощна. Критика к своему состоянию нарушена.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной М. можно поставить предварительный диагноз**

- лоразепам
- кветиапин
- золпидем
- феназепам

## **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, психиатрическое освидетельствование М. является**

- не соответствующим законодательству
- не соответствующим сведениям о психическом состоянии М
- обоснованным
- не обоснованным

**На основании анализа данных анамнеза, действующего законодательства, психиатрическое освидетельствование М. следует проводить**

- при наличии информированного добровольного согласия на его проведение законного представителя М
- по решению врача-психиатра
- при наличии информированного добровольного согласия М. на его проведение
- без согласия М. на его проведение (в недобровольном порядке)

**На основании анализа данных анамнеза, действующего законодательства, психиатрическое освидетельствование М. может быть проведено без ее согласия в связи с тем, что по имеющимся данным она совершает действия, дающие основания предполагать наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает**

- ее непосредственную опасность для окружающих
- ее беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- необходимость решения вопроса о недееспособности
- необходимость проведения психофармакотерапии

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, утвержденных клинических рекомендаций, к критериям качества оказания М. медицинской помощи относится**

- проведение клинической диагностики возможных побочных действий и осложнений антипсихотической терапии
- проведение рэоэнцефалографии с периодичностью 2 раза в 30 дней
- обеспечение экспериментально-психологического исследования с оценкой индивидуальных личностных особенностей
- проведение клинической диагностики возможных нейропсихиатрических симптомов

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к критериям качества оказания М. медицинской помощи относится**

- представление больной на медико-социальную экспертизу с последующей разработкой программы реабилитации
- обеспечение экспериментально-психологического исследования с оценкой индивидуальных личностных особенностей
- выполнение нейровизуализационного обследования (КТ/МРТ головного мозга)
- обеспечение экспериментально-психологического исследования с оценкой функции мышления

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к критериям качества оказания М. медицинской помощи относится**

- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- выполнение общего анализа спинномозговой жидкости
- назначение базисных препаратов для лечения деменции

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к базисным препаратам для лечения имеющегося у М. психического расстройства относится**

- пароксетин
- амисульпид
- оланзапин
- галантамин

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к базисным препаратам для лечения имеющегося у М. психического расстройства относится**

- кветиапин

- ноотропил
- рисперидон
- донепезил

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к немедикаментозным методам лечения имеющегося у М. психического расстройства относится**

- когнитивный тренинг
- электросон
- электросудорожная терапия
- транскраниальная магнитная стимуляция

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к препаратам для лечения имеющегося у М. нарушения сна относится**

- мелатонин
- кветиапин
- феназепам
- лоразепам

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к препаратам для лечения имеющегося у М. нарушения сна относится**

- мелатонин
- кветиапин
- феназепам
- лоразепам

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Р., 75 лет. В психоневрологический диспансер обратилась дочь с просьбой об освидетельствовании Р. врачом-психиатром на дому. Дочь указала на прогрессирующее снижение основных навыков самообслуживания, беспокойство по ночам, социальную дезадаптацию, нелепые высказывания о том, что соседи совершают кражи в квартире. Участковый психиатр выехал по месту жительства пациентки. + Решаются вопросы: диагностики психического расстройства, обследования, назначения лечения.

## **Жалобы**

Жалобы на нарушение сна, снижение памяти.

## **Анамнез заболевания**

Сведений о наследственности, раннем развитии сообщить не может. Примерно в 2016 г. появились нарушения памяти на текущие события, отмечалось нарушение ориентировки в малознакомой местности, нарушился сон. Была консультирована неврологом, установлен диагноз: «Легкие когнитивные нарушения смешанного характера, инсомния». В 2019 г. обратилась на прием к психиатру в сопровождении дочери с жалобами на прогрессивное снижение памяти, плохой сон, зрительные обманы восприятия. При осмотре Р. была дезориентирована во времени, свой возраст назвать затруднялась. Добродушна, эмоционально однообразна, мышление малопродуктивное. Отмечалось нарушение праксиса и гнозиса, снижение кратковременной памяти. Психотической симптоматики не выявлялось. Критика к состоянию была снижена. На основании решения врачебной комиссии, за Р. было установлено диспансерное наблюдение. За период с 2019 г., несмотря на прием акатинола-мемантина, отмечается снижение основных навыков самообслуживания. Последние 2 месяца не узнает себя в зеркале, разговаривает со своим отражением, ночами бывает беспокойна. По результатам структурной нейровизуализации: на МРТ головного мозга от 07.06.2020 г. у Р. отмечались признаки дисциркуляторной энцефалопатии; МР-признаки церебральной атрофии в виде расширения желудочковой системы и субарахноидальных пространств; общая корковая атрофия с преобладанием атрофических изменений медиальных отделов височной доли (особенно гиппокампа).

## **Анамнез жизни**

Окончила 10 классов школы и строительный институт. Работала инженером-строителем, на пенсию вышла по возрасту. Была замужем, от брака две дочери. Проживает со старшей дочерью.

## **Объективный статус**

Неврологическое состояние. Р. находится в инвалидной коляске. Нарушены ходьба и контроль за тазовыми функциями. Менингеальных симптомов нет. Отмечается слабость в левых конечностях. В позу Ромберга не устанавливается. В анамнезе остеохондроз шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. + Психическое состояние. + Фон настроения переменчив - то на лице благодушная улыбка, то начинает плакать. Несколько суетлива, совершает лишние движения - поправляет одежду, крутит пальцами пуговицы. Контакт носит малопродуктивный характер. Обращенную речь осмысливает не полностью. На вопросы отвечает не всегда в плане заданного, не по существу. Дезориентирована во времени, не может назвать текущий год, месяц. Свой



возраст определяет, как «14 лет». При этом правильно называет год рождения «я с 1937 года». Тут же говорит, что дочь с 1936 года, «потому что я старше». На вопрос об адресе говорит, что проживает в России, в «украинском» районе. Периодически что-то шепчет, шевелит губами, оборачивается на дочь, поясняет, что это ее «хорошая подружка». Сведений о себе дать не может. Считает, что родители ее живы, сообщает: «выхожу из дома, папа идет в один район, а я в другой». Многие инструкции не осмысливает, не выполняет. На просьбу написать свои фамилию, имя, отчество, пишет инициалы своего мужа. Сообщает, что проживает вместе с мужем. Иногда ее речь состоит из набора несвязанных между собой слов: «Когда мы ходили по магазинам, то везли с собой такую, то есть травку». На вопрос о пенсии говорит, что у нее ее нет, «это было всегда». Интеллект значительно снижен. Память грубо нарушена на текущие и прошлые события. Затруднено понимание, осмысление. Суждения, речь обеднены. Мышление непродуктивное. Отмечаются конфабуляции, нарушение узнавания, псевдореминисценции. Эмоциональные реакции неустойчивы, порой неадекватны, благодушна. Круг интересов ограничен физиологическими потребностями, беспомощна. Критика к своему состоянию нарушена.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Р. можно поставить предварительный диагноз**

- мелатонин
- кветиапин
- феназепам
- лоразепам

## **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, результаты структурной нейровизуализации (МР-признаки церебральной атрофии в виде расширения желудочковой системы и субарахноидальных пространств, атрофические изменения медиальных отделов височной доли, особенно гиппокампа) являются подтверждением наличия у Р**

- сосудистой деменции
- органического амнестического синдрома
- органического эмоционально лабильного расстройства
- деменции при болезни Альцгеймера

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, психиатрическое освидетельствование Р. является**

- не обоснованным
- не соответствующим сведениям о психическом состоянии Р.
- обоснованным
- не соответствующим законодательству

**На основании анализа данных анамнеза, действующего законодательства, психиатрическое освидетельствование Р. может быть проведено**

- без согласия Р. на его проведение (в недобровольном порядке)
- при наличии информированного добровольного согласия на его проведение законного представителя Р
- по решению суда
- при наличии информированного добровольного согласия Р. на его проведение

**На основании анализа данных анамнеза, действующего законодательства, психиатрическое освидетельствование Р**

- может быть проведено без ее согласия, в связи с тем, что психическое расстройство обуславливает ее непосредственную опасность для себя
- должно быть проведено при наличии информированного добровольного согласия
- может быть проведено без ее согласия, так как она находится под диспансерным наблюдением
- может быть проведено только по решению суда

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, диагностика имеющихся у Р. когнитивных нарушений должна включать**

- проведение клинической диагностики возможных побочных действий и осложнений антипсихотической терапии
- обеспечение экспериментально-психологического исследования с оценкой индивидуальных личностных особенностей
- применение методов нейровизуализации
- проведение рэоэнцефалографии с периодичностью 2 раза в 30 дней

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, больная Р. нуждается в**

- консультативной лечебной помощи
- диспансерном наблюдении
- наблюдении эпилептолога
- активном диспансерном наблюдении

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к критериям качества оказания Р. медицинской помощи относится**

- назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- назначение базисных препаратов для лечения деменции
- выполнение общего анализа спинномозговой жидкости

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к базисным препаратам для лечения имеющегося у Р. психического расстройства относится**

- галантамин
- амисульпирид
- пароксетин
- оланзапин

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к базисным препаратам для лечения имеющегося у Р. психического расстройства относится**

- рисперидон
- донепезил
- кветиапин
- ноотропил

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к задачам диспансерного наблюдения Р. врачом-психиатром относится**

- обеспечение контроля за приемом психофармакотерапии
- коррекция терапии основного заболевания
- восстановление когнитивного функционирования
- своевременное оформление в психоневрологический интернат

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к базисной (патогенетической) терапии имеющегося у Р. психического расстройства относится назначение**

- обеспечение контроля за приемом психофармакотерапии
- коррекция терапии основного заболевания
- восстановление когнитивного функционирования
- своевременное оформление в психоневрологический интернат

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больная С., 76 лет. В психоневрологический диспансер поступило заявление соседей, с просьбой об освидетельствовании С. врачом-психиатром. В тексте заявления содержатся указания на нарушение поведения, эмоциональной сферы, социальную дезадаптацию С. (высказывает нелепые обвинения в адрес соседки в проникновении в ее квартиру, угрожает расправой в связи с тем, что «она крадет вещи из квартиры», подожгла дверь в квартиру соседки, заявляет о намерении поджечь ее квартиру, неопрятна в одежде, «заговаривается»). Участковый психиатр посетил С. на дому. + Решаются вопросы: диагностики психического расстройства, обследования, назначения лечения.

### Жалобы

Жалобы на нарушение сна, снижение памяти.

### Анамнез заболевания

Сбор анамнестических сведений затруднен. Сведений о наследственности, раннем развитии сообщить не может. В амбулаторной карте из городской поликлиники содержатся данные о том, что в 2017 г. у С. появились нарушения памяти на текущие события, нарушился сон. В 2018 г. она была консультирована неврологом. Устанавливался диагноз: «Когнитивные нарушения смешанного характера», назначались ноотропы и сосудистые препараты. В 2019 г. проведено обследование (структурная нейровизуализация): на МРТ головного мозга С. отмечались МР-признаки церебральной атрофии в виде расширения желудочковой системы и субарахноидальных пространств; корковая атрофия с преобладанием атрофических изменений в области гиппокампа. Неврологом назначался «акатинола-мемантин». Было рекомендовано лечение и наблюдение у психиатра, однако за помощью к данному специалисту С. не обращалась. У нее прогрессировали мнестические нарушения с постепенной утратой навыков самообслуживания. Периодически была подозрительна, агрессивна, высказывала бредовые идеи ущерба.

### Анамнез жизни

Родилась в г. Москве, старшая из 2-х детей, воспитывалась в полной семье. В 8-летнем возрасте пошла в школу, закончила 10 классов. На протяжении 6 лет обучалась в «Автомобильном институте», получила высшее образование. Сведений о местах работы, рабочем стаже сообщить не может, год выхода на пенсию не знает. Была замужем, имела дочь, которая умерла. Проживает одна в 2-комнатной квартире.

## **Объективный статус**

Соматическое состояние. Жалоб на здоровье не предъявляет. При активном расспросе сообщает о снижении памяти, нарушении сна, болевых ощущениях в обеих нижних конечностях. + Неврологическое состояние. Нарушены ходьба и контроль за тазовыми функциями. Менингеальных симптомов нет. В позу Ромберга не устанавливается. Отмечается симптом противодействия, повышение мышечного тонуса по пластическому типу. + Психическое состояние. Сознание ясное. Не охотно вступает в контакт. С раздражением заявляет, что «все подстроила соседка», которая «давно вредит - крадет вещи из квартиры» и «нужно ее наказать» - для этого «пыталась поджечь ее дверь». Правильно называет свои фамилию, имя и отчество, адрес места жительства. Дезориентирована во времени – на протяжении всей беседы утверждает, что «сейчас 2001 год, июнь, 8-ое число». Цель проводимого ей освидетельствования определяет «чтобы все это знать, что я подожгла дверь соседке». Не может пояснить, каким образом соседка причиняет ей вред - стереотипно повторяет «крадет вещи», «пробирается в квартиру, вредит», «надо ее наказать». Не смогла датировать ни одного значимого события своей жизни - год вступления в брак, год рождения дочери, выхода на пенсию. Вспоминая о родителях, сообщает, что ее отец работал водителем - умер «в две тысячи шестисотом году», мать не работала – «временно подрабатывала – топила». О своем рабочем стаже говорит: «работала в Министерстве – бумаги писала», «в детском саду – за детками ухаживала». Со слезами на глазах сообщает, что в этом году умерла ее младшая сестра – «молодая была – 57 лет ей было». На вопрос по поводу разницы в возрасте ответить не может – «с кем разница - у меня с ней ... или у нее?». Вспоминает, что у сестры были дети «трое, наверное... они должно быть родственники ... не общалась с ними». В последующем рассказывает, что в этом году умерла не сестра, а ее дочь – «недавно похоронили ... болела долго». С трудом удается выяснить, что дочь проживала с ней в одной квартире, не была замужем и не имела детей. Говорит, что в настоящее время живет одна. Вне контекста задаваемых вопросов заявляет – «три дня мне приносили еду соседи...вроде так положено, потом приходила какая-то девушка помогать, но не хочу, чтобы помогала - я пока сама». При расспросе о размере пенсии говорит, что получает «где-то 6 тысяч». Не ориентирована в ценах на продукты. На вопросы отвечает преимущественно не по существу, на часть вопросов - не отвечает. Выявляются выраженные изменения в речевой продукции с наличием случайных ассоциаций, не соответствующих задаваемым вопросам. Путается в хронологии событий своей жизни. Мышление замедленное, ригидное, малопродуктивное. В процессе беседы истощается, значительно снижается концентрация внимания. Высказывает бредовые идеи ущерба. Критика к своему состоянию нарушена.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной С. можно поставить предварительный диагноз**

- обеспечение контроля за приемом психофармакотерапии
- коррекция терапии основного заболевания
- восстановление когнитивного функционирования
- своевременное оформление в психоневрологический интернат

## **Диагноз**

**Результаты обследования - структурной нейровизуализации (МР-признаки церебральной атрофии в виде расширения желудочковой системы и субарахноидальных пространств, атрофические изменения в области гиппокампа) являются подтверждением наличия у С**

- органического эмоционально лабильного расстройства
- сосудистой деменции
- деменции при болезни Альцгеймера
- органического амнестического синдрома

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, психиатрическое освидетельствование С. является**

- не соответствующим законодательству
- обоснованным
- не соответствующим сведениям о психическом состоянии С
- не обоснованным

**На основании анализа данных анамнеза, действующего законодательства, психиатрическое освидетельствование С. следует проводить**

- при наличии информированного добровольного согласия на его проведение законного представителя С
- без согласия С. на его проведение (в недобровольном порядке)
- по решению врача-психиатра
- при наличии информированного добровольного согласия С. на его проведение

**На основании анализа данных анамнеза, действующего законодательства, психиатрическое освидетельствование С. может быть проведено без ее согласия в связи с тем, что по имеющимся данным она совершает действия, дающие основания предполагать наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает**

- необходимость проведения психофармакотерапии
- ее непосредственную опасность для окружающих
- ее непосредственную опасность для себя
- необходимость решения вопроса о недееспособности

**На основании анализа данных анамнеза, действующего законодательства решение о психиатрическом освидетельствовании С. принимается**

- на заседании врачебной комиссии
- заведующим диспансерным отделением
- врачом-психиатром самостоятельно
- врачом-психиатром с санкции судьи

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, больная С. нуждается в**

- наблюдении терапевта и невролога
- консультативной лечебной помощи
- диспансерном наблюдении
- активном диспансерном наблюдении

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к критериям качества оказания С. медицинской помощи относится**

- назначение антипсихотических препаратов второго поколения
- назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- назначение базисных препаратов для лечения деменции
- выполнение экспериментально-психологического исследования

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к базисным препаратам для лечения имеющегося у С. психического расстройства относится**

- пароксетин
- галантамин
- оланзапин
- амисульпирид

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к препаратам для адъювантной терапии имеющегося у С. психического расстройства относится**

- пароксетин

- церебролизин
- кветиапин
- рисперидон

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к задачам диспансерного наблюдения С. врачом-психиатром относится**

- своевременное представление на медико-социальную экспертизу
- восстановление когнитивного функционирования
- своевременное оформление в психоневрологический интернат
- коррекция терапии основного заболевания

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, клинических рекомендаций, к базисной (патогенетической) терапии имеющегося у С. психического расстройства относится назначение**

- своевременное представление на медико-социальную экспертизу
- восстановление когнитивного функционирования
- своевременное оформление в психоневрологический интернат
- коррекция терапии основного заболевания

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная А., 39 лет. Бригадой скорой медицинской помощи доставлена в приемный покой психиатрического стационара. + Решаются вопросы: диагностики психического расстройства, обследования, назначения лечения.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Данных за наследственную отягощенность психическими заболеваниями нет. В подростковом возрасте изменилось поведение, стала замкнутой, временами к чему-то прислушивалась, снизилась успеваемость в школе. С 20 лет начала употреблять алкоголь. Отмечались рост толерантности, абстинентные состояния, сформировались психическая и физическая зависимость. Наблюдались запои по 3 дня, со светлыми промежутками до 7 дней. В дальнейшем длительность запоев увеличилась, толерантность достигла 1 литра водки в день. В состоянии алкогольного опьянения была возбудима, агрессивна к окружающим. Наблюдается психиатрами с 2000 года, когда впервые лечилась в психиатрическом стационаре в связи с нелепыми высказываниями,



«странностями в поведении». Устанавливался диагноз: «Острое психотическое расстройство с симптомами шизофрении». В последующем неоднократно лечилась стационарно. Госпитализации ежегодные, длительные, выносилось заключение о резистентности А. к фармакотерапии. В структуре заболевания преобладает стойкая галлюцинаторно-бредовая симптоматика (бредовые идеи преследования, отношения, императивные вербальные псевдогаллюцинации угрожающего, ругающего, приказывающего содержания), аффективные колебания с тревожно-депрессивными проявлениями. Поддерживающее лечение принимает по своему усмотрению, нерегулярно. Продолжает алкоголизацию. В состоянии опьянения конфликтовала с окружающими, дралась с дочерью, вела себя неадекватно, привлекалась к административной ответственности. Однажды душила одну из дочерей. В последующем объясняла, что таким образом «учила ее защищать себя». Неоднократно вызывались наряды полиции. Сегодня, находясь на лестничной площадке, нанесла телесные повреждения соседке, пыталась за волосы затащить ее к себе в квартиру. При этом выкрикивала обвинения в адрес соседки в похищении дочери, наведении «порчи» на семью. Бригадой скорой помощи была доставлена в психиатрический стационар.

### **Анамнез жизни**

Родилась старшей из 4-х детей в полной семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Детский сад не посещала, воспитывалась бабушкой. В школу пошла своевременно, училась удовлетворительно. По характеру формировалась замкнутой, малообщительной. Помогала матери присматривать за младшими братьями. Закончила 10 классов общеобразовательной школы и медицинское училище, получила специальность «зубной врач». В 18 лет вышла замуж, имеет 2-х детей. В настоящее время разведена, лишена родительских прав, проживает одна, не работает.

### **Объективный статус**

Соматическое состояние. Жалоб на здоровье не предъявляет. Заключение терапевта: Хронический бронхит, сахарный диабет 2 тип. Ожирение 2 ст. + Неврологическое состояние. В сознании, речевых нарушений нет.

Менингеальные знаки отсутствуют. Лицо симметрично. Парезов, параличей нет, активные движения в полном объеме. При визуальном осмотре признаков очагового поражения центральной нервной системы не выявлено. +

Психическое состояние. Сознание ясное. В месте, времени, собственной личности ориентирована правильно. На вопросы отвечает уклончиво, непоследовательно, многоречиво. Об избиении соседки говорит: «Я напала на нее...ничего не помню...просто допустила к себе близко другого человека, а она меня обанкротила...виновата сама в первую очередь...но она дочери вредила, всю семью изжить хотела». О своем состоянии в тот период поясняет: «Наверно

было что-то, а может быть и не было...скандальная ситуация, трудно объяснить...». Эмоционально неустойчивая, неадекватная - то смеется, то озлобляется, легко дает реакции раздражения и повышает голос, требует отправить «домой». Себя психически больной не считает, но просит оформить группу инвалидности - «нужны деньги». При расспросе сообщает, что в голове бывают наплывы мыслей, трудно сосредоточиться, а бывает «голова пустая». На вопрос о «голосах» никаких пояснений не дает, с раздражением заявляет - «а вам какое дело?» «это все между мной и соседкой, все равно ей отомщу». Неохотно вспоминает о злоупотреблении алкоголем, сообщает, что выпивает с 30-летнего возраста с запоями до недели, неоднократно обращалась за помощью для снятия похмельного синдрома. Отрицает употребление алкоголя на протяжении 2-х месяцев, так как «закодировалась». Выявляются нарушения мышления в виде паралогичности, соскальзывания, с элементами разорванности. Амбивалентна. Склонна к повышенной раздражительности, вспыльчивости, агрессивности, импульсивным поступкам. Критическая оценка своего состояния отсутствует.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной А. можно поставить диагноз**

- своевременное представление на медико-социальную экспертизу
- восстановление когнитивного функционирования
- своевременное оформление в психоневрологический интернат
- коррекция терапии основного заболевания

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, госпитализация А. в психиатрический стационар является**

- не соответствующей законодательству
- не соответствующей сведениям о психическом состоянии А
- не обоснованной
- обоснованной

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, госпитализацию А. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, следует проводить**

- по решению врача-психиатра
- без ее согласия (в недобровольном порядке)
- добровольно - по ее просьбе

- добровольно, при наличии ее согласия на госпитализацию

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, госпитализация А. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без ее согласия может быть проведена в связи с тем, что**

- психиатрическое обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает непосредственную опасность А. для окружающих
- психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает беспомощность больной А
- психическое расстройство имеет непрерывный тип течения и определяет неспособность А. самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности
- психическое расстройство является хроническим и обуславливает опасность А. для окружающих, что требует изоляции от общества и фармакотерапии

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, в случае госпитализации А. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке ее выписку следует производить**

- только по решению суда об отмене такой госпитализации
- по личному заявлению больной при улучшении ее состояния
- по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации
- на основании личного заявления больной или ее законного представителя, либо по решению лечащего врача

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, , в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, в период стационарного лечения в отношении больной А. следует провести**

- прием (осмотр, консультация) врача-диетолога
- исследование уровня лития в крови
- компьютерную томографию головного мозга
- исследование уровня липопротеинов низкой плотности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, в период стационарного лечения в отношении больной А. следует провести**

- магнитно-резонансную томографию головного мозга
- определение протромбинового времени в крови или в плазме
- исследование уровня лития в крови
- электроэнцефалографию

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, к немедикаментозным методам профилактики, лечения и медицинской реабилитации больной А. в период стационарного лечения относится**

- социально-реабилитационная работа
- гештальт-терапия
- гипнотерапия
- инсулинокоматозная терапия

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, к препаратам для лечения имеющегося у А. психического расстройства в период госпитализации относится**

- мемантин
- галантамин
- инсулин длительного действия и его аналоги для инъекционного введения
- клозапин

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, к препаратам для лечения имеющегося у А. психического расстройства в период госпитализации, относится**

- гепаринат натрия
- мемантин
- бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
- рисперидон

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении,**

**к препаратам для лечения имеющегося у А. психического расстройства в период госпитализации, относится**

- ривастигмин
- бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
- тофизолам
- палиперидон

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к клинко-психопатологическим факторам, определяющим непосредственную опасность А. для окружающих, относятся**

- ривастигмин
- бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
- тофизолам
- палиперидон

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Ц., 34 года. Бригадой скорой медицинской помощи доставлена в приемный покой психиатрического стационара. + Решаются вопросы: диагностики психического расстройства, обследования, назначения лечения.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Младшая сестра наблюдается у психиатра с диагнозом: «Шизофрения». В возрасте 30 лет у Ц. стали отмечаться изменения в психическом состоянии. Заявляла окружающим, что «из-за неудачной сделки после покупки комнаты стала получать угрозы», слышала «голос» неизвестного мужчины внутри головы, который повторял «сдадим в милицию». Ухудшились взаимоотношения с коллегами по работе, появилась тревога, снизился фон настроения. В последующем - «казалось, что от нее исходит неприятный запах», перестала общаться, вела себя отстраненно, плохо справлялась с работой. Самостоятельно обратилась в психиатрическую больницу. Прошла курс лечения, отмечалась положительная динамика. После выписки посещала психиатра в частном порядке, но рекомендованное им лечение не принимала. Вернулась к трудовой деятельности, работала учителем в школе. Через 5 месяцев психическое состояние вновь ухудшилось: стала подозрительной, утверждала, что «дети в школе посыпают ее перцем», считала, что «они хотят навредить». Еще трижды

лечилась в психиатрическом стационаре - госпитализации были длительными, в медицинской документации сделано заключение о фармакорезистентности имеющегося у Ц. психического расстройства. Уволилась из школы и устроилась работать в библиотеку. С работой не справлялась: часто скандалила, беспричинно ругалась с руководством, отмечала, что в нее «кто-то чем-то колет, когда она спит» - несмотря на отсутствие посторонних в комнате, «на коже оставались красные пятна». Считала, что «уколы делали второй половинке, ее двойнику, и настолько мы связаны, что ощущения и следы от уколов проявляются у меня». Несмотря на просьбы родителей, отказывалась от лечения. Настроение было не стабильным, отмечалась раздражительность, конфликтность, нарушился сон. Со временем «поняла, что ей вредят двое коллег по работе», которые по ночам «проникают в квартиру», «выкачивают энергию», «колют ядовитые вещества, от которых отказывают печень и почки». Высказывала угрозы в их адрес. Явившись на работу, облила одну из коллег «Уайт-спиртом» и пыталась поджечь, но была остановлена другими сотрудниками. Бригадой скорой помощи доставлена в психиатрический стационар.

### **Анамнез жизни**

Родилась в полной семье старшей из двоих детей. Росла тихой, малообщительной. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, отдавала предпочтение гуманитарным наукам. Закончила 11 классов, затем поступила в ВУЗ на исторический факультет. В институте материал усваивала легко, училась хорошо. С однокурсниками отношения были дружескими. После окончания института работала методистом в институте культуры, преподавателем в школе. В настоящее время - методист в библиотеке. Не замужем, проживает с родителями.

### **Объективный статус**

Соматическое состояние. Жалоб на здоровье не предъявляет. Заключение терапевта: Хронический бронхит. Ожирение 2 ст. + Неврологическое состояние. В сознании, речевых нарушений нет. Менингеальные знаки отсутствуют. Лицо симметрично. Парезов, параличей нет, активные движения в полном объеме. При визуальном осмотре признаков очагового поражения центральной нервной системы не выявлено. + Психическое состояние. Речь ускорена по темпу, громкая - говорит, что «не верит психиатрии», внимание неустойчивое. На вопросы отвечает быстро, многословно, не по существу. Фон настроения приподнят, не может последовательно рассказать о себе, легко соскальзывает на другие темы, склонна к диссимуляции и патологической интерпретации событий прошлого. Сообщает, что ощущает на себе следы уколов. Высказывает бредовые идеи отношения, воздействия - «кто-то колет меня, когда я сплю, вся рука в уколах, красная», называет фамилии «замешанных в этом людей»,

коррекции не поддается. Мышление нецеленаправленное, непоследовательное с соскальзыванием, паралогичное, со склонностью к рассуждательству. Эмоционально неустойчива - легко раздражается, переходит на крик. При расспросе о случившемся на работе сообщила, что хотела «сжечь двух человек, т.к. постоянно слышала их голоса в голове», ощущала уколы по коже, после которых болели почки. Рассказывает, что «хотела все прекратить, пришла на работу, найдя одну из них, облила спиртом - вылила бутылку на голову и пыталась поджечь». Критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации грубо нарушена. После разъяснений о необходимости лечения заявила, что с этим не согласна и объявит голодовку. При попытке отвести ее в отделение сопротивляется, ложится на пол. На разъяснения не реагирует, заявляет - «раз положили меня, сами и поднимайте, если кто-то тронет меня, сядет за изнасилование».

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Ц. можно поставить диагноз**

- ривастигмин
- бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
- тофизопам
- палиперидон

## **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, госпитализация Ц. в психиатрический стационар является**

- не обоснованной
- обоснованной
- не соответствующей законодательству
- не соответствующей сведениям о психическом состоянии Ц

**На основании анализа данных анамнеза, действующего законодательства, госпитализацию Ц. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях следует проводить**

- без ее согласия (в недобровольном порядке)
- по решению врача-психиатра
- добровольно - по ее просьбе
- добровольно, при наличии ее согласия на госпитализацию

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, госпитализация Ц. в медицинскую организацию,**

**оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без ее согласия может быть проведена в связи с тем, что**

- психиатрическое обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает непосредственную опасность Ц. для окружающих
- психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает беспомощность больной Ц
- психическое расстройство является хроническим и обуславливает непосредственную опасность Ц. для окружающих, что требует изоляции от общества и психофармакотерапии
- психическое расстройство имеет непрерывный тип течения и определяет неспособность Ц. самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, в случае госпитализации Ц. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке ее выписку следует производить**

- только по решению суда об отмене такой госпитализации
- на основании личного заявления больной или ее законного представителя либо по решению лечащего врача
- по личному заявлению больной при улучшении ее состояния
- по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, в период стационарного лечения в отношении больной Ц. следует провести**

- компьютерную томографию головного мозга
- исследование уровня липопротеинов низкой плотности
- исследование уровня лития в крови
- прием (осмотр, консультация) врача-диетолога

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, в период стационарного лечения в отношении больной Ц. следует провести**

- электроэнцефалографию
- магнитно-резонансную томографию головного мозга
- определение протромбинового времени в крови или в плазме



- исследование уровня лития в крови

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, к немедикаментозным методам профилактики, лечения и медицинской реабилитации больной Ц. в период стационарного лечения относится**

- социально-реабилитационная работа
- исследование уровня лития в крови
- специализированное нейропсихологическое обследование
- исследование уровня липопротеинов высокой плотности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, к препаратам для лечения имеющегося у Ц. психического расстройства в период стационарного лечения относится**

- галантамин
- мемантин
- инсулин продолжительного действия и его аналоги для инъекционного введения
- клозапин

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, к препаратам для лечения имеющегося у Ц. психического расстройства в период стационарного лечения относится**

- бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
- гепарин натрия
- мемантин
- рисперидон

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, к препаратам для лечения имеющегося у Ц. психического расстройства в период госпитализации относится**

- тофизопам
- ривастигмин
- бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
- палиперидон

На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к клинико-психопатологическим факторам, определяющим непосредственную опасность Ц. для себя или окружающих, относятся

- тофизолам
- ривастигмин
- бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
- палиперидон

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный Р. 62 года. + Дочь Р. обратилась в суд с заявлением о признании его недееспособным. + Доставлен из дома на амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу.

### **Жалобы**

Не высказывает.

### **Анамнез заболевания**

В возрасте 58 начал меняться по характеру, появились раздражительность, грубость, капризность. На работе был невнимательным и безучастным, перестал справляться со своими обязанностями, за полгода до пенсионного возраста уволился. Позднее стал вялым, равнодушным, потерял интерес к своим прежним увлечениям, семейным делам, не интересовался проблемами детей и внуков, дома мог целыми днями лежать и смотреть в потолок. Утратил чувство такта, допускал грубые, циничные выражения в адрес родных и знакомых, в поведении появились нелепость и сексуальная расторможенность (щипал подруг своего малолетнего внука). После 60 лет стал испытывать затруднения в понимании прочитанного, собственная речь стала оскудевать, часами мог расхаживать «взад-вперед» по комнате, стереотипно напевая один и тот же куплет из детской песенки. Мог длительное время не мыться, не бриться, иногда становился непомерно прожорливым, съедал еду, оставленную для внука. К своему поведению был не критичен. При обследовании в поликлинике объективных признаков церебрального сосудистого заболевания и очаговых неврологических симптомов выявлено не было. При МРТ головы определялась атрофия лобно-височных отделов головного мозга.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически не отягощена. + Раннее психомоторное развитие протекало без особенностей. + Окончил 10 классов, юридический институт, защитил кандидатскую диссертацию, работал преподавателем в ВУЗе,

пользовался уважением у коллег и студентов, был тактичен, уважителен, уравновешен, занимался научной деятельностью, посещал конференции, съезды ученых. + Женат, имеет сына и дочь, в семье отношения были благополучные, имел широкий круг общения, разносторонние интересы (рыбалка, чтение, посещение театров). + Не курил, алкогольными напитками не злоупотреблял.

### **Объективный статус**

Подэкспертный ориентирован в собственной личности, называет свои фамилию, имя, отчество, частично ориентирован во времени, указывает год, но не может назвать месяц, число. Во время экспертизы вначале благодушен, суетлив, затем становится грубым, чувство дистанции не соблюдает, отказывается отвечать на вопросы о том, где находится и с какой целью. Речь обеднена, использует стереотипные фразы: «сейчас скажу, покажу», «трали-вали», которые употребляет многократно и не к месту, при ответе на другие вопросы отмечается эхолоалия, повторяет последние несколько слов из заданного вопроса. Выполняя инструкцию (показать нос, левое ухо), начинает без остановки делать требуемое движение, с трудом удается переключить его внимание. При этом смог правильно выполнить ряд несложных арифметических действий, сумел прочитать короткий рассказ, однако пересказать его не может. Не усматривает у себя каких-либо проблем с психическим состоянием, жалоб не высказывает. На вопросы, касающиеся семьи, бытовой адаптации не отвечает, дает реакции раздражения, вновь начинает повторять свои стереотипные высказывания. Мышление малопродуктивное, эмоционально огрублено, неустойчив, волевой контроль поведения утрачен. Память, интеллект снижены. Психотической симптоматики (бред, галлюцинации и др.) не выявляется. Критические способности грубо нарушены. + При экспериментально-психологическом исследовании наряду с нерезко выраженными нарушениями памяти выявлены грубые нарушения функций абстрагирования, обобщения, интегрирования, непродуктивность мышления, выраженное снижение критики и уровня суждений, неспособность осуществлять какую-либо познавательную деятельность. В личностной сфере – утрата эмпатии, эмоциональная тупость, морально-этическое огрубление, расторможенность влечений, стереотипные формы поведения.

**Психические нарушения у Р. относятся к +**

---

**синдрому**

- сенесто-ипохондрическому
- параноидному
- депрессивному
- энцефалопатическому (психоорганическому)

**Начало заболевания у Р. характеризовалось постепенным нарастанием**

**+ \_\_\_\_\_ + расстройств**

- мнестических
- церебрастенических
- личностных
- неврозоподобных

**Судебно-психиатрическая экспертная комиссия выставила Р. диагноз**

- мнестических
- церебрастенических
- личностных
- неврозоподобных

**Диагноз**

**Выявленное у Р. психическое расстройство соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F02.0
- {nbsp}F00.0
- {nbsp}F61.0
- {nbsp}F20.5

**Учитывая динамику течения заболевания и выявляемую симптоматику у Р.**

**можно констатировать + \_\_\_\_\_ + вариант деменции**

- дисмнестический
- аграмматический
- семантический
- поведенческий

**Психическое заболевание у Р. характеризуется + \_\_\_\_\_ + типом течения**

- прогрессирующим
- регрессирующим
- стремительным
- волнообразным

**Прогноз заболевания у Р**

- неблагоприятный
- относительно благоприятный
- благоприятный

- сомнительный

**Юридическим основанием для проведения Р. судебно-психиатрической экспертизы является**

- постановление прокурора
- заявление дочери
- постановление следователя
- определение суда

**Экспертная комиссия пришла к заключению, что Р. \_\_\_\_\_ понимать значение своих действий и руководить ими**

- может
- не может
- лишь при помощи иных лиц может
- может не в полной мере

**Один из вопросов экспертного задания, сформулированный как + \_\_\_\_\_ +, не входит в компетенцию судебно-психиатрических экспертов**

- страдает ли Р. каким-либо психическим расстройством
- может ли Р. понимать значение своих действий и руководить ими
- является ли Р. дееспособным
- создает ли присутствие Р. в судебном заседании опасность для жизни и здоровья его и окружающих

**Для постановки диагноза деменция в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 необходимо, чтобы продолжительность соответствующих психических расстройств была не менее + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 9
- 3
- 6
- 12

**Судебно-психиатрическая экспертиза по делам о признании граждан недееспособными назначается**

- 9
- 3
- 6
- 12

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Подэкспертная Г. 64 года. + Сын Г. обратился в суд с заявлением о признании ее недееспособной. + Доставлена из дома на амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу.

### Жалобы

Не высказывает.

### Анамнез заболевания

С 58 лет стала постепенно снижаться память, забывала выключить газ на кухонной плите, закрыть входную дверь, куда положила вещи, документы, ключи. Постоянно перебирала вещи, тут же забывала куда их положила, обвиняла в пропаже родственников. Стала раздражительной, ворчливой, неряшливой, не убирала домашний мусор, утратила прежние интересы, не интересовалась жизнью сына. К 62 годам стала терять навыки самообслуживания, забывала мыться, складывала грязные вещи в чистые, в холодильнике хранила документы и кошелек, часами сидела в темной комнате, объясняя это тем, что не могла найти выключатель света. Не могла самостоятельно сходить за покупками, теряла деньги, забывала покупки на кассе. Не могла ничего самостоятельно приготовить, разогреть пищу, которую оставлял ей сын, открыть холодильник, съедала лишь то, что было оставлено на столе. Перестала понимать обращенную к ней речь, стереотипно повторяла бессвязные фразы. При обследовании в поликлинике объективных признаков церебрального сосудистого заболевания и очаговых неврологических симптомов выявлено не было. При МРТ головы определялась диффузная атрофия вещества головного мозга, больше выраженная в височно-теменных отделах, увеличенное межкрючковое расстояние, уменьшение объема гиппокампа.

### Анамнез жизни

Наследственность психопатологически не отягощена. + Раннее психомоторное развитие протекало без особенностей, формировалась малообщительной, стеснительной. + Окончила 10 классов, работала кассиром в метрополитене. + Была замужем, имеет одного взрослого сына. + С 30 лет страдала хроническим пиелонефритом. + После выхода на пенсию проживала одна.

### Объективный статус

Подэкспертная продуктивному контакту не доступна. Обращенную к ней речь, цель экспертизы не осмысливает. Полностью дезориентирована. Сформулировать жалобы, сообщить о себе сведения не может, речь состоит из

бессвязных слов и слогов. Взгляд и выражение лица растерянные, недоуменные. Не понимает и не может выполнить даже простейшие инструкции. К целенаправленной деятельности не способна. Психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и др.) нет. Критика отсутствует.

**Психические нарушения у Г. относятся к +**  
**синдрому**

- параноидному
- депрессивному
- сенесто-ипохондрическому
- энцефалопатическому (психоорганическому)

**У Г. выявляется +** **+ вариант психоорганического синдрома**

- эйфорический
- эксплозивный
- астенический
- апатический

**Судебно-психиатрическая экспертная комиссия выставила Г. диагноз**

- эйфорический
- эксплозивный
- астенический
- апатический

**Диагноз**

**Выявленное у Г. психическое расстройство соответствует рубрике МКБ-10**

- {nbsp}F01.30
- {nbsp}F04.1
- {nbsp}F00.0
- {nbsp}F20.5

**Психическое заболевание у Г. характеризуется +** **+ типом течения**

- стремительным
- регрессионным
- волнообразным
- прогрессирующим

**Прогноз заболевания у Г**

- сомнительный
- неблагоприятный
- благоприятный
- относительно благоприятный

**Дифференциальный диагноз деменции при болезни Альцгеймера у Г. в первую очередь следует проводить с**

- сосудистой деменцией
- органическим амнестическим синдромом
- шизофренией
- умственной отсталостью

**Юридическим основанием для проведения Г. судебно-психиатрической экспертизы является**

- постановление прокурора
- определение суда
- постановление следователя
- заявление сына

**Экспертная комиссия пришла к заключению, что Г. \_\_\_\_\_ понимать значение своих действий и руководить ими**

- не может
- лишь при помощи иных лиц может
- может
- может не в полной мере

**При определении способности Г. понимать значение своих действий и руководить ими основополагающим критерием была степень выраженности + \_\_\_\_\_ + расстройств**

- эмоционально-волевых
- негативных
- интеллектуально-мнестических
- личностных

**Один из вопросов экспертного задания, сформулированный как + \_\_\_\_\_ +, не входит в компетенцию судебно-психиатрических экспертов**

- может ли Г. понимать значение своих действий и руководить ими
- страдает ли Г. каким-либо психическим расстройством



- является ли Г. дееспособной
- создает ли присутствие Г. в судебном заседании опасность для жизни и здоровья ее и окружающих

### **Судебно-психиатрическая экспертиза по делам о признании граждан недееспособными назначается**

- может ли Г. понимать значение своих действий и руководить ими
- страдает ли Г. каким-либо психическим расстройством
- является ли Г. дееспособной
- создает ли присутствие Г. в судебном заседании опасность для жизни и здоровья ее и окружающих

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Р., 32 года, находится в общем психиатрическом отделении с вступившим в законную силу решением суда о назначении принудительного лечения (ПЛ) в медицинской организации, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию Р.; наличия связи психического расстройства Р. с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц; определения факторов, способствующих общественной опасности Р.; выбора эффективных мер предупреждения противоправного поведения больной Р.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Состояние Р. изменилось в 2007 г., когда стала жаловаться на ежедневные головные боли, раздражительность, тревогу, бессонницу. Пропускала занятия в колледже, легко знакомилась с людьми, посещала ночные клубы, угрожала отцу и друзьям суицидом. Заявляла, что окружающие ей завидуют, т. к. «красивая, умная», «делает карьеру менеджера». Рассказывала, что у нее «в друзьях» известные предприниматели, в детстве она «была в гостях у Жириновского», «жила на Рублевке». Сообщала, что написала автобиографическую книгу, которая «удостоилась хорошей оценки влиятельных людей». В 2009 г. впервые была госпитализирована в психиатрический стационар. При поступлении кричала, плакала, перескакивала с одной мысли на другую - то говорила, что никому не

нужна, что ее предали, то просила восстановить память, т. к. хочет работать. Внешне была крайне неряшлива. Настаивала, чтобы с нею поговорили, но беседу поддержать не могла, задавала одни и те же вопросы: «я адекватная?», «восстановятся память и ум?». При экспериментально-психологическом исследовании у нее выявлялись нечеткость, непоследовательность, паралогичность и разноплановость мышления, склонность к рассуждательству, завышенная самооценка, низкий уровень субъективного контроля. После выписки было рекомендовано наблюдение у психиатра, но на прием в диспансер она не являлась. В последующем неоднократно лечилась в психиатрическом стационаре, госпитализировалась в недобровольном порядке «в связи с опасностью для окружающих». При поступлении высказывала бредовые идеи отношения в адрес матери, отмечались выраженные нарушения поведения и эмоциональной сферы. После выписки из стационара участкового психиатра не посещала, рекомендованную терапию не принимала. Проживала одна, характеризовалась отрицательно, поскольку неоднократно устраивала скандалы с матерью, заявляя, что «она не настоящая - не ее мать, а чужая женщина», наносила матери телесные повреждения. При выезде нарядов полиции вела себя неадекватно, будучи поставленной на профилактический учет, приходила «отмечаться» категорически отказывалась, устроила в отделении скандал, при ее посещении участковым на дому, дверь не открывала. Мать из-за невозможности совместного с ней проживания была вынуждена снимать жилье. В феврале 2012 г. Р. применила насилие и публично высказала оскорбления в адрес сотрудника полиции, за что была привлечена к уголовной ответственности. В последующем уголовное дело было прекращено по примирению сторон. Вела прежний образ жизни, нигде не работала. В полицию поступали заявления от соседей, которые указывали, что из ее квартиры регулярно раздаются ругань, крики с угрозами применения ножа в отношении матери. В декабре 2019 г. угрожала убийством соседке, демонстрируя молоток, которым стучала по ее двери. Будучи привлеченной к уголовной ответственности, 20.06.19 г. проходила амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу. Диагностические и экспертные вопросы решены не были, рекомендовалось направить ее на стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. В психиатрическую больницу для производства указанной экспертизы она не поступала. Последнее стационарное лечение в психиатрическом стационаре в 2020г., когда была госпитализирована после очередного конфликта с матерью и соседями. На прием к участковому психиатру Р. не приходила, однако 07.10.2020 г. в психиатрический кабинет обращался ее брат, который сообщал, что она конфликтует с матерью и соседями, не спит ночами, громко кричит и бьет в стены, бежит по коридору, бранится, угрожает расправой. Известно, что 15.10.2020 г. Р. нанесла тяжкие телесные повреждения матери и соседке. Была привлечена к уголовной

ответственности, решением суда по данному уголовному делу ей назначено принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа.

### **Анамнез жизни**

Младшая из двоих детей в семье. Посещал детские дошкольные учреждения. В школу пошла с 7 лет, училась «средне». Окончила 9 классов общеобразовательной школы. В 2006 г. поступила в колледж культуры, где учиться не смогла, из-за частых пропусков была отчислена. В 2006-2008гг. училась в вечерней школе, но занятия практически не посещала, в 2009 году не сдала ЕГЭ по математике. В последующем не училась. В 2008-2010гг. пыталась работать менеджером в разных организациях, занималась доставкой товаров, но с работой не справлялась, была крайне недисциплинированной, опаздывала и пропускала работу, ее увольняли через 1-3 месяца. В течение последних 10 лет не работала.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Ориентирована правильно. Держится высокомерно, настроение неустойчивое. На вопросы отвечает с нескрываемым раздражением, легко озлобляется. В высказываниях непоследовательна. Заявляет, что в психиатрической больнице она никогда не лечилась, а лишь обследовалась в «отделении неврозов», и психически больной себя не считает. Поясняет, что в 2012 г. проходила экспертизу, где ее признали психически здоровой. Рассказывая о себе, говорит, что «пока не работает», хотя имеет «два высших образования». На уточняющие вопросы, еще больше раздражаясь, грозит жалобами, многозначительно заявляет: «мы разберемся». Негативно отзывается о матери и соседях. Утверждает, что это не ее мать, называет соседей «больными», так как они без причины жаловались на нее, обвинили в том, что она поджигала почтовые ящики, хотя она этого не делала. При этом подчеркивает, что она действительно «орала в 3 часа ночи», так как «имеет на это право». Говорит, что соседи пишут на нее заявления «из зависти» - «они же страшные, не такие, как я». Не считает, что совершила какое-либо правонарушение, говорит, что с женщиной, которая называется ее матерью, «давно хотела посчитаться», а в подъезде «полно больных пневмонией», ей «специально кашляли под дверь», «жаль, что не записала на диктофон, и, услышав в очередной раз кашель, не выдержала и вышла разобраться. Пренебрежительно заявляет: «подумаешь, ударила несколько раз». Утверждает, что сотрудники полиции хотят «подставить» ее, «полицейские мстят» за то, что раньше она оскорбила сотрудника. К своему состоянию относится без критики, необходимости в лечении не видит. Эмоционально изменена, мышление непоследовательное, паралогичное, импульсивна,

склонна к агрессивным формам поведения, критические способности грубо нарушены.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной Р. можно поставить диагноз**

- может ли Г. понимать значение своих действий и руководить ими
- страдает ли Г. каким-либо психическим расстройством
- является ли Г. дееспособной
- создает ли присутствие Г. в судебном заседании опасность для жизни и здоровья ее и окружающих

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к клиническим факторам риска повторного общественно опасного поведения больной Р. относится**

- наличие диагноза «шизофрения»
- асоциальный образ жизни
- отсутствие приверженности лечению
- материальное неблагополучие с социальной дезадаптацией

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам риска повторного общественно опасного поведения больной Р. относится**

- продуктивная психопатологическая симптоматика в виде бредовых идей отношения
- интеллектуальная несостоятельность с социальной дезадаптацией
- дефицитарная симптоматика с выраженным эмоционально-волевым снижением
- патология мышления в виде паралогичности, разорванности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к факторам риска повторного общественно опасного поведения больной Р. относится**

- социальная изоляция с отсутствием помощи и поддержки близких
- асоциальный образ жизни
- зависимость от алкоголя
- выраженный когнитивный дефицит

**На основании анализа данных анамнеза мерой внебольничной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к больной Р. в период до совершения общественно опасного действия, являлось (-лась)**

- направление в стационарное учреждение социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами
- длительная госпитализация в психиатрический стационар в добровольном порядке
- активное диспансерное наблюдение
- оказание консультативно-лечебной помощи в психоневрологическом диспансере

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса показанием для установления за Р. активного диспансерного наблюдения являлось наличие**

- интеллектуального снижения с социальной дезадаптацией
- склонности к общественно опасным действиям
- частых госпитализаций в психиатрический стационар
- диагноза «параноидная шизофрения»

**На основании анализа данных анамнеза, значимой мерой предупреждения общественно опасного поведения больной Р., с учетом сведений, полученных участковым психиатром от брата больной, являлась/лось**

- определение группы инвалидности
- реализация мер психосоциальной реабилитации
- психиатрическое освидетельствование по решению суда
- госпитализация в психиатрический стационар в недобровольном порядке

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса в настоящее время потенциальная общественная опасность больной Р**

- отсутствует
- уменьшилась
- низкая
- сохраняется

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения цели применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Р. с отсутствием**

- эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией
- продуктивной психопатологической симптоматики и нарушений поведения
- патологии мышления в виде паралогичности, разорванности
- нарушений трудовой и семейной адаптации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения цели применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Р. с**

- отсутствием когнитивных нарушений
- отсутствием эмоционально-волевого снижения
- формированием приверженности лечению
- восстановлением трудоспособности

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующей нормативной правовой базы, продление применения принудительных мер медицинского характера в отношении больной Р. будет определяться**

- тяжестью совершенного правонарушения
- первичным совершением противоправных действий
- нарушением трудоспособности с отсутствием приверженности труду
- сохранением связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для себя или других лиц

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для предупреждения повторного совершения больной Р. общественно опасных действий в последующем необходимо**

- тяжестью совершенного правонарушения
- первичным совершением противоправных действий
- нарушением трудоспособности с отсутствием приверженности труду
- сохранением связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для себя или других лиц

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная К., 35 лет находится в приемном покое краевой психиатрической больницы. В отделение поступила по скорой помощи в связи с наличием персонифицированных аффективно насыщенных бредовых идей, нарушений поведения с агрессией к окружающим. Психически больной себя не признает, от госпитализации отказывается. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; правомочности помещения К. в психиатрический стационар в недобровольном порядке; наличия потенциальной общественной опасности К.;

определения факторов, способствующих общественно опасному поведению К.; выбора эффективных мер превенции общественно опасных действий.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Наследственность отягощена психическим заболеванием деда по линии матери, который неоднократно лечился у психиатра, совершил суицид. Психическое состояние К. изменилось в 13 лет, когда стала замкнутой, пропал интерес к обучению, проявляла холодность и черствость к родителям, увлеклась эзотерической литературой. С трудом окончила 9 классов общеобразовательной школы, безуспешно пыталась поступить в экономический колледж. В этот период появились идеи о собственной исключительности, наличии экстрасенсорных способностей - «читала мысли окружающих, могла навести порчу». Нарушился сон, отказывалась от еды, похудела. Возникали колебания настроения: бывала злобной, агрессивной, нападала на отца и сестру. 14.06.2007г. избила сестру и мать, госпитализирована в психиатрический стационар. В приемном покое была возбуждена, тревожна. Кричала, что она «колдунья», «превратила себя в другого человека через ментальный канал». Испытывала «путаницу мыслей в голове, из-за которой трудно говорить». Контакт с ней был малопродуктивен из-за выраженных нарушений мышления в виде разорванности, паралогичности. После выписки непродолжительное время принимала назначенную терапию, пыталась устроиться на работу мойщицей посуды. Через полгода самостоятельно прекратила прием лекарств, состояние резко ухудшилось: стала напряженной, злобной, тревожной, нарушился сон, слышала собственный голос внутри головы. Голос говорил, что «вокруг все подстроено, это испытание», «люди, с которыми живет - не родственники и хотят причинить вред». Снова проявила физическую агрессию к матери и по скорой помощи была госпитализирована. На фоне лечения антипсихотическими препаратами состояние улучшилось. По данным психологического исследования «выявлены выраженные признаки структурных нарушений мыслительной деятельности в виде актуализации латентных признаков предметов, искажения обобщения, неадекватности ассоциативных связей, смысловых соскальзываний, снижения целенаправленности процессов мышления. Отмечено своеобразие восприятия и мышления, аффективная неустойчивость, недоверчивость, раздражительность, ригидность установок, склонность к построению трудно корригируемых концепций, внешне обвинительная направленность высказываний, реагирование агрессивными тенденциями». Была выписана с рекомендацией приема поддерживающей терапии, однако от лечения отказалась. В последующем неоднократно находилась на лечении в стационаре

с продуктивной психопатологической симптоматикой, гетероагрессивным поведением. Госпитализации были длительными, в медицинской документации сделано \*заключение\* о фармакорезистентности имеющегося у К. психического расстройства. В 2015 г. оформлена 2-ая группа инвалидности. За больной было установлено диспансерное наблюдение, однако на прием к участковому психиатру она не являлась. После выписки в ноябре 2017 г. вновь отказалась от поддерживающей терапии, состояние ухудшилось: нарастали раздражительность, злобность, нарушился сон, проявляла агрессию к окружающим. Родители обратились с заявлением к участковому психиатру, в котором описали высказывания и поведение К., просили об освидетельствовании ее на дому и решении вопроса о госпитализации. При освидетельствовании психиатром на дому К. отказывалась от беседы с врачом, была тревожна, напряжена, озлоблена. Активно высказывала бредовые идеи преследования, отношения. Заявляла, что ее родные мать и отец умерли - люди, с которыми живет сейчас, «убили их, сейчас подделываются под ее настоящих родителей, чтобы использовать имеющиеся у нее способности в своих целях». Высказывала угрозы в адрес сестры и родителей. Критики к состоянию не было. По направлению психиатра бригадой скорой помощи была доставлена в психиатрический стационар.

### **Анамнез жизни**

Старшая из 2-х детей в семье, раннее развитие протекало без особенностей. Обучение в школе начала с 7 лет, в начальных классах успевала удовлетворительно, в последующем возникли сложности в усвоении материала. Окончила 9 классов. Специальности не имеет. Не замужем, проживает с родителями и сестрой. Сменила несколько мест работы – была мойщицей посуды, санитаркой. На протяжении 10 лет не работает.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Во время беседы крайне напряжена, тревожна. На вопросы отвечает быстро. Лицо маскообразное, голос мало модулирован. Речь напористая, непоследовательная. Заявила, что «мстит людям, которые называются ее родителями», потому что «не заботились обо мне в детстве...». Здесь же спонтанно заговорила о сестре, которая «вступает в сговор с врачами, возможно травит таблетками». О близких говорит враждебно, холодно, иногда с ненавистью - «все равно отомщу». Мышление ускоренного темпа, не продуктивное, паралогичное, с элементами разорванности. В высказываниях звучат бредовые идеи отношения, воздействия. Обманы чувств отрицает, не производит впечатление галлюцинирующей. Эмоционально неадекватна. В отделении напряженная, негативистичная, раздражительная. Постоянно находится на грани физической агрессии к соседкам по палате. Сохраняется напряженный аффект злобы. Себя считает психически здоровой - «мне надо



устраиваться на работу, выйти замуж...». Критические и прогностические способности нарушены.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной К. можно поставить диагноз**

- тяжестью совершенного правонарушения
- первичным совершением противоправных действий
- нарушением трудоспособности с отсутствием приверженности труду
- сохранением связи психического расстройства с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для себя или других лиц

### **Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, освидетельствование К. участковым психиатром на дому являлось**

- не обоснованным
- частично обоснованным
- обоснованным
- нарушающим права больной

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, психиатрическое освидетельствование К. участковым психиатром должно быть проведено**

- без согласия больной
- по решению суда
- при наличии добровольного согласия больной на его проведение
- при отсутствии сопротивления К. его проведению

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, к основаниям, свидетельствовавшим о возможности проведения психиатрического освидетельствования К. без ее согласия, относится**

- отсутствие у К. критики к заболеванию и поведению
- факт нахождения под диспансерным наблюдением участкового психиатра
- наличие тяжелого психического расстройства, обуславливающего беспомощность К
- наличие диагноза «шизофрения» с неблагоприятным типом течения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, участковому врачу-психиатру следовало принимать решение о психиатрическом освидетельствовании К**

- по решению врачебной комиссии
- с санкции прокурора
- с санкции судьи
- без санкции судьи

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, в настоящее время имеются основания для**

- госпитализации К. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке
- оказания К. консультативно-лечебной помощи врачом-психиатром
- госпитализации К. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в добровольном порядке
- назначения К. принудительных мер медицинского характера

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, к характеристикам психической патологии, свидетельствующим о возможности госпитализации К. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, относится**

- отсутствие критики к имеющемуся заболеванию и своему психическому состоянию
- наличие тяжелого психического расстройства, обуславливающего непосредственную опасность для окружающих
- наличие выраженной патологии мыслительной деятельности с социальной дезадаптацией
- наличие тяжелого психического расстройства, обуславливающего беспомощность

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, пребывание К. в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке возможно**

- в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация
- по решению суда неопределенно долго

- по решению врачебной комиссии неопределенно долго
- в течение месяца после начала лечения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, в случае госпитализации К. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, ее выписка будет производиться**

- по решению заместителя руководителя медицинской организации
- по личному заявлению, либо по заявлению ее законного представителя
- только на основании решения суда, вступившего в законную силу
- по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса госпитализация К. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, является**

- способом длительной изоляции от общества
- мерой наказания за агрессивное поведение в отношении окружающих
- условием для проведения психологической коррекции и реабилитации
- мерой предупреждения общественно опасного поведения больной

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса к клинико-психопатологическим факторам, определяющим потенциальную общественную опасность К., относятся**

- эмоционально-волевые нарушения со снижением энергетического потенциала
- аффективно насыщенные бредовые идеи с патологической мотивацией поведения
- расстройства мышления в виде паралогичности, разорванности
- императивные псевдогаллюцинации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, мерой профилактики общественно опасного поведения, которую следует применить к больной К. после выписки из стационара, является**

- эмоционально-волевые нарушения со снижением энергетического потенциала
- аффективно насыщенные бредовые идеи с патологической мотивацией поведения
- расстройства мышления в виде паралогичности, разорванности
- императивные псевдогаллюцинации

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Больной Ш., 31 год, в течение 6 месяцев находится на принудительном лечении (ПЛ) в общепсихиатрическом отделении психиатрической больницы.

Проводится заседание врачебной комиссии. Решаются вопросы: диагностики психического расстройства; соответствия реализованных мер по предупреждению общественной опасности психическому состоянию Ш.; наличия потенциальной общественной опасности Ш.; определения факторов, способствующих совершению общественно опасных действий; выбора эффективных мер предупреждения противоправного поведения больного Ш.; продления, изменения вида либо прекращения ПЛ.

## **Жалобы**

Пациент жалоб не предъявляет.

## **Анамнез заболевания**

В 4 классе изменился по характеру - стал замкнутым, начал плохо учиться, конфликтовал со сверстниками и учителями, пропускал занятия, формально переводился из класса в класс. С 13 лет начал злоупотреблять алкогольными напитками, в опьянении становился конфликтным, агрессивным, время проводил в асоциальных компаниях сверстников. Также с 13-14 лет отмечал беспричинные колебания настроения, со слов пациента - «часто нападала тоска», «все раздражало», «было трудно думать». Временами слышал «звонки», «голоса за спиной и в голове, которые говорили, как поступить, что делать». В таком состоянии наносил самопорезы, прижигал кожу сигаретами. Друзей в школе не имел, с трудом окончил 9 классов «со справкой». Регулярно злоупотреблял алкогольными напитками, отмечались запойные состояния по 3-4 дня. Толерантность употребления спиртных напитков достигала до 1 литра водки в сутки. В возрасте 19 лет появилось ощущение, что за ним следят - «неизвестные люди преследуют, чтобы наказать», «вокруг все подстроено». Ушел из дома, бродяжничал, нанес телесные повреждения незнакомому человеку, обвиняя в преследовании и слежке за ним. Был госпитализирован в психиатрический стационар по скорой помощи. В описании психического состояния отмечено, что он манерен, гипомимичен, на вопросы отвечал избирательно. Предъявлял жалобы на раздражительность, вспыльчивость, сообщал о плохом настроении «из-за постоянной слежки неизвестных». Заявлял, что они проникают в квартиру, «расставили там прослушивающие устройства». Выказывал уверенность, что «в этом как-то замешаны бывшая жена и ее отец». Описывал злоупотребление спиртными напитками. Суждения были расплывчатыми, мышление – малопродуктивное, эмоциональные реакции неадекватные, критические и прогностические способности нарушены. При экспериментально-психологическом исследовании выявлена склонность к

актуализации формальных, эмоционально обедненных, стереотипных ассоциативных образов. Личность характеризовалась нарушением социальной адаптации, некритичным отношением к себе и своим действиям. Мышление описывалось не продуктивным, с резонерством, соскальзыванием. В последующем неоднократно госпитализировался в психиатрический стационар с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, персонифицированными идеями отношения в адрес бывшей жены, в одну из госпитализаций Ш. была определена 2-ая группа инвалидности. После выписки отказывался от посещения участкового психиатра и фармакотерапии. Неоднократно привлекался к административной ответственности за нарушение общественного порядка. По месту жительства характеризовался отрицательно, как «не предсказуемый, агрессивный, ведущий асоциальный образ жизни». В сентябре 2019 г. в состоянии алкогольного опьянения нанес удар отверткой соседу. В отношении инкриминируемого ему деяния был признан невменяемым, назначено принудительное наблюдение и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях. В период его исполнения участкового психиатра посещал не регулярно, уклонялся от приема фармакотерапии, продолжал алкоголизацию. Постановлением суда от 15.01.2019 г. принудительные меры медицинского характера в отношении Ш. были прекращены. 05.08.2019 г. Ш., находясь в состоянии алкогольного опьянения, в ходе ссоры нанес ножевое ранение в область шеи отцу бывшей жены, от которого потерпевший скончался. Согласно постановлению суда от 09.12.2019г. Ш. направлен на принудительное лечение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа.

### **Анамнез жизни**

Родился в г. Москве, единственным ребенком в семье рабочих. В раннем детском возрасте в психическом и физическом развитии от сверстников не отставал. В детстве наблюдалось недержание мочи, испытывал страх темноты. Посещал детские дошкольные учреждения. В школу пошел с 7 лет, окончил 9 классов. После окончания школы поступил в техникум по специальности «автослесарь», был отчислен «за пьянство и пропуски занятий», работал разнорабочим в различных организациях. Разведен, проживает один в квартире, полученной по наследству от бабушки. На протяжении 12 лет не работает.

### **Объективный статус**

Соматическое состояние. Высокого роста, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. В области левого и правого предплечий старые множественные рубцы от самопорезов, шрамы на животе, в области подбородка, на левом бедре, голени, в области шеи. Имеются татуировки на шее, обоих плечах, левом предплечье и левой кисти. В легких дыхание

везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт. ст. В анамнезе миокардиодистрофия. + Неврологическое состояние. Знаков текущего очагового поражения ЦНС не выявлено. + Психическое состояние. Фон настроения переменчив. В беседу вступает, однако заинтересованности не проявляет. К контакту не стремится. На вопросы отвечает не всегда в плане заданного, на ряд вопросов не отвечает, соскальзывая на другую тему. Часто пожимает плечами, говорит: «не знаю», легко при этом дает реакции раздражения. Уверяет, что «голосов нет уже месяца 3», никто за ним не следит - «видимо других нашли». Однако в процессе беседы периодически к чему-то прислушивается, озирается по сторонам. Мимика неадекватна ситуации и теме беседы. Амбивалентен в высказываниях. Себя считает психически здоровым, требует выписать, раздражается в ответ на разъяснения врача. При целенаправленном расспросе признает наличие «голосов» комментирующего, императивного характера. Высказывает бредовые идеи преследования, воздействия. Мышление нецеленаправленное, разорванное, паралогичное, с соскальзываниями. Амбивалентен. Критика к своему состоянию и совершенному правонарушению нарушена. + При экспериментально-психологическом исследовании выявлена нецеленаправленность мышления с явлениями смыслового соскальзывания и паралогичности мыслительного процесса, при этом отмечается способность оперировать понятиями на категориальном и функциональном уровнях. Личность больного характеризуется выраженной демонстративностью, напряженностью, повышенной чувствительностью к внешним раздражителям и критическим замечаниям. Отмечается высокий, но неустойчивый уровень самооценки и иррациональность притязаний.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больному Ш. можно поставить диагноз**

- эмоционально-волевые нарушения со снижением энергетического потенциала
- аффективно насыщенные бредовые идеи с патологической мотивацией поведения
- расстройства мышления в виде паралогичности, разорванности
- императивные псевдогаллюцинации

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, мерой первичной профилактики общественно опасного поведения, которую следовало применить к Ш., являлось**

- активное диспансерное наблюдение
- диспансерное наблюдение

- оказание консультативно-лечебной помощи в психоневрологическом диспансере
- обязательное лечение у психиатра-нарколога

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса показанием для установления за Ш. активного диспансерного наблюдения являлось наличие**

- выраженного интеллектуального снижения
- склонности к общественно опасным действиям
- материального неблагополучия
- тяжелого психического расстройства

**На основании анализа данных анамнеза, на склонность Ш. к общественно опасным действиям указывало наличие**

- эмоционально-волевого снижения
- выраженных нарушений мышления
- материального неблагополучия
- персонифицированных бредовых идей преследования

**На основании анализа данных анамнеза на склонность Ш. к общественно опасным действиям указывало наличие**

- семейной дезадаптации
- зависимости от алкоголя
- когнитивных нарушений
- интеллектуального снижения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для профилактики противоправного поведения Ш. во внебольничных условиях следовало обеспечить**

- назначение ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина
- проведение психофармакотерапии антипсихотическими препаратами второго поколения
- взаимодействие органов здравоохранения и органов полиции в наблюдении за пациентом
- госпитализацию больного в психиатрический стационар с периодичностью не реже одного раза в год

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, прекращение принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях в отношении Ш. было**

- не обоснованным в связи с наличием у Ш. хронического, непрерывно протекающего, часто обостряющегося, психического расстройства
- не обоснованным, так как сохранялась связь психического расстройства Ш. с возможностью причинения иного существенного вреда, опасностью для окружающих
- не обоснованным, так как Ш. совершил правонарушение, направленное против личности
- обоснованным, так как по психическому состоянию Ш. не представлял опасности для окружающих

**На основании анализа данных анамнеза, нормативных документов, в период принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях, минимальная периодичность освидетельствований больного Ш. участковым психиатром должна составлять**

- не реже одного раза в квартал
- не реже одного раза в неделю
- не реже одного раза в месяц
- один раз в месяц

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса на период настоящего врачебного освидетельствования потенциальная общественная опасность Ш**

- низкая
- сохраняется
- отсутствует
- очень высокая

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Ш. с отсутствием**

- интеллектуальной дефицитарности
- эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией
- бредовых идей преследования и псевдогаллюцинаций
- нарушений трудовой и семейной адаптации

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для достижения целей применения принудительных мер медицинского характера необходимо улучшение психического состояния Ш. с**

- формированием приверженности лечению
- отсутствием интеллектуальных нарушений



- восстановлением трудоспособности
- отсутствием эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса для предупреждения повторного совершения больным Ш. общественно опасных действий необходимо**

- формированием приверженности лечению
- отсутствием интеллектуальных нарушений
- восстановлением трудоспособности
- отсутствием эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная У., 33 года, находится в кабинете заведующего общепсихиатрическим отделением психиатрической больницы с требованием выписки ее из стационара. В отделение поступила по скорой помощи в связи с наличием персонифицированных аффективно насыщенных бредовых идей, нарушений поведения. Была госпитализирована в недобровольном порядке на основании п. а) статьи 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» по решению суда. Через 25 дней после поступления в стационар, У. написала заявление об отказе от госпитализации. В настоящее время решаются вопросы: диагностики психического расстройства; правомочности помещения У. в психиатрический стационар в недобровольном порядке; наличия /отсутствия оснований для продолжения лечения в круглосуточном стационаре в недобровольном порядке, тактика обследования и лечения пациентки.

### **Жалобы**

Жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Наследственность психопатологически отягощена - мать страдала шизофренией, лишена родительских прав. Известно, что впервые психическое состояние У. изменилось в феврале 2018 г., когда стала считать, что друг мужа воздействует на нее, преследует, «пытается завладеть». На этом фоне стала тревожной, беспокойной, нарушился сон, снизился аппетит. 13.03.2018 г. по настоянию мужа обратилась в психоневрологический диспансер. Сообщила, что боится друга мужа, который следит, тайно проникает в квартиру; заявляла, что и сама может воздействовать на людей, тяготилась «путаницей мыслей». Дважды

находилась на лечении в психиатрическом стационаре. Госпитализации были длительными по причине устойчивости продуктивной психопатологической симптоматики к проводимой фармакотерапии. В медицинской документации имеются заключения комиссии врачей-психиатров о фармакорезистентности имеющегося у пациентки психического расстройства. Вскоре после выписки отказывалась от приема поддерживающей терапии. Настоящее ухудшение состояния - в течение 3-х недель до настоящей госпитализации: нарушился сон, заявляла о возобновлении преследования со стороны друга ее мужа; следила за ним; явившись к нему на работу, устроила скандал, угрожала расправой за преследование. Скорой помощью доставлена в психиатрический стационар. При поступлении была возбуждена, мышление ускорено по темпу, охвачена идеями преследования. Рассказывала о том, что друг мужа, с которым они «общались в интернете», стал отрабатывать на ней разные психологические приемы, чтобы «овладеть ею». Выказывала уверенность, что этот друг воздействует и на мужа, «так как муж стал водить в кино и все фильмы про психопатов». Заявляла, что много читала о различных способах манипуляции, со временем поняла, что «все стало складываться, новая информация дополняет картину». Уверяла, что тоже научилась манипулировать людьми: «вижу всех людей, все их мысли, чувства; знаю, что нужно сказать». Отмечала в голове «поток мыслей», постоянно думала - как защититься от преследования, как отомстить. Слышала «в голове» голос преследователя. Рассказывала, что обращалась в полицию с заявлением о преследовании и мошенничестве, однако там сказали, что «пока нет пострадавших, заниматься этим не будут». Поняла, что только сама может себя защитить, приобрела газовый пистолет и «хотела с ним разобраться, пошла к нему на работу». Госпитализирована в недобровольном порядке по решению суда на основании п. а) статьи 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В отделении была крайне тревожна, рассеянна, с трудом выражала свои мысли, отмечались нарушение сна, паралогичность и не продуктивность мышления, бредовая симптоматика. Тяготилась нахождением в психиатрическом стационаре, написала заявление об отказе от лечения.

### **Анамнез жизни**

С 12 лет воспитывалась тетей. Имеет старших сестер. В раннем развитии без особенностей. Окончила 11 классов общеобразовательной школы, затем политехнический институт - факультет «дизайн архитектурной среды». По специальности работала непродолжительное время. В течение последних 5 лет работает мастером ногтевого сервиса. Замужем, имеет сына 9 лет. Проживает с семьей, отношения гармоничные.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Заходит в кабинет по приглашению. Адаптируется не

сразу, напряжена, взволнованна, суетлива. Внешне достаточно опрятна. Пристально смотрит на собеседника, к чему-то прислушивается. Открыто и откровенно раскрывает свои переживания и данные анамнеза. Уверена, что «друг мужа сам не отстанет... нужно его остановить, пока на сына не переключился». Намерена встретиться с ним после выписки из стационара и «заставить отстать от нее и ее семьи». На вопросы отвечает не всегда в плане заданного, порой испытывает трудности в формулировании ответов. Объясняет это «наплывами тревожных мыслей...». В мышлении отмечаются разноплановость, паралогичность, соскальзывания. Настроение снижено, тревожна, говорит о «постоянных страхах за будущее, чувстве внутренней дрожи и кома в груди...». Фиксирована на своем состоянии, переживаниях. Себя считает психически здоровым человеком, а госпитализацию - «его проделки». После паузы вдруг говорит: «может вы с ним заодно, вот и выписать не хотите». Наличие обманов восприятия категорически отрицает. О мыслях говорит: «...мыслей много и они путаются, не могу их отогнать от себя, переключить, это мучительно - наверно он мною управляет...». Критические и прогностические способности нарушены.

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии с критериями МКБ-10 больной У. можно поставить диагноз**

- формированием приверженности лечению
- отсутствием интеллектуальных нарушений
- восстановлением трудоспособности
- отсутствием эмоционально-волевого снижения с социальной дезадаптацией

**Диагноз**

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, госпитализация У. в психиатрический стационар являлась**

- нарушающей права больной
- не соответствующей законодательству
- не обоснованной
- обоснованной

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, госпитализация У. в психиатрический стационар могла быть проведена только**

- по решению участкового психиатра
- после подписания информированного согласия на госпитализацию

- в недобровольном порядке
- при согласии больной на госпитализацию

**На основании анализа данных анамнеза, действующего законодательства, основанием для госпитализации У. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, являлась**

- дезориентировка в окружающем
- эмоциональная неадекватность
- беспомощность вследствие наличия психического расстройства
- непосредственная опасность для окружающих

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, заявление У. об отказе от госпитализации**

- является основанием для прекращения недобровольной госпитализации
- не подлежит удовлетворению
- подлежит перенаправлению в суд
- подлежит удовлетворению

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, в настоящее время имеются основания для**

- выписки У. из психиатрического стационара, согласно ее заявлению
- продолжения лечения У. в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке
- назначения У. принудительных мер медицинского характера
- продолжения лечения У. в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в добровольном порядке

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, к факторам, свидетельствующим о возможности продолжения лечения У. в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в добровольном порядке, относится**

- наличие тяжелого психического расстройства, обуславливающего непосредственную опасность для окружающих
- наличие тяжелого психического расстройства, обуславливающего беспомощность
- наличие выраженной патологии мыслительной деятельности с социальной дезадаптацией
- отсутствие критики к имеющемуся заболеванию и своему психическому состоянию

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, пребывание У. в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке возможно**

- по решению суда неопределенно долго
- по решению врачебной комиссии неопределенно долго
- в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация
- в течение месяца после начала лечения

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, действующего законодательства, выписка У., госпитализированной в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, производится**

- по решению заместителя руководителя медицинской организации
- по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации
- по ее личному заявлению либо по заявлению законного представителя
- только на основании решения суда, вступившего в законную силу

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса госпитализация У. в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, является**

- условием для проведения психологической коррекции и реабилитации
- мерой предупреждения общественно опасного поведения больной
- мерой наказания за агрессивное поведение в отношении окружающих
- способом длительной изоляции от общества

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса У., в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, к препаратам для терапии имеющегося у пациентки психического расстройства в период стационарного лечения относится**

- бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
- инсулин продолжительного действия и его аналоги для инъекционного введения
- тофизопам
- клозапин

**На основании анализа данных анамнеза, объективного статуса, в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при шизофрении, к препаратам для лечения имеющегося у У. психического расстройства в период госпитализации относится**

- бромдигидрохлорфенилбензодиазепин
- инсулин продолжительного действия и его аналоги для инъекционного введения
- тофизопам
- клозапин

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

И., 44 года, обвиняемый в убийстве, совершенном с особой жестокостью (п. «д» ч. 2 ст. 105 УК РФ). В постановлении о назначении стационарной судебно-психиатрической экспертизы поставлены следующие вопросы: 1. Страдает ли И. каким-либо психическим расстройством в настоящее время? 2. Не страдал ли И. во время инкриминируемого ему деяния каким-либо хроническим психическим расстройством, временным психическим расстройством, слабоумием либо иным болезненным состоянием психики? 3. Мог ли И. во время инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими? 4. Вменяем ли И. в содеянном? 5. Может ли И. в настоящее время понимать характер и значение уголовного судопроизводства, самостоятельно совершать действия, направленные на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей? 6. Способен ли И. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания? 7. Связано ли имеющееся у И. в настоящее время психическое расстройство с опасностью для себя и других лиц либо с возможностью причинения им иного существенного вреда? 8. Нуждается ли И. в применении принудительных мер медицинского характера, если да, то в каких именно?

### **Жалобы**

На момент осмотра жалоб не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

Спиртные напитки начал употреблять с подросткового возраста. До 25 лет употребление алкогольных напитков носило эпизодический характер. В последующем стал выпивать до 0,5 л водки 1-2 раза в неделю, в состоянии алкогольного опьянения часто вступал в драки. Отмечалось частичное забывание событий состояния опьянения. После смерти сожительницы на

протяжении последних 2 лет употреблял водку и самогон 1-2 раза в неделю по 2-3 дня подряд, выпивал до 1,5 л водки в сутки. После употребления алкогольных напитков испытывал слабость, головную боль, возникал тремор в конечностях. После употребления спиртного самочувствие улучшалось.

### **Анамнез жизни**

Раннее развитие соответственно возрасту. Школу начал посещать с 7 лет, был общительным, подвижным. За время обучения показал средние способности, решал задачи в среднем темпе, обычно собственных оригинальных решений не предлагал. Материал, требующий механического заучивания, усваивал легко. Окончил 9 классов и училище по специальности «электрогазосварщик». В армии не служит в связи с плоскостопием. Работал сварщиком. Сожительствовал с женщиной. В состоянии алкогольного опьянения вступал в драки, дважды привлекался к уголовной ответственности за причинение легкой и средней тяжести вреда здоровью, отбывал наказание в местах лишения свободы в течение полугода. Когда И. было 42 года, умерла его сожительница, после ее смерти устроился на работу прессовщиком макулатуры, проживал в бытовке рядом с работой, злоупотреблял алкогольными напитками. И. обвиняется в том, что 31 декабря с 20 ч. до 22 ч. в ходе конфликта нанес множественные удары в различные части тела Ш. Экспертам представлена аудиозапись телефонного разговора И. с сотрудником службы «112», сделанная в период совершения инкриминируемого И. деяния. Он просил вызвать сотрудников полиции, так как у него дома «зомби». На записи слышны звуки ударов. И. говорит: «Он живой до сих пор, сколько я ломом его не бью», «Пытается укусить, не знаю, что с ним такое, зомби, он встает, его невозможно убить!». И. требовал быстрее вызвать полицию, назвал дату своего рождения, вкратце объяснил, как проехать к месту его проживания. Смерть Ш. наступила от комбинированной травмы, осложнившейся травматическим шоком. Ш. были причинены 19 травматических воздействий в области головы, 13 воздействий колющим предметом в области груди и живота, 8 – в области конечностей. Прибывшим сотрудникам полиции И. несколько раз повторил, что мужчина, которого он ударил ломом, был «зомби», у него «съехала крыша». И. утверждал: «Тыкаю его, тыкаю, а он все равно живой, дергается». И. отказался выполнить просьбу сотрудников полиции и проследовать в бытовку, пояснив: «Он зомби, его сколько раз ломом тыкал, а он все равно шел на меня».

### **Объективный статус**

И. ориентирован в месте, времени и собственной личности. Выглядит старше своего возраста. Настроение неустойчивое с легкостью возникновения реакций раздражения. Мимика обеднена, стереотипная. На вопросы отвечает по существу. Цель экспертизы понимает правильно. Жалоб на здоровье не предъявляет. Говорит, что тяжело переживал смерть сожительницы, с которой

прожил 20 лет. Утверждает, что до совершения инкриминируемого ему деяния у него никогда не возникало каких-либо страхов, обманов восприятия как в состоянии опьянения, так и «в похмелье». Обеспокоен сложившейся судебно-следственной ситуацией. Рассказывает, что знал потерпевшего около двух месяцев, проживали с ним в бытовке. 30 декабря вечером они ходили к знакомым, где выпили 0,5 литра водки. Утром 31 декабря они приобрели продукты питания, 1,5 литра пива, 0,5 литра водки, настойку, по дороге выпили около 250 мл водки. Придя домой, они употребляли алкогольные напитки, смотрели телепередачи. Между ними возник словесный конфликт, так как накануне И. узнал, что Ш. отбывал наказание за изнасилование. В ходе конфликта Ш. вышел за дверь и спустя некоторое время вернулся, держа в руках лом. Говорит, что между ними завязалась драка, в ходе которой ему удалось отобрать у Ш. лом. Сообщает, что Ш. двинулся в его сторону, тогда он нанес ему два удара ломом в область головы, дальнейшие свои действия не помнит. Также вспоминает, что в руках у него было два телефона. Своих эмоций во время произошедшего не передает, предполагает, что, возможно, был страх. Уверяет, что не помнит, как звонил в службу «112» и говорил о том, что Ш. – «зомби», повторяет, что не мог такого сказать. Помнит, что видел за забором «мигалки», побежал за ключами от ворот к соседям, после стоял с двумя полицейскими возле бытовки. Мышление ближе к конкретному. Суждения поверхностные. Эмоциональные реакции неустойчивые, огрубленные, малодифференцированные. Память на прошлые и текущие события несколько снижена. Критические способности снижены.

#### **Эксперты-психиатры в настоящее время диагностировали у И**

- расстройство личности и поведения вследствие употребления алкоголя
- эмоционально неустойчивое расстройство личности
- пагубное употребление алкоголя
- синдром зависимости от алкоголя

#### **Эксперты-психиатры диагностировали у И. + \_\_\_\_\_ + стадию синдрома зависимости от алкоголя**

- первую
- конечную
- вторую
- третью

#### **Врачи-судебно-психиатрические эксперты в период, относящийся к инкриминируемым ему деяниям, диагностировали у И**



- острую интоксикацию алкоголем
- алкогольный паранойд
- алкогольный галлюциноз
- острую интоксикацию алкоголем с обманами восприятия

### **Для алкогольного делирия характерна классическая триада**

- яркие иллюзии, галлюцинации любой сферы чувств
- повышенная чувствительность к свету, звукам, боли
- синдром Кандинского-Клерамбо
- спутанность, помрачение сознания
- выраженный тремор
- интерпретативный бред

### **Алкогольный делирий**

- сопровождается псевдогаллюцинациями
- чаще заканчивается летально
- сопровождается обменными нарушениями
- может возникать при однократном употреблении спиртного у лиц, не страдающих синдромом зависимости от алкоголя

### **Алкогольный делирий**

- не сопровождается аутопсихической дезориентировкой
- не проявляется помрачением сознания
- не возникает у лиц, страдающих синдромом зависимости от алкоголя
- не начинается с иллюзий и гипнагогических галлюцинаций

### **Комиссия врачей – судебно-психиатрических экспертов пришла к заключению, что во время инкриминируемого ему деяния И. + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими**

- мог
- не мог в полной мере
- не мог в силу отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством
- не мог

### **Установленный диагноз соответствует медицинскому критерию невменяемости в форме**

- слабоумия
- хронического психического расстройства
- иного болезненного состояния психики
- временного психического расстройства

### **Общественно-опасное деяние совершено по**

- негативно-личностным психопатологическим механизмам
- реально-бытовым мотивам
- продуктивно-психотическим психопатологическим механизмам с бредовой мотивацией
- продуктивно-психотическим психопатологическим механизмам без бредовой мотивации

### **При ответе на вопрос 6 комиссия врачей-судебно-психиатрических экспертов пришла к заключению, что И**

- не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания
- может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания, за исключением обстоятельств периода временного психического расстройства
- может правильно воспринимать лишь внешнюю сторону обстоятельств, имеющих значение для уголовного дела, и давать показания только о внешней стороне происходивших событий
- может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания

### **При ответе на вопрос 8 комиссия врачей-судебно-психиатрических экспертов пришла к заключению, что И нуждается в**

- лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечении в психиатрическом стационаре общего типа
- принудительном лечении в психиатрической стационаре специализированного типа
- лечении в амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

### **Вопрос + , содержащийся в определении суда, не входит в компетенцию врачей – судебно-психиатрических экспертов**

- лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением
- лечении в психиатрическом стационаре общего типа
- принудительном лечении в психиатрической стационаре специализированного типа
- лечении в амбулаторных условиях (амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра)

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Л., 32 года, обвиняемый по п. «з» ч. 2 ст. 111 УК РФ в причинении тяжкого вреда здоровью Б., поступил на стационарную экспертизу. + На разрешение экспертов поставлены следующие вопросы: \* Страдал ли Л. во время совершения инкриминируемого ему деяния хроническим психическим расстройством, временным психическим расстройством, слабоумием либо иным болезненным состоянием психики, которое делало его неспособным осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими? \* Мог ли Л. в силу психического расстройства, если таковое имелось, в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими во время совершения инкриминируемого ему деяния? \* Не находилась ли Л. во время совершения инкриминируемого ему деяния в состоянии физиологического аффекта? \* Можно ли доверять показаниям Л.? \* Не страдает ли Л. психическим расстройством, которое делает его неспособным ко времени производства по уголовному делу понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения либо к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию процессуальных прав и обязанностей? \* Если Л. страдает психическим расстройством, при котором сохраняется способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, то не относится ли данное психическое расстройство к категории психических недостатков, препятствующих самостоятельному осуществлению права на защиту? \* Мог ли Л. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания в ходе следствия? \* Связано ли психическое расстройство Л. с возможностью причинения им существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц? \* Нуждается ли Л. в применении к нему принудительных мер медицинского характера, и если да, то в каких именно?

### Жалобы

На неустойчивость настроения, повышенную раздражительность.

### Анамнез заболевания

Родители злоупотребляли алкогольными напитками, отец был конфликтным, раздражительным, вспыльчивым. Мать была лишена родительских прав. Л. посещал детский сад, где у него проявились поведенческие нарушения, был конфликтным, обидчивым, агрессивным. В школе часто пропускал занятия, домашние задания не готовил, уходил из дома, бродяжничал. В подростковом возрасте отмечались импульсивность, агрессивность, расторможенность,

совершал кражи, курил, вступил в оральный гомосексуальный контакт со сверстником. Неоднократно проходил стационарное лечение в детском отделении психиатрической больницы. Не выполнял предъявляемых требований, был эмоционально неустойчив, сексуально расторможен, агрессивен по отношению к другим детям и медицинскому персоналу. При психологическом обследовании отмечались истощаемость внимания, эгоцентричность, завышенная самооценка, импульсивность. С 11 лет установлен диагноз: «Умственная отсталость легкой степени с нарушениями поведения, требующими ухода и лечения». В период обучения в профессиональном училище отличался неуравновешенным характером, неоднократно был замечен в кражах личного имущества учащихся и работников. В 16 лет при проведении судебно-психиатрической экспертизы был всесторонне ориентирован, на вопросы отвечал неохотно, легко аффектировался, озлоблялся. Просил признать его «вменяемым», так как рассчитывал на условное наказание. Запас знаний был несколько меньше формально полученного образования. Интеллект был невысокий. Планов на будущее не имел. В отделении был суетлив, подвижен. Конфликтовал с персоналом, на замечания реагировал болезненно, без причины набросился на санитарку и избил ее. В трудовые процессы не включался. Суждения отличались легковесностью, поверхностностью. Был легко внушаем, подчиняем. При экспериментально-психологическом исследовании было доступно проведение основных мыслительных операций на несложном материале, выявлялись трудности оперирования абстрактными понятиями, неустойчивость мотива деятельности. Отмечались эмоциональная огрубленность, неустойчивость, пониженный волевой контроль поведения, повышенная внушаемость. Комиссией было дано заключение, что Л. страдает умственной отсталостью легкой степени со значительными нарушениями поведения, во время инкриминируемого ему деяния не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа. На фоне проводимого лечения стал более спокоен, упорядочен, агрессии не проявлял. Включился в трудовые процессы. В последующем неоднократно привлекался к уголовной ответственности за кражи, грабеж. В ходе производства судебно-психиатрических экспертиз ему устанавливался диагноз: «легкая умственная отсталость с нарушениями поведения», в отношении содеянного судом признавался невменяемым. Во время принудительного лечения дважды нападал на медицинский персонал, совершил три попытки побега.

### **Анамнез жизни**

Обучение в школе начал с 7 лет, часто пропускал занятия. С 9 лет переведен в

школу-интернат. Окончил 6 классов, затем обучался в профессиональном училище по профессии тракторист-машинист сельскохозяйственного производства. Учился без желания, пропускал занятия, не успевал по основным предметам. Обучение не окончил, так как в 16 лет был привлечен к уголовной ответственности за кражи. Л. обвиняется в том, что нанес Б., который проживал с ним в одной комнате, ножевое ранение, когда тот спал. В ходе следствия объяснял свои действия тем, что Б. неоднократно подшучивал над ним, он хотел ему отомстить.

### **Объективный статус**

На предплечьях, животе следы от самопорезов. Глазные щели симметричные, зрачки равномерные, фотореакции сохранены. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук, ног равномерные. В позе Ромберга устойчив. + Л. доступен контакту. Фон настроения ситуационно несколько снижен. Всесторонне ориентирован. Мимика несколько обеднена, в целом адекватная обсуждаемым темам. На вопросы отвечает по существу. Словарный запас достаточный, использует обобщения, владеет несложными абстрактными понятиями. Держится с переоценкой, временами вызывающе. Внимательно осматривает помещение, интересуется «охраной периметра», внимательно изучает обстановку кабинета, ищет глазами видеокамеры. Взгляд исподлобья, периодически сжимает руки в кулаки. Заявляет, что «все равно убежит», долго в местах лишения свободы находиться не будет. Периодически дает нарочито нелепые ответы, при этом начинает громко смеяться, становится более оживленным. В одной из бесед на вопрос о его жалобах заговорил о механике и электричестве и о том, что хочет жениться. На уточняющие вопросы периодически дает реакции раздражения. Анамнестические сведения сообщает избирательно, заявляет, что «плохо помнит свою жизнь», «всё по больницам, да по больницам». С бравадой говорит о побегах и нападениях на сотрудников психиатрических больниц, при этом отмечает, что «никого не ранил». При установлении доверительного контакта сообщает биографические сведения, четко их датирует. Отмечает, что правонарушения совершал, «только когда выпьет, по глупости». Неохотно сообщает о проживании в государственных учреждениях, где он «не приживался», чувствовал себя голодным, поэтому убегал, совершал кражи. Отмечает, что с годами «изменился», стал спокойнее. Заявляет, что «резался» только в протестных целях, «назло» сотрудникам правоохранительных органов. Об инкриминируемом ему деянии сообщает, что потерпевший постоянно подшучивал над ним, поэтому он ночью ударил его ножом. Активно интересуется результатами обследований, настаивает на более глубоком обследовании печени. Склонен к реакциям раздражения с застойным аффектом, самовзвинчиванию. Память на прошлые и текущие события не нарушена. Мышление последовательное, суждения аффективно окрашенные.

Запас знаний и представлений соответствует полученному образованию и образу жизни. Признаков повышенной истощаемости психических процессов не отмечается. + При экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают индивидуально-психологические особенности в виде неустойчивости мотивации, поверхностности анализа жизненных ситуаций, эгоцентричности, облегченности в оценке событий и последствий собственных действий. Для Л. характерны тенденция занимать доминантную позицию, стремление к отстаиванию собственного мнения, нетерпимость к суждениям других при малообщительности, ожидании недоброжелательного отношения со стороны окружающих. Выявляются низкий порог фрустрации, склонность к внешнеобвиняющим формам поведения с отрицанием собственной вины и ответственности, склонность к аффективным вспышкам в виде агрессивных реакций, а также к непосредственной реализации возникающих побуждений с игнорированием морально-этических и конвенциональных норм. Выявляется способность к проведению основных мыслительных операций с опорой на существенные признаки предметов, оперированию условным смыслом простых метафор и пословиц, установлению простых причинно-следственных связей.

**В соответствии с экспертными вопросами судом должна быть назначена экспертиза**

- комплексная судебная сексолого-психиатрическая
- комплексная судебная психолого-психиатрическая
- комплексная судебная нарколого-психиатрическая
- однородная судебно-психиатрическая

**К компетенции судебно-психиатрических экспертов не относятся вопросы**

- 4, 7
- 4, 9
- 3, 7
- 3, 4

**В соответствии с критериями МКБ-10 Л. поставлен диагноз**

- 4, 7
- 4, 9
- 3, 7
- 3, 4

**Диагноз**

**В основе дифференциальной диагностики эмоционально неустойчивого расстройства личности, пограничный тип с умственной отсталостью лежит**

- сохранный уровень интеллектуального развития
- депрессивный синдром с аутоагрессивными действиями
- уровень социальной дезадаптации
- склонность к импульсивным действиям

**В основе дифференциальной диагностики эмоционально неустойчивого расстройства личности с псевдопсихопатической шизофренией у Л. лежит**

- аутохтонность аффективных колебаний
- отсутствие симптомов первого ранга
- выраженность психопатоподобных нарушений
- отсутствие дефицитарных изменений эмоционально-волевой сферы и специфических нарушений мышления

**В основе дифференциальной диагностики эмоционально неустойчивого расстройства личности со смешанным расстройством личности лежит**

- относительная сохранность эмоциональной сферы
- преобладающее число однородных диагностических патохарактерологических признаков
- отсутствие нарушений мышления
- отсутствие невротоподобных расстройств

**В основе дифференциальной диагностики наблюдающегося у Л. импульсивного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности с пограничным типом лежит**

- преобладание эмоциональной неустойчивости и отсутствие контроля импульсивности, проявляющиеся вспышками жестокости и угрожающего поведения
- психастенический радикал со склонностью к сомнениям, ранимостью, обидчивостью, отгороженностью
- чувство неуверенности с легкостью возникновения невротических расстройств
- частота возникающих состояний декомпенсации, требующих лечения в условиях психиатрического стационара

**При ответе на вопросы 1-2 судебно-психиатрическая комиссия экспертов пришла к заключению, что Л**

- мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

- не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими
- в связи с фрагментарными и недостоверными пояснениями по поводу произошедшего ответить на вопрос о его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими во время инкриминируемого ему деяния не представляется возможным
- не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

**При ответе на вопрос 6 судебно-психиатрическая комиссия экспертов пришла к заключению, что имеющееся у Л. эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип**

- относится к категории психических недостатков, препятствующих возможности самостоятельно осуществлять свое право на защиту
- не относится к категории психических недостатков, препятствующих возможности самостоятельно осуществлять свое право на защиту
- не подлежит экспертной оценке, поскольку поставленный вопрос не относится к их профессиональной компетенции
- не позволяет ему участвовать в уголовном судопроизводстве

**При ответе на вопрос 7 судебно-психиатрическая комиссия экспертов пришла к заключению, что Л. правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания в ходе следствия**

- мог
- не мог в силу имеющихся психических недостатков
- не мог
- мог только при условии участия защитника

**При ответе на вопрос 1, эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип, компенсация**

- соответствует категории хроническое психическое расстройство
- не соответствует ни одной позиции ст. 21 УК РФ
- соответствует категории иное болезненное состояния психики
- соответствует категории временное психическое расстройство

**При ответе на вопрос 9 судебно-психиатрическая комиссия экспертов пришла к заключению, что Л**

- соответствует категории хроническое психическое расстройство
- не соответствует ни одной позиции ст. 21 УК РФ



- соответствует категории иное болезненное состояния психики
- соответствует категории временное психическое расстройство

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

И., 41 год, обвиняемый по ч. 3 ст. 162 УК РФ в разбое с проникновением в жилище. + В постановлении о назначении стационарной экспертизы содержатся следующие вопросы: 1) Страдал ли И. во время совершения инкриминируемого ему деяния хроническим психическим расстройством, временным психическим расстройством, слабоумием либо иным болезненным состоянием психики? 2) Мог ли И. во время инкриминируемого ему деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими? 3) Не находился ли обвиняемый Б. в период инкриминируемого деяния в состоянии физиологического аффекта? 4) Страдает ли И. каким-либо психическим расстройством в настоящее время? 5) Имеются ли у И. признаки симуляции психического расстройства? 6) Может ли И. в настоящее время в силу имеющихся у него психических расстройств понимать характер и значение уголовного судопроизводства, самостоятельно совершать действия, направленные на реализацию своих процессуальных прав и обязанностей? 7) Нуждается ли И. в применении принудительных мер медицинского характера и если нуждается, то каких именно?

### **Жалобы**

На «голоса», дающие советы, комментирующие действия, «слежку», поверхностный сон.

### **Анамнез заболевания**

С детского возраста отмечались нарушения поведения, рос непоседливым, драчливым, упрямым. Обучение в школе начал с 8 лет. В период обучения был груб и жесток со сверстниками, пропускал уроки, не реагировал на замечания учителей, грубил в ответ, в классе был отрицательным лидером, воровал деньги и вещи, на несколько дней уходил из дома. В 11 лет в связи с поведенческими нарушениями был осмотрен врачом-психиатром. Выглядел неопрятно, был двигательного расторможен, порывался уйти из кабинета. На вопросы отвечал неохотно, выражение лица было злобным, бурно реагировал на замечания огрызался, бросил тубик клея в медицинскую сестру. С 13 лет употреблял алкогольные напитки. С 25 лет отмечались запои продолжительностью до недели, светлые промежутки – до 2 недель. После употребления спиртного испытывал головные боли, слабость, озноб, дрожь во всем теле, потливость, повышенную жажду, нарушались сон и аппетит. Толерантность к спиртным

напиткам повысилась, выпивал более литра водки в сутки. В состоянии абстиненции «слышал голоса», испытывал страх, заявлял, что за ним наблюдают. Проходил стационарное лечение в психиатрической больнице. Находясь в местах лишения свободы, И. периодически обращался к врачу-психиатру с жалобами на неуправляемую вспыльчивость, нарушения сна. Сообщал, что «голосов» у него нет, но сам вызывает духов, которые «всем помогают». Показывал рубцы со швами на локтевых сгибах. Пояснял, что порезал себя лезвием после избиения сотрудниками службы исполнения наказаний, так как «было больно и хотел покончить жизнь самоубийством».

### **Анамнез жизни**

С трех лет после привлечения матери к уголовной ответственности воспитывался бабушкой. Обучение в школе начал с 8 лет. Школу не окончил, так как в 16 лет был привлечен к уголовной ответственности за разбойное нападение. В последующем неоднократно привлекался к уголовной ответственности за кражи, нанесение побоев, разбойное нападение, грабеж. В местах лишения свободы на мероприятия воспитательного характера не реагировал, критику в свой адрес не воспринимал, имел взыскания за нарушение установленного режима содержания. Негативно относился к администрации и ее законным представителям. Взаимоотношения с другими осужденными строил исходя из личных интересов. По характеру был неуравновешенным, вспыльчивым. В течение 6 лет состоял в браке, детей не имеет, брак был расторгнут по инициативе жены. Освобождаясь из мест лишения свободы, нигде не работал, продолжал употреблять спиртные напитки. И. обвиняется в том, что он незаконно проник в дом, где, используя в качестве оружия аэрозольный распылитель, совершил нападение на Ф., нанес ему множественные удары руками и ногами по голове и различным частям тела, после чего завладел принадлежащими Ф. денежными средствами и имуществом на общую сумму 300 тыс. руб. Потерпевший сообщил, что во время избиения И. спрашивал, где хранятся денежные средства. В ходе допроса И. сообщил, что «никаких преступлений не совершал», в ночь инкриминируемого деяния находился у своей сожительницы. Утверждал, что с детства наблюдается врачом-психиатром.

### **Объективный статус**

На коже груди, плеч имеются татуировки. На левом предплечье множественные следы от самопорезов. Ориентирован всесторонне правильно. Выглядит опрятно, движения четкие, координированные. Держится уверенно, сидит в свободной позе. Цель проводимой экспертизы объясняет верно. Мимика живая, адекватная теме беседы. Речь в обычном темпе, голос громкий, выразительный. На вопросы отвечает по существу. Анамнестические сведения сообщает последовательно, трудностей с датированием событий не

испытывает. Утверждает, что с детства слышит «мужской голос ангела-хранителя», который помогает ему. В подростковом возрасте «голос» помогал ему не попадаться на карманных кражах, затем «голос» рассказал ему про «домового», присутствие которого он «ощущает везде». Сообщает, что нанес себе порезы на предплечья и в область живота по приказу «голоса». Говорит, что «голоса», которые он слышит, являются признаком «шизофренического параноидального состояния». Демонстрируя родимое пятно в области колена, заявляет, что тот, кто его «преследует», вставил ему в ногу «GPS-навигатор», чтобы отслеживать его перемещение по городу. На вопросы о том, кто именно его преследует и с какой целью, ничего не поясняет. Совершение инкриминируемого деяния категорически отрицает, говорит, что в тот период был у сожительницы, какие-либо необычные переживания в тот период отрицает. В судебно-следственной ситуации ориентирован, передает суть предъявленного обвинения, обстоятельства следственных действий, написал несколько жалоб и ходатайств. В отделении поведение упорядоченное, периодически наблюдались реакции раздражения, например, при отказе в просьбе назначить транквилизаторы. В беседах с врачами подчеркивал, что «голос мешает» ему. В деталях описывал, как ночью он «в ужасе» вскочил с кровати, испугавшись «голоса в голове», после чего долго не мог заснуть, сидел в углу палаты, что не подтверждается при наблюдении за его поведением медицинским персоналом. Мышление в обычном темпе, последовательное. Отдельные суждения поверхностные. Эмоциональные реакции неустойчивые. + При экспериментально-психологическом исследовании отмечаются завышенный уровень притязаний, ригидность, категоричность суждений, склонность к застреванию на негативных переживаниях, нетерпимость к мнениям других, не совпадающих с его взглядами. Повышенный уровень тревожности, ощущение собственной неполноценности сочетаются с требовательностью к окружающим, импульсивностью, демонстративностью с ориентацией на эмоциональные критерии предпочтения. И. доступно проведение основных формально-логических операций при невысоком, но достаточном интеллектуальном уровне.

### **Врачи-судебно-психиатрические эксперты диагностировали у И**

- синдром зависимости от алкоголя
- связанное с употреблением алкоголя шизофреноподобное расстройство
- симуляцию психического расстройства
- пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя
- эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип, компенсацию
- расстройство личности и поведения вследствие употребления алкоголя

**В основе дифференциальной диагностики эмоционально неустойчивого расстройства личности с псевдопсихопатической шизофренией у И. лежит**

- аутохтонность аффективных колебаний
- отсутствие дефицитарных изменений эмоционально-волевой сферы и специфических нарушений мышления
- выраженность психопатоподобных нарушений
- отсутствие симптомов первого ранга

**В основе дифференциальной диагностики эмоционально неустойчивого расстройства личности со смешанным расстройством личности лежит**

- отсутствие нарушений мышления
- относительная сохранность эмоциональной сферы
- отсутствие неврозоподобных расстройств
- преобладающее число однородных диагностических патохарактерологических признаков

**В основе дифференциальной диагностики наблюдающегося у Л. импульсивного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности с пограничным типом лежит**

- чувство неуверенности с легкостью возникновения невротических расстройств
- частота возникающих состояний декомпенсации, требующих лечения в условиях психиатрического стационара
- преобладание эмоциональной неустойчивости и отсутствие контроля импульсивности, проявляющиеся вспышками жестокости и угрожающего поведения
- психастенический радикал со склонностью к сомнениям, ранимостью, обидчивостью, отгороженностью

**У И. наблюдается такой вариант симуляции как**

- аггравация
- сюрсимуляция
- метасимуляция
- диссимуляция

**К признакам, указывающим на возможную симуляцию психического расстройства относятся**

- «озирание» по сторонам
- жалобы на непрерывные галлюцинации
- бредовые идеи, к которым пациент старается привлечь внимание
- указание на приемы, применяемые для уменьшения интенсивности голосов

- высказывания о том, что пациент подчиняется всем приказам «голосов»
- бредовые идеи странного содержания при отсутствии формальных нарушений мышления

**К признакам, указывающим на возможную симуляцию, относятся**

- противоречия между сообщаемым анамнезом и медицинской документацией
- самостоятельное предъявление психотических симптомов
- брадипсихия
- понятный мотив симуляции
- выраженное несоответствие поведения при осмотре и вне ситуации осмотра
- навязчивое предъявление жалоб

**Эксперты-психиатры в настоящее время диагностировали у И. + + стадию зависимости от алкоголя**

- третью
- конечную
- первую
- вторую

**Врачи судебно-психиатрические эксперты пришли к выводу о том, что И. во время инкриминируемого ему деяния + + осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими**

- не мог
- не мог в полной мере вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством
- мог
- не мог в полной мере (ст. 22 УК РФ)

**Судебно-психиатрические эксперты пришли к выводу, что И**

- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа
- в принудительном лечении не нуждается
- нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа
- нуждается в принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в амбулаторных условиях

**Судебно-психиатрическая комиссия экспертов пришла к заключению, что имеющиеся у И. эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип, компенсация и синдром зависимости от алкоголя 2 стадии**

- относятся к категории психических недостатков, препятствующих возможности самостоятельно осуществлять свое право на защиту (п. 3 ч. 1 ст. 51 УПК РФ)
- не нарушают его способность самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве
- определяют возможность совершения агрессивных действий, в силу чего он может участвовать в процессе только при условии медикаментозной коррекции
- не позволяют ему участвовать в уголовном судопроизводстве

**Вопрос + , содержащийся в постановлении, не относится к компетенции врача – судебно-психиатрического эксперта**

- относятся к категории психических недостатков, препятствующих возможности самостоятельно осуществлять свое право на защиту (п. 3 ч. 1 ст. 51 УПК РФ)
- не нарушают его способность самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве
- определяют возможность совершения агрессивных действий, в силу чего он может участвовать в процессе только при условии медикаментозной коррекции
- не позволяют ему участвовать в уголовном судопроизводстве

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертная К., потерпевшая по делу о групповом изнасиловании, на психолого-психиатрическую СПЭ.

### **Жалобы**

Желание «все это забыть, но не получается», постоянно «вспоминается, само по себе, всплывает», страх темноты, «бегаёт от темных углов в квартире», кушать совсем не хочется, «мама заставляет» и голова болит так, что «виски выкручивает». Отсутствие настроения, желания общаться, аппетита, ощущение «комка в горле», «сжатие в животе», когда вспоминает о произошедшем.

### **Анамнез заболевания**

В день правонарушения перед выходом из дома К. «красиво оделась и нарядилась», так как ей нравился один юноша, и ей хотелось, чтобы он её заметил. «Для храбрости» выпила алкоголь - «вермут» и пошла на улицу, а во время прогулки с подругой «выпила ещё». Затем она с другими ребятами пошла в магазин, где они купили алкоголь и продукты на ее же деньги, а после этого отправились домой к М. Там они продолжили употреблять алкогольные напитки, и потерпевшая «была в состоянии сильного алкогольного опьянения». В какой-то момент С. отвёл её в ванную комнату, где вступил с ней в половой контакт. Затем в сексуальную близость с ней вступил Н., а когда она очнулась в

другой раз – то была на диване, и с ней в половой контакт вступил М., применив при этом какие-то одурманивающие вещества.

### **Анамнез жизни**

Данных о психопатологически отягощенной наследственности К. нет. Родилась от первой беременности, первых родов, посредством операции кесарева сечения. + На первом году жизни наблюдалась у невролога с диагнозом: «Перинатальное поражение ЦНС». + В подростковом возрасте устанавливался диагноз: «Синдром вегетативной дисфункции». + На учете в НД, ПНД К. не состоит.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Внешне опрятна. Правильно ориентирована в месте, времени, собственной личности. Дистанцию при общении с врачом соблюдает. Фон настроения снижен. Сидит в скованной позе, напряжена, мимика и жестикуляции несколько обеднены, однообразны. Голос негромкий, эмоционально окрашенный, при обсуждении неприятных для нее тем переходит на шепот. В беседу вступает в целом охотно, но при затрагивании эмоционально значимых для нее тем (о перенесенном насилии, о последующей в дальнейшем судебно-следственной ситуации) становится более напряженной, перебирает пальцы рук, отмечаются вегетативные реакции, речь несколько ускоряется, наворачиваются слезы, не склонна раскрывать свои переживания. Но в дальнейшем при установлении доверительного контакта стремится более подробно отвечать на вопросы, но замечает, что из-за «ее состояния опьянения не все помнит». Вспоминая о школе, опускает глаза, говорит, что у нее никогда не было особых подруг в школе, как-то не получалось сдружиться. Со слезами на глазах говорит, что, наверное, поэтому, когда на нее обратила внимание одна компания девочек, то почувствовала себя «нужной», «более радостной». Стала с ними общаться, вместе ходили гулять. При воспоминаниях о совершенном в отношении нее правонарушении замыкается, теребит пальцы рук либо сильно сжимает их. Отмечает, что в тот день узнала, что девочки собираются гулять, а также что там будет мальчик, который ей «очень нравился». Решила, что «для храбрости» нужно выпить немного. Говорит, что «всегда была стеснительная», «не могу первая заговорить, вот и решила выпить». Отмечает, что уже на улице почувствовала себя хуже, было жарко, «разморило». В квартире у М. «кто-то наливал еще шампанского, а потом и водку с колой», «не знаю, почему-то не отказывалась, глупая». Отмечает, что с этого момента уже стало все как в тумане, сильно болела голова, «стала отключаться, как будто провалы в памяти», тошнило, несколько раз вырвало. Говорит, что когда приходила в себя, перед собой видела сменяющиеся лица парней, и было больно в области половых органов, еще были слышны какие-то звуки, «не то голоса, не то смех». Из последнего вспоминает, что кто-то из

девочек отвел ее в душ, одели. Когда пришла домой, то язык заплетался, и только начал «туман проходить». Отмечает, что хотелось бы все это забыть, но не получается, постоянно «вспоминается, само по себе, всплывает», стала больше бояться темноты, говорит, что «бежит от темных углов в квартире», кушать совсем не хочется, «мама заставляет» и голова болит так, что «виски выкручивает». Говорит, что сейчас особенно ничего не приносит радость, и с людьми общаться не очень хочется, особенно знакомыми. Говорит, что пытается постоянно себя чем-нибудь занимать, то маме помочь, то побольше читать, чтобы голова была чем-то занята. Утверждает, что пытается во всем происходящем искать что-то хорошее. Мышление последовательное. Ряд суждений носит поверхностный, незрелый характер. Эмоциональные реакции лабильные. Мнестических нарушений нет. Продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации и проч.) не выявляется. + При экспериментально-психологическом исследовании на первый план выступают индивидуально-психологические особенности подэкспертной. На фоне особенностей актуального состояния подэкспертной, в виде пониженного фона настроения, легко актуализируемого чувства тревоги, многочисленных соматических жалоб, выявляется ригидность поведенческих стратегий, пассивность, недостаточная сформированность собственной полоролевой идентичности в сочетании с неуверенностью в себе, заниженной самооценкой, трудностями установления социальных контактов со сверстниками, склонностью фиксироваться на негативных переживаниях. Повышенной внушаемости, склонности к фантазированию выявлено не было. Обнаруживаются трудности вербализации, выраженная утомляемость к концу исследования. Нарушений внимания нет. Уровень психического развития в целом соответствует нормам ее возрастного периода.

**Судебно-психиатрическое освидетельствование несовершеннолетней потерпевшей в уголовном процессе проводится**

- при согласии самого потерпевшего
- согласно УПК РФ ст. 179 с согласия родителей или опекуна
- при согласии родителей или опекуна и адвоката
- при согласии обвиняемых

**Дальнейшее лечение данной потерпевшей следует проводить в**

- условиях дневного психосоматического стационара
- клинике невротических или пограничных психических расстройств
- условиях стационара общего психиатрического профиля
- психосоматическом стационаре при периодических консультациях психиатра



### **Для дальнейшего лечения и реабилитации больной необходимо провести**

- условиях дневного психосоматического стационара
- клинике неврозов или пограничных психических расстройств
- условиях стационара общего психиатрического профиля
- психосоматическом стационаре при периодических консультациях психиатра

### **Результаты обследования**

### **По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к**

- экзогенным
- соматогенным
- индуцированным
- эндогенным

### **Диагноз по МКБ-10**

- экзогенным
- соматогенным
- индуцированным
- эндогенным

### **Диагноз**

### **Вариант расстройства**

- ПТСР как «синдром заложника»
- боевой тип ПТСР
- ПТСР у жертвы сексуального насилия
- ПТСР вследствие ЧС (техногенной катастрофы)

### **У больной имеются симптомы психического расстройства, в частности**

- паранойяльного развития личности
- посттравматического стрессового расстройства в сочетании с органической патологией головного мозга
- ремиссии при шизофрении
- ипохондрического расстройства личности

### **Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома**

- психопатоподобного в рамках социально-психологической реадaptации к жизни после совершенного в отношении нее правонарушения
- апатического в рамках социально-психологической реадaptации к жизни после совершенного в отношении нее правонарушения
- депрессивного с тревожными включениями в рамках социально-психологической реадaptации к жизни после совершенного в отношении нее правонарушения
- депрессивно-параноидного в рамках социально-психологической реадaptации к жизни после совершенного в отношении нее правонарушения

### **Правильнее всего начать лечение с**

- комплекса фармако- и психотерапии
- только индивидуальной психотерапии с учетом характера правонарушения
- только фармакотерапии с учетом актуальных психических расстройств и органически неблагоприятного фона
- только групповой психотерапии для уменьшения фиксации на правонарушении и психотравме

### **Пациентке показано назначение**

- только ноотропов как необходимых и достаточных
- антидепрессантов, транквилизаторов, снотворных, ноотропов, сосудистых средств, витаминов группы «В»
- нейролептиков последнего поколения как необходимых и достаточных
- только транквилизаторов как необходимых и достаточных

### **При назначении транквилизаторов и снотворных следует опасаться**

- тромбоцитопении – вследствие влияния транквилизаторов и снотворных на кроветворение
- нейролептического синдрома – из-за приема снотворных на фоне органически неблагоприятного фона
- утяжеления вегето-сосудистой дистонии с учетом влияния транквилизаторов и снотворных на ДА И НА рецепторы
- возникновения зависимости

### **Наиболее неблагоприятной формой заболевания является**

- тромбоцитопении – вследствие влияния транквилизаторов и снотворных на кроветворение
- нейролептического синдрома – из-за приема снотворных на фоне органически неблагоприятного фона
- утяжеления вегето-сосудистой дистонии с учетом влияния транквилизаторов и снотворных на ДА И НА рецепторы
- возникновения зависимости

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Подэкспертный И., потерпевший по делу о техногенном несчастном случае - обезображивании лица вследствие взрыва в руках огнетушителя.

### Жалобы

Периодические головные боли, головокружение, тошноту, укачивание в транспорте, ухудшение памяти, неустойчивый сон, переменчивое настроение. Часто испытывает «внутреннюю тревогу, дрожь в теле, слабость, иногда бывает «упадок сил», отмечает поверхностный сон с трудностями засыпания и частыми пробуждениями, иногда кошмарные сновидения.

### Анамнез заболевания

В Кадетском оздоровительно-образовательном лагере проводились учебные занятия, в которых И. принимал участие. Он без команды взял порошковый огнетушитель, повернул чеку и привел его рукояткой в рабочее состояние. Испугавшись шипения в огнетушителе, он поставил огнетушитель на землю и в момент, когда он стал занимать вертикальное положение, произошел хлопок. Запорную арматуру сорвало с огнетушителя и она попала в лицо подэкспертному. После этого он был доставлен в больницу. После выписки предъявлял жалобы на головные боли, однократную рвоту. После произошедшего несчастного случая он стал обучаться в общеобразовательной школе. С одноклассниками отношения ровные, спокойные. Близких друзей в классе нет, так как «комплексовал» по поводу дефектов своей внешности.

### Анамнез жизни

Объективных сведений о психопатологически отягощенной наследственности нет. + Раннее развитие без особенностей, развивался соответственно возрасту. Посещал детские дошкольные учреждения. С 5 по 7 класс обучался в кадетском корпусе.

### Объективный статус

Психическое состояние. Выражение лица грустное. Цель экспертизы понимает формально правильно, считает, что об экспертизе «ходатайствовал кадетский корпус, чтобы признать его виноватым в произошедшем», при этом заявляет, что «старается не думать о возможных последствиях обследования, о том, что ждет его дальше». Себя характеризует в целом спокойным, впечатлительным, ранимым, тревожным, особенно в отношении благополучия близких.

Продолжает, что до произошедшего он всегда был общительным, активным, легко устанавливал контакты со сверстниками. В отношении обстоятельств произошедшего рассказывает, что во время проведения занятий по

противопожарной безопасности с огнетушителем, последний взорвался, причинив ему физические повреждения. Помнит, что на несколько минут он потерял сознание, затем был доставлен в реанимацию, ему сделали операцию. Через месяц стал вновь посещать занятия в кадетском корпусе, обучался в шестом классе. В беседе крайне фиксирован на событиях взрыва на своей внешности, высказывает беспокойство по поводу рубцов на лице, отсутствия двух передних зубов. Считает, что после случившегося у него не стало друзей. Говорит, что после возвращения в кадетский корпус над ним стали издеваться сверстники, обзывали его, прятали вещи. С грустью говорит, что с ним поддерживали отношения только несколько ребят, остальные сверстники постоянно над ним издевались и подвергали насмешкам. Считает, что эти обстоятельства вынудили его уйти из кадетского корпуса и продолжить обучение в общеобразовательной школе. Продолжает, что в новой школе над ним никто не издевался, но отношения со сверстниками прохладные. Считает, что окружающие, видя дефекты на его лице, не имеют желания с ним общаться, что он все время очень переживает. Постоянно возвращается к своим болезненным переживаниям, фиксирован на них. Продолжает, что после произошедшего по настоящее время он часто испытывает «внутреннюю тревогу, дрожь в теле, слабость, иногда бывает «упадок сил», отмечает поверхностный сон с трудностями засыпания и частыми пробуждениями. Отмечает неприятные, иногда кошмарные сновидения, что связывает с произошедшими событиями. Сообщает, что часто у него бывает подавленное настроение, беспокойство, иногда чувствует себя беспомощным. Говорит, что после произошедших событий у него резко ухудшилось настроение, «сначала были выраженная тревога, страх, мысли крутились вокруг случившегося, не мог спать, принимать пищу», была «апатия», когда лежал, ничего не мог делать, только думал о происшедшем, не знал, как жить дальше, периодически возникали «тревога, напряженность, нервозность, когда что-то напоминало о происшедшем». Говорит, что при этом помимо воли ему часто представляются яркие картины того, как у него «перед лицом взорвался огнетушитель», от которых он не может избавиться. Повторяет, что до произошедшего он был «психически и физически здоровым». В беседе сам произвольно возвращается к тем событиям, фиксирован на своем состоянии, заметно нервничает. Говорит, что он «очень хочет вернуться к нормальной жизни, окончить школу и поступить в институт, чтобы выучиться на врача», но у него не всегда получается справиться со своими переживаниями, чувствует себя одиноким, остается замкнутым. Считает, что ему необходимо провести «косметические операции, чтобы устранить дефект лица и восстановить поврежденные зубы», но не было возможности сделать все необходимые операции, поскольку не было денег. В процессе освидетельствования настроение сниженное, с тревожным компонентом, эмоциональные реакции лабильные, неустойчивые. Внимание

неустойчивое, с трудностями равномерного распределения и переключения, несколько истощаемое. Мышление в целом последовательное, при затрагивании деталей произошедшего становится аффективно дезорганизованным, несостоятельным. Память на прошлые и текущие события несколько снижена, Критические, прогностические способности несколько снижены. При Экспериментально-психологическом исследовании отмечаются стремление к преувеличению выраженности межличностных конфликтов, связанных с социальной сферой и имеющихся недостатков. Преобладание ощущения отчужденности способствует поддержанию высокого уровня тревоги и подавленности, что дополнительно затрудняет процесс социализации И. и приводит к формированию внешне обвиняющих установок в сфере межличностных отношений. Выявляется идеализация прошлого и тревогой относительно будущего. При этом подэкспертный оценивает как наиболее проблемную зону межличностных контактов, видя их причину в обезображивании.

**Судебно-психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего потерпевшего в гражданском процессе проводится**

- при согласии лиц, причастных к несчастному случаю
- согласно УПК РФ ст. 179 с согласия родителей или опекуна
- при причинении потерпевшему при несчастном случае тяжкого вреда здоровью
- при согласии самого потерпевшего

**Дальнейшее лечение данного потерпевшего следует проводить в**

- клинике неврозов с динамическим наблюдением терапевта
- условиях дневного психиатрического стационара при ПНД с реабилитационным центром
- условиях стационара психиатрического профиля
- психосоматическом стационаре при периодических консультациях психиатра

**Для дальнейшего лечения и реабилитации больной необходимо провести**

- клинике неврозов с динамическим наблюдением терапевта
- условиях дневного психиатрического стационара при ПНД с реабилитационным центром
- условиях стационара психиатрического профиля
- психосоматическом стационаре при периодических консультациях психиатра

**Результаты обследования**

**По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к**

- эндогенным

- индуцированным
- соматогенным
- экзогенным

### **Диагноз по МКБ-10**

- эндогенным
- индуцированным
- соматогенным
- экзогенным

### **Диагноз**

### **Вариант расстройства - это**

- ПТСР у потерпевшего, обусловленное ЧС (несчастным случаем с обезображиванием лица)
- ПТСР как «синдром заложника»
- боевой тип ПТСР
- ПТСР у свидетеля техногенной катастрофы

### **У больного имеются симптомы психического расстройства, в частности**

- посттравматического стрессового расстройства при органической патологии головного мозга
- паранойяльного развития личности
- ипохондрического расстройства личности
- ремиссии при шизофрении

### **Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома**

- апатического в рамках социально-психологической реадaptации к жизни после несчастного случая, повлекшего обезображивание лица
- депрессивно-параноидного в рамках социально-психологической реадaptации к жизни после несчастного случая, повлекшего обезображивание лица
- астено-депрессивного и ипохондрического в рамках социально-психологической реадaptации к жизни после несчастного случая, повлекшего обезображивание лица
- психопатоподобного в рамках социально-психологической реадaptации к жизни после несчастного случая, повлекшего обезображивание лица

### **Правильнее всего начать лечение с**

- только психотерапии как необходимой и достаточной
- только фармакотерапии как необходимой и достаточной
- электросудорожной терапии с учетом выраженной депрессии

- комплекса фармако- и психотерапии

### **Пациенту показано назначение**

- антидепрессантов, транквилизаторов, снотворных, ноотропов, сосудистых средств, витаминов группы «В»
- нейролептиков последнего поколения с учетом выраженной депрессии и фиксации на последствиях психотравмирующей ситуации
- только транквилизаторов как необходимых и достаточных
- только ноотропов как необходимых и достаточных

### **При назначении транквилизаторов и снотворных следует опасаться**

- возникновения зависимости
- неустойчивости артериального давления вследствие влияния транквилизаторов и снотворных на уровень ДА и НА
- нейролептического синдрома – как побочного эффекта снотворных
- вегето-сосудистой дистонии вследствие влияния транквилизаторов и снотворных на уровень ДА и НА и опосредованного влияния на стенки сосудов

### **Наиболее неблагоприятной формой заболевания является**

- возникновения зависимости
- неустойчивости артериального давления вследствие влияния транквилизаторов и снотворных на уровень ДА и НА
- нейролептического синдрома – как побочного эффекта снотворных
- вегето-сосудистой дистонии вследствие влияния транквилизаторов и снотворных на уровень ДА и НА и опосредованного влияния на стенки сосудов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертная Т., свидетель по делу о техногенном несчастном случае с сильной травматизацией малолетнего внука.

### **Жалобы**

Пониженное настроение, тревогу, беспокойство, подавленность, плаксивость, бессонницу, опасения выходить из дома из-за вероятности падения зданий, неустойчивость внимания, навязчивые, произвольные воспоминания психотравмирующей ситуации с фиксацией на ней, виде травмированного внука, пессимистическое видение его будущего.

### **Анамнез заболевания**

Т. (бабка потерпевшего) обратилась в ПНД с жалобами на бессонницу, депрессивное настроение. Сообщила, что приблизительно неделю назад пережила сильный стресс: на внука упала кирпичная стена, повредив ему ноги. В результате причиненных повреждений у внука обнаруживалась открытая черепно-мозговая травма; сотрясение головного мозга; ушибленная рана затылочной области; множественные открытые оскольчатые переломы костей стоп; множественные ссадины туловища и нижних конечностей; травматический шок 1 степени. + В течение последующего времени не спала, все время плакала, перед глазами «стояла картина несчастного случая». При осмотре она была доступна контакту, во время беседы плакала. Мышление ее было последовательное, настроение снижено. Искала помощи, «чтобы успокоиться». Была фиксирована на психотравмирующей ситуации. При допросе в качестве потерпевшей Т. сообщила, что днем она забрала своего внука К. из школы, после чего, встретившись с дочерью, они пошли на ярмарку. В какой-то момент, прогуливаясь по палаткам ярмарки, она почувствовала сильный удар по спине. Обернувшись, она увидела груды камней, под которыми находился ее внук, которому прохожие оказывали первую помощь и помогали освободиться из-под завалов. После освобождения К. его на «скорой помощи» госпитализировали в ЦРБ. Считала, что в связи с изложенными обстоятельствами ей был причинен моральный и материальный вред.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психопатологически не отягощена. Окончила 10 классов общеобразовательной школы, Мордовский педагогический институт. Работала учителем иностранного языка. В настоящее время подэкспертная не работает, находится на пенсии. На учете в НД и ПНД подэкспертная не состоит.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Продуктивному контакту доступна. На вопросы отвечает в плане заданного, по существу. Настроение снижено, при затрагивании темы получения травм внуком, его состояния здоровья плачет, с трудом успокаивается. Анамнестические сведения сообщает хронологически последовательно, датирует основные события своей жизни, на запоминание не ссылается. Злоупотребление спиртными напитками отрицает. Предъявляет жалобы на периодические головные боли, головокружение, связанные с повышением артериального давления, плохую переносимость жары и духоты, также, после «перенесенного несчастья» ее стали беспокоить сниженное настроение, плаксивость, бессонница, страхи, снижение памяти на текущие события. При расспросе о событиях, связанных с травмами внука, подэкспертная начинает плакать, говорит, что ей «очень трудно и больно все это вспоминать». Рассказывает, что внук получил тяжелые травмы, «сделали из



ребенка инвалида», он перенес несколько оперативных вмешательств, в настоящее время готовится к очередной операции. Добавляет, что ей «очень больно на него смотреть», «раньше был активный, подвижный мальчик, а сейчас вместо стоп обрубки какие-то торчат, ходить толком не может». Со слезами заявляет, что «жить неохота, смотря на все это, как внука изуродовало». Сообщает, что не может смотреть, как ему делают перевязки, в это время уходит в другую комнату и тихо плачет». Также после произошедшего стала плохо спать, с постоянными пробуждениями, практически перестала выходить на улицу, стало страшно ходить рядом с домами, так как появился сильный страх, что какое-нибудь здание может обрушиться, добавляет, что «постоянно перед глазами возникает эта картина, как внука завалило, он весь в крови, ручки тянет». Рассказывает, что после «трагедии» обращалась к психиатру в ПНД, но особого изменения своего состояния не отмечает. Мышление подэкспертной в целом последовательное, суждения логичные. Интеллект, память не снижены. Эмоциональные реакции лабильные. Продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации и пр.) у нее не обнаруживается. Критика к своему состоянию и судебно-следственной ситуации не нарушена.

#### **Судебно-психиатрическое освидетельствование свидетеля в гражданском процессе проводится**

- при согласии адвоката потерпевшего при несчастном случае
- согласно УПК РФ ст. 179 с его согласия
- при согласии адвоката потенциально виновных в несчастном случае
- при согласии потенциально виновных в несчастном случае

#### **Дальнейшее лечение данного потерпевшего следует проводить в**

- условиях дневного психиатрического стационара при ПНД с реабилитационным центром
- условиях стационара психиатрического профиля
- клинике неврозов с учетом наличия тревоги, нарушений сна и сниженного настроения
- психосоматическом стационаре при периодических консультациях психиатра

#### **Для дальнейшего лечения и реабилитации больной необходимо провести**

- условиях дневного психиатрического стационара при ПНД с реабилитационным центром
- условиях стационара психиатрического профиля
- клинике неврозов с учетом наличия тревоги, нарушений сна и сниженного настроения
- психосоматическом стационаре при периодических консультациях психиатра

## **Результаты обследования**

### **По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к**

- соматогенным
- эндогенным
- экзогенным
- индуцированным

### **В соответствие с критериями МКБ-10 подэкспертной следует выставить диагноз**

- соматогенным
- эндогенным
- экзогенным
- индуцированным

## **Диагноз**

### **Вариант расстройства - это**

- ПТСР как «синдром заложника»
- ПТСР у потерпевшего при техногенной катастрофе
- боевой тип ПТСР
- ПТСР у свидетеля ЧС (несчастным случаем), при котором тяжело пострадал близкий (внук)

### **У больной имеются симптомы психического расстройства, в частности**

- ипохондрического расстройства личности F 45.0
- временного улучшения состояния (ремиссии) при шизофрении F 20.xx4; F 20xx5
- посттравматического стрессового расстройства
- паранойяльного развития личности F 60.0

### **Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома**

- депрессивно-параноидного психогенного генеза после ЧС
- психопатоподобного психогенного генеза после ЧС
- тревожно-астенического после ЧС
- депрессивного в рамках начальной социально-психологической реадaptации к жизни после несчастного случая, повлекшего тяжелые травмы внука

### **Правильнее всего начать лечение с**

- только фармакотерапии, учитывая актуальность психогенных психических расстройств
- гипнотерапии, учитывая выраженность тревожно-депрессивного состояния
- комплекса фармако- и психотерапии
- только психотерапии исходя из психогенного генеза психического расстройства

### **Пациенту показано назначение**

- только ноотропов как необходимых и достаточных при психогенной реакции на ЧС у лица пожилого возраста
- только транквилизаторов как необходимых и достаточных
- нейролептиков последнего поколения с учетом тревожно-депрессивных расстройств
- антидепрессантов, транквилизаторов, снотворных, ноотропов, сосудистых средств, витаминов группы «В»

### **При назначении транквилизаторов и снотворных следует опасаться**

- нейролептического синдрома –предполагая возрастные органические сосудистые нарушения
- нестабильности артериального давления – исходя из вероятности нестабильности АД в пожилом возрасте и тенденции снижения давления при приеме транквилизаторов и снотворных
- вегето-сосудистой дистонии - исходя из возрастных органических сосудистых нарушений
- возникновения зависимости

### **Наиболее неблагоприятной формой заболевания является**

- нейролептического синдрома –предполагая возрастные органические сосудистые нарушения
- нестабильности артериального давления – исходя из вероятности нестабильности АД в пожилом возрасте и тенденции снижения давления при приеме транквилизаторов и снотворных
- вегето-сосудистой дистонии - исходя из возрастных органических сосудистых нарушений
- возникновения зависимости

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертная К., 1982 г.р., на стационарную СПЭ направлена следственными органами для установления способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания.

### **Жалобы**

На появившейся после авиакатастрофы страх внезапной смерти, поэтому боится ездить в метро, автомобилях, летать на самолетах, испытывает трудности

засыпания. Опасается развития тромбов, несмотря на отсутствие склонности к тромбообразованию, установленном после специализированного медицинского обследования. Испытывает навязчивый страх заражения какой-то болезнью после неврологического обследования («невролог колол ее нестерильными иглами»).

### **Анамнез заболевания**

20.06.2011г. произошла катастрофа пассажирского самолета Ту-134 авиакомпании «Рус Эйр», повлекшая гибель 47 человек. Во время полета она спала, проснулась от сильной боли в груди, ее кто-то будил, тащил за руки, но кто это был, она не видела. Происходящие события помнит плохо, несколько раз приходила в сознание в каком-то автомобиле, затем снова его теряла. С 21.06. по 11.07.11г. К. лечилась в РБ с диагнозом: «Множественные травмы тела. Закрытая черепно-мозговая травма –сотрясение головного мозга. Ушибленная рана затылочной области. Травматический шок 1-2 степени. ПТСР». При поступлении состояние тяжелое, была в сознании, ориентирована в пространстве и времени. Обстоятельства травмы амнезировала. К 27.06.11г. в ее состоянии наметилась положительная динамика, но оставалась стабильно тяжелой. 29.06.11г. она была переведена в отделение пульмонологии. 30.06.11г. была консультирована психотерапевтом. Отмечено, что острая реакция на стресс протекала с проявлениями реакции отрицания, вытеснения, эйфории. В динамике появилось более «осознанное», адекватное восприятие происшедшего, эмоциональная лабильность, раздражительность, навязчивые мысли и представления, нарушение сна. Назначены: галоперидол, глицин, феназепам. Диагноз: «Посттравматическое стрессовое расстройство».

**\*Заключение\*** СМЭ: «Множественные травмы тела, закрытая черепно-мозговая травма: сотрясение головного мозга; ушибленная рана затылочной области. В последующем она около двух недель проживала у родителей в г. Медвежьегорске, затем на поезде вернулась в г. Москву. Проработала около двух недель на своей прежней работе, но осознав, что не справляется с объемом работы, оформила отпуск и до настоящей экспертизы не работала. + 28.06.2011г. потерпевшая была консультирована в КДО Центра Сербского, установлен диагноз: «Острая реакция на стресс». Рекомендовалось наблюдение у психоневролога, прием феназепама в течение месяца.

### **Анамнез жизни**

Наследственность не отягощена, психофизическое развитие без нарушений. В школе училась хорошо, занималась в музыкальной школе, в кружках танцев и рукоделия. Окончила 11 классов школы и поступила в Петрозаводский госуниверситет на биологический факультет, затем перевелась на математический факультет, однако в последующем учебу оставила в связи с материальными трудностями. Вышла замуж и в 2006г. родила сына. В 2008г.

она развелась с мужем и в 2009г. вышла замуж повторно. Работала в г. Кондопога сначала менеджером, затем начальником отдела продаж на фирме «Карелия – тур», инструктором на базе – на Онежском озере. Развелась со вторым мужем (злоупотреблял алкоголем) и в 2010г. приехала в г. Москву. Работала курьером, в последнее время секретарем на фирме «Новые технологии». Проживала с молодым человеком. 20.06.2011г. произошла катастрофа пассажирского самолета Ту-134 авиакомпании «Рус Эйр», повлекшая гибель 47 человек. Признана потерпевшей по данному уголовному делу.

### **Объективный статус**

Правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности, понимает цель обследования. Держится внешне спокойно. Настроение ситуационно несколько снижено. Доступна контакту, на вопросы отвечает по существу, подробно. Речь с богатым словарным запасом, в нормальном темпе. После авиакатастрофы стала более замкнутой, недоверчивой, малообщительной, раздражительной, не сдержанной, говорит, что потеряла интерес к людям, с которыми раньше общалась. Подчеркивает, что стало труднее концентрировать внимание, снизилась память, не всегда с первого раза понимает смысл прочитанного, сохраняется рассеянность, быстрая психическая и физическая утомляемость, повторяются кошмарные сновидения (снился взрыв самолета). При этом отмечает, что после лечения ее состояние несколько улучшилось. Во время беседы о катастрофе сообщает, что в салоне самолета она уснула и в «какой-то момент» проснулась от сильной боли в области груди. Кругом был полумрак, тишина, она ничего не слышала, «сразу поняла – что-то не так...». Ощутила сильный крен самолета, последнее, что она увидела в тот момент – это был металлический плинтус, «который стал внезапно отрываться от пола, затем согнулся и как нож вонзился в соседнее сиденье», задев и поранив ей ногу. Дальнейшие события помнит «картинками», будто происходила «смена одной картинки на другую, раз – и включилась другая картинка». Помнит, что лежала в самолете, поняла, что произошел взрыв, но самого взрыва не слышала. Потом ее кто-то тащил за руку, «было ощущение, что она себя видит со стороны, как-то сбоку, при этом не было никаких чувств». Первая мысль был позвонить матери, сообщить, что жива, сама продиктовала номер ее телефона, поговорила и «отключилась полностью». «Следующая картинка была из реанимации...», сколько времени была без сознания, она не знает, «боль не чувствовала, страха не было». «Понимание себя пришло через несколько часов в больнице». Находясь в больнице, «ждала смерти, боялась внутренних кровотечений» и такое «острое состояние» продолжалось около 20 дней. Потом поняла, что ей ничего не угрожает. Осознание масштабов происшедшей катастрофы пришло постепенно. Считает, что самое печальное последствие лично для нее - это

появившийся «страх всего». Мысли о происшедшей катастрофе старается «отгонять», что не всегда ей удается, говорит, что нуждается в помощи психотерапевта. Стремится занять себя и «голову» другими делами, в последнее время подбирает музыку к компьютерному сайту. Мышление конкретное, последовательное. Память несколько снижена. Эмоциональные реакции лабильные. Озабочена и фиксирована на психотравмирующей ситуации, связанной с авиакатастрофой и ее последствиях для ее здоровья, что приносит дезорганизующий эффект в ее поведение при изначально свойственных подэкспертной активности, расчетливости, стремления привлечения внимания к собственной личности. Психотической симптоматики (бред, галлюцинации и др.) нет. Критическая оценка своего состояния и ситуации в целом не нарушена. Однако указанное психическое расстройство у К. не сопровождается выраженными интеллектуально-мнестическими и эмоционально-волевыми нарушениями и не лишает ее способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания. + При психологическом исследовании чувствует «на себе тяжкий груз – почему выжила именно она»; у нее появилось негативное отношение к религии - из-за обиды, что погибли дети. Рассказывает, что «стала какой-то заторможенной», у нее ощущение, что снизилась память, ей «трудно сосредоточиться, сконцентрироваться» на чем-либо; «не может работать», «даже убрать квартиру», нуждается в посторонней помощи в решении бытовых вопросов. Отмечается выраженная фиксация на психотравмирующих обстоятельствах, «все свое время посвящает тому, что добивается пересмотра существующих договорных отношений между авиакомпаниями и пассажирами». В эмоционально-личностной сфере подэкспертной на первый план выступает трансформация имеющихся у нее индивидуально-психологических особенностей в виде выраженной фиксации на острой психотравмирующей ситуации с прямой угрозой для ее жизни и гибелью десятков людей, застреваемости на негативных обстоятельствах, тенденции к самовзвинчиванию и драматизации переживаний, высокого уровня тревожности с легкостью возникновения страхов, психической напряженности, боязливости. Для ее актуального состояния характерны подозрительность, немотивированная бдительность, настороженность и избирательность в общении, ожидание враждебности со стороны внешнего окружения, мнительность, сосредоточенность на соматических ощущениях и физическом здоровье, сниженная самооценка с заостренным чувством вины в сочетании с потребностью в помощи, неустойчивость настроения, повышенную обидчивость, ранимость с эгоцентрической зацикленностью на собственных проблемах, повышенную раздражительность, внутреннюю готовность к проявлению гнева и агрессивности - при пониженной способности к позитивным аффективным реакциям, некоторой эмоциональной холодности в

близких межличностных отношениях. Обнаруживаются также признаки социальной дезадаптации подэкспертной с элементами дезорганизации поведения и деятельности, снижением продуктивности в повседневных делах, возникновением мало реалистичных планов и целей при общей практичности, рассудительности, умении конструктивно решать возникающие проблемные обстоятельства. На фоне достаточно высокого интеллектуального уровня обнаруживаются элементы дезорганизации когнитивной деятельности в виде некоторых трудностей сосредоточения и переключения внимания, пониженного контроля над мыслительными операциями с эпизодическим соскальзыванием на личностно значимую тему, склонностью к рассуждательству, в сочетании с негативной трансформацией имеющихся у нее индивидуально-психологических особенностей, обусловленной перенесенной подэкспертной острой психотравмирующей ситуацией с прямой угрозой для ее жизни и гибелью десятков людей.

**Судебно-психиатрическое освидетельствование потерпевших в уголовном процессе проводится согласно УПК РФ ст. 179**

- при ходатайстве адвоката
- только у потерпевшего по особо тяжкому правонарушению
- с его согласия или близких
- только при согласии близких

**Дальнейшее лечение данной пациентки следует проводить в**

- клинике неврозов или пограничных психических расстройств
- условиях дневного психосоматического стационара
- условиях стационара психиатрического профиля
- соматическом стационаре при периодических консультациях психиатра

**Для дальнейшего лечения и реабилитации больной необходимо провести**

- клинике неврозов или пограничных психических расстройств
- условиях дневного психосоматического стационара
- условиях стационара психиатрического профиля
- соматическом стационаре при периодических консультациях психиатра

**Результаты обследования**

**По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к**

- экзогенным

- индуцированным
- соматогенным
- эндогенным

**В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз**

- экзогенным
- индуцированным
- соматогенным
- эндогенным

**Диагноз**

**Вариант расстройства**

- ПТСР как «синдром заложника»
- боевой тип ПТСР
- ПТСР, обусловленное техногенной катастрофой (чрезвычайной ситуацией)
- ПТСР беженцев

**У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе**

- состояния ремиссии при шизофрении
- паранойяльного развития личности
- посттравматического стрессового расстройства
- ипохондрического расстройства личности

**Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома**

- психопатоподобного
- апатического
- депрессивно-параноидного
- тревожно-депрессивного в рамках социально-психологической реадaptации к жизни после техногенной катастрофы

**Правильнее всего начать лечение с**

- комплекса фармако- и психотерапии (индивидуально-суггестивной)
- только фармакотерапии с динамическим наблюдением
- депривации сна с динамическим наблюдением
- групповой психотерапии с динамическим наблюдением



### **Пациентке показано назначение**

- нейрорепрессантов последнего поколения – с учетом наличия депрессии
- антидепрессантов, транквилизаторов, снотворных, ноотропов, сосудистых средств, витаминов группы «В»
- только ноотропов, как необходимых и достаточных
- только транквилизаторов как необходимых и достаточных

### **При назначении транквилизаторов и снотворных следует опасаться**

- нейрорепрессивного синдрома – как побочного результата снотворных препаратов
- возникновения зависимости
- тромбоцитопении – вследствие влияния на кроветворение
- анемии - вследствие влияния на кроветворение

### **Наиболее неблагоприятной формой заболевания является**

- нейрорепрессивного синдрома – как побочного результата снотворных препаратов
- возникновения зависимости
- тромбоцитопении – вследствие влияния на кроветворение
- анемии - вследствие влияния на кроветворение

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Подэкспертный, обвиняемый в совершении преступления, предусмотренного ч.4 ст.111 УК РФ, направлен на стационарную СПЭ.

### **Жалобы**

\* Понижение настроения, \* нарушение сна, \* постоянный «кошмарный сон», в котором он стоит на посту в качестве часового, начинается тревога, вокруг стрельба, взрывы, все бегает, он понимает, что на часть напали боевики, и вдруг пуля попадает ему в грудь, в этот момент просыпается «в поту», испытывает тревогу, «нервничает».

### **Анамнез заболевания**

Являясь часовым, подэкспертный Т. нес службу по охране территории части и отказался пропустить через охраняемый участок рядового О. + О. (потерпевший) пытался пройти через КПП, но Т. его не пропустил, сказав, что проход запрещен начальником штаба. О. «сделал удивленное лицо» и сказал, что ему нужно пройти в свою часть, при этом от него исходил запах алкогольных напитков. Т. повторил, что не пропустит его через КПП, после чего О. схватил его за воротник

и нанес ему удар в область горла. Продолжая держать его за воротник, О. стал высказывать в его адрес претензии в нецензурной форме. Его стали успокаивать, но О. развернулся и оттолкнув Т. в сторону, пошел по направлению к своей части. В это время Т. снял с предохранителя закрепленный за ним автомат и дослал патрон в патронник. О. развернулся и подойдя к нему, левой рукой схватился за ствол автомата, а правой рукой вновь схватил его за воротник и нанес удар в область горла. Затем сказал, что он пройдет к себе в часть и ему все равно будет Т. стрелять или нет. Т. выстрелил в О., якобы хотел в ноги. О. упал. + Поставив автомат на предохранитель, Т. остался стоять на КПП. Из палаток стали выбегать военнослужащие. О. был тяжело ранен и скончался в больнице.

### **Анамнез жизни**

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. + Окончил 11 классов средней школы, имеет неоконченное высшее образование. + Служил в армии, имеет положительную характеристику со службы.

### **Объективный статус**

Психическое состояние. Сознание ясное. Ориентирован ауто- и аллопсихически правильно. Цель экспертизы понимает верно. Внимательно слушает вопросы. Анамнестические сведения сообщает последовательно, подробно. Рассказал, что из университета был отчислен за то, что пытался успокоить знакомых, которые затеяли драку и вместе с ними его забрали в милицию, поэтому на экзамен не попал, из-за чего его и отчислили. К службе в армии был «равнодушен». Адаптировался в части быстро, со своими служебными обязанностями справлялся. В период службы в Чечне в боевых действиях не участвовал, однако неоднократно участвовал в разминировании взрывчатых устройств. Говорит, что после демобилизации около 3 месяцев нигде не работал, «отдыхал дома». Тогда же, примерно в середине сентября 2003г., у него понизилось настроение, нарушился сон, все чаще и чаще стал сниться один и тот же «кошмарный сон», в котором он стоит на посту в качестве часового, начинается тревога, вокруг стрельба, взрывы, все бегает, он понимает, что на часть напали боевики, и вдруг пуля попадает ему в грудь, в этот момент просыпается «в поту», испытывает тревогу, «нервничает». Чтобы успокоиться, идет на балкон курить, через некоторое время вновь ложится спать, но долго не может заснуть. Проснувшись на следующий день, настроение длительно сохраняется пониженным, бывает раздражительным с чувством «разбитости тела». В конце сентября 2003г., днем, в толпе увидел мужчину с бородой в военной форме и оружием в руках, который шел к нему на встречу. В это время ощущал, что «это боевик и люди в опасности, его надо остановить», но при этом «другая часть меня, моего сознания, останавливает, не дает прыгнуть на него, драться с ним». Ощущение, что это должно так происходить и в то же время

понимает, что этого не может быть. Был «на пике напряжения», когда «боевик», проходя мимо, поравнялся с ним. Когда они разминулись, обернулся, а «боевика» не было, вокруг находились лишь обычные люди. Понял, что чеченец ему показался. Однако все равно понадобилось несколько минут «что бы успокоиться». После этого еще несколько раз повторялись подобные видения, когда он гулял с друзьями. Длились подобные состояния около 5-7 секунд, в течение 3 месяцев, затем устроился на работу, возобновил учебу в университете, и «видения» пришли. Кошмарные сновидения стали сниться реже, раз в месяц. Через год, после разрыва отношений с девушкой, подобные состояния возобновились. Вновь стали часто сниться кошмарные сновидения, появились «видения боевиков», понизилось настроение, замкнулся. Так как понимал, что «это ненормально», обратился к психиатру. Рассказывает, что, находясь в больнице, вышел покурить во двор. Услышал шум мотора БТР, увидел, что из-за угла здания выехал БТР, на котором сидели солдаты Российской армии. Машина скрылась за другим домом. Говорит, что при этом не испугался «там ведь были наши солдаты», в тот момент ничего необычного не заметил, но когда видение прошло, понял, что он не в Чечне и «такого не может быть». Сообщает, что на фоне лечения «видения» сразу же прекратились, кошмарные сновидения продолжались, но постепенно снились все реже. О правонарушении сообщает сведения аналогичные своим показаниям в уголовном деле. В отделении спокоен, ничем себя не проявляет. В настоящее время кошмарные сны не снятся, но долго не может заснуть. Жалуется на то, что у него снизилась память на текущие события, также не может «вникнуть», сосредоточиться на прочитанном. Фон настроения снижен, эмоциональные проявления мало дифференцированы, однако изредка подэкспертный улыбается. Мышление с элементами обстоятельности, склонен к рассуждательству. Психопатологической симптоматики (бреда, галлюцинаций) нет. Критические способности сохранены. + При экспериментально-психологическом исследовании подэкспертный доступен контакту. Во время беседы несколько напряжен, насторожен, временами претенциозен. На фоне сниженного настроения, тенденции не раскрывать имеющиеся переживания выявляется дисгармоничность личностной структуры. Так, стремление соответствовать маскулинным стереотипам, доминантность и склонность к соперничеству, стремление к преодолению препятствий, нечувствительность к эмоциональным нюансам и оттенкам отношений, склонность ориентироваться на внутренние критерии оценок и представления в ходе принятия решений при трудностях понимания действий и поступков других людей сочетается с повышенной тревожностью, сензитивностью, нерешительностью, неуверенностью в себе, мнительностью как по отношению к себе, так и к окружающим, заниженной и неустойчивой самооценкой. Отмечается некоторая эмоциональная неустойчивость при достаточном уровне

интеллектуально-волевого самоконтроля. + При исследовании мышления на фоне преимущественно высокого уровня проведения формально-логических операций, доступности абстрагирования, категоризации в единичных случаях отмечается актуализация отдаленных связей, некоторая нечеткость смысловых дифференцировок, трудности выделения существенного и второстепенного. Переносный смысл пословиц и метафор в целом передает верно, в обобщенной форме, в некоторых случаях пояснения недостаточно четкие. Правильно устанавливает формально-логические связи, способен целостно осмыслить ситуацию, однако отмечаются некоторые трудности передачи эмоционального контекста ситуации. Ассоциативные связи в целом достаточно формальны, часто стандартны, эмоционально слабо окрашены, единичные рисунки фрагментарны. Мнестические функции без снижения

### **Основание для проведения судебно-психиатрического освидетельствования обвиняемого в уголовном процессе проводится**

- согласно УПК РФ ст. 196
- только при ходатайстве адвоката
- только при особо тяжком правонарушении
- при определении суда

### **Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить**

- принудительно в условиях психиатрического стационара общего типа
- амбулаторно-принудительно, периодически посещая больного на дому
- в психиатрическом стационаре специализированного типа, исходя из нестабильности психического состояния
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля

### **Для дальнейшего лечения и реабилитации в психиатрическом стационаре необходимо провести**

- принудительно в условиях психиатрического стационара общего типа
- амбулаторно-принудительно, периодически посещая больного на дому
- в психиатрическом стационаре специализированного типа, исходя из нестабильности психического состояния
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля

### **Результаты обследования**

### **По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к**

- эндогенным

- соматогенным
- экзогенным
- инфекционным

### **В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз**

- эндогенным
- соматогенным
- экзогенным
- инфекционным

### **Диагноз**

#### **Вариант расстройства**

- боевое ПТСР
- ПТСР заложника
- ПТСР свидетеля теракта
- ПТСР потерпевшего в техногенной катастрофе

### **У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе**

- навязчивые фобии и действия - нозологически нейтральные симптомы
- вербигерации и галлюцинации - нозологически нейтральные симптомы
- склонность к фантазированию - нозологически нейтральный симптом
- посттравматического стрессового расстройства в сочетании с органическим неблагополучием головного мозга

### **Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома**

- депрессивно-параноидного вследствие органического поражения головного мозга
- психопатоподобного вследствие органического поражения головного мозга
- истерического в рамках сложной социально-психологической реадaptации
- психастенического (астенического) с субпсихотическими эпизодами на фоне органической патологии головного мозга с субпсихотическими включениями в рамках сложной социально-психологической реадaptации к условиям мирного времени

### **Правильнее всего начать лечение с**

- трудотерапии учитывая роль психогении в патогенезе и необходимости устранения фиксации на психогении
- фармакотерапии - исходя из наличия актуальных психических расстройств сложного генеза
- комплекса фармако- и психотерапии

- индивидуальной и групповой психотерапии учитывая роль психогении в патогенезе

### **Пациенту показано назначение**

- нейролептиков-антипсихотиков последнего поколения с учетом выраженного тревожного радикала состояния
- антидепрессантов, транквилизаторов, снотворных, ноотропов, сосудистых средств, нейролептиков с анитревожным радикалом действия, витаминов группы «В»
- только антидепрессантов как необходимых и достаточных
- только транквилизаторов как необходимых и достаточных

### **При назначении транквилизаторов и снотворных следует опасаться**

- возникновения зависимости
- состояний возбуждения - вследствие органически неблагоприятного фона
- анемии - в результате воздействия на кроветворение
- нейролептического синдрома - в результате наличия органически неполноценной почвы

### **Наиболее неблагоприятной формой заболевания является**

- возникновения зависимости
- состояний возбуждения - вследствие органически неблагоприятного фона
- анемии - в результате воздействия на кроветворение
- нейролептического синдрома - в результате наличия органически неполноценной почвы

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина, 30 лет. На прием к психиатру привела мать.

### **Жалобы**

Не предъявляет.

### **Анамнез заболевания**

По словам пациентки, «проблемы» начались 1 год назад, когда стала ощущать постоянную тревогу без повода, было ощущение надвигающейся беды. Чуть позже возникли конфликты на работе. Якобы ее руководительница из зависти создавала провокации на работе, распускала о ней слухи, тем самым усложняя ее отношения с коллективом. В результате чего все сотрудники от нее отвернулись и под влиянием руководительницы длительное время записывали ее высказывания на диктофон. Спустя какое-то время пациентка «осознала», что против нее был построен заговор, целью которого являлось недопущение ее

карьерного роста. Тогда стала иногда подыгрывать недоброжелателям, “говорила чушь” преднамеренно, выясняла отношения с сотрудниками. В течении последних 6 месяцев стала замечать за собой слежку со стороны силовых структур, считала, что ее дом обыскивают пока она на работе. Интерес к себе связывала с тем, что “она знает слишком много тайн” и поэтому ее хотят «посадить в психушку». В тот же период времени она стала ощущать, что руководительница, с помощью специального прибора в своем кабинете, может «залезать ей в голову», читать мысли, помещать ей в голову свои мысли, управлять движениями. Из-за этого глаза у пациентки якобы становились «стеклянными», она чувствовала «прокалывающее жжение» и она «находилась в прострации до 2-х суток». Мотивы этого также видела в желании силовых структур и руководительницы помещения ее в психиатрическую больницу для сокрытия известных ей тайн. Неоднократно писала жалобы в полицию, прокуратуру, следственный комитет. После долгих разговоров с матерью согласилась обратиться к психиатру.

#### **Анамнез жизни**

\* Отец пациентки страдал алкоголизмом; \* курит до 15 сигарет в день, алкоголь не употребляет; \* в детстве перенесла корь; \* не замужем; \* проживает с матерью и подругой, который сдает комнату.

#### **Объективный статус**

Ориентирована всесторонне верно. В поведении упорядочена. Внешне опрятна. Сидит в свободной позе, иногда жестикулирует. Мимика несколько обеднена. Зрительный контакт поддерживает. В беседе держится развязно, на вопросы в плане заданного практически не отвечает, перескакивает с темы на тему. Речь четкая, громкая, ее темп ускорен. Жалоб не предъявляет. В самом начале беседы, без вопросов со стороны врача отрицает любые обвинения своих недоброжелателей в психическом заболевании. В процессе беседы удается выяснить, что она якобы знает какие-то тайны начальницы и из-за этого начальник может ей сделать плохо. Фиксирована на якобы имеющейся ситуации преследования. Утверждает, что из-за происков и интриг недоброжелателей и начальства оказалась тут. Говорит, что согласилась на госпитализацию по настоянию матери. Рассказывает, что у нее все «прекрасно и хорошо», но только начальник хочет ее подставить, «не дать работать и обвинить в том, что она шизофреничка». Рассказывает, что собирается писать «заявление в военную прокуратуру» из-за сложившейся ситуации. Критика к состоянию отсутствует.

#### **С целью исключения органической патологии у пациентки следует выполнить**

- электроэнцефалографию
- дуплексное сканирование сосудов головного мозга

- электрокардиографию
- ультразвуковое исследование печени

**Распространенность шизофрении в мире оценивается в + \_\_\_\_\_ + %**

- 0,1
- 0,5-1,6
- 4-5
- 9,7-12,5

**Предположительный диагноз - это**

- 0,1
- 0,5-1,6
- 4-5
- 9,7-12,5

**Диагноз**

**Ведущим синдромом является**

- парафренный синдром
- психопатоподобный синдром
- ипохондрический синдром
- синдром Кандинского-Клерамбо

**Наиболее целесообразно назначить больной**

- амитриптилин
- рисперидон
- финлепсин
- тиоридазин

**Наибольшим риском развития гиперпролактинемии обладает**

- кветиапин
- палиперидон
- арипипразол
- галоперидол

**Ощущения беспредметной тревоги и надвигающейся беды в начале заболевания пациентки можно квалифицировать как**



- парэйдолии
- бредовое настроение
- социальную тревогу
- деперсонализацию-дереализацию

**Начальный этап заболевания пациентки в целом можно классифицировать как + + синдром**

- параноидный
- аментивный
- паранойяльный
- сенестопатический

**Ощущения «прокалывающего жжения», которое испытывает пациентка можно классифицировать как**

- ипохондрию
- висцеральные галлюцинации
- сенсорные автоматизмы
- апофению

**В случае возникновения экстрапирамидного синдрома на фоне лечения пациентки наиболее целесообразно добавление средств из группы**

- альфа-адреноблокаторов
- дофаминомиметиков
- ноотропных препаратов
- центральных антихолинергических препаратов

**К антипсихотикам второго поколения относится**

- амисульприд
- вортиоксетин
- тразодон
- трифлуоперазин

**Частичным агонистом дофаминовых рецепторов является**

- оланзапин
- кломипрамин
- арипипразол
- галоперидол

