

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФБГОУ ВПО «Национальный исследовательский
Томский государственный университет»
Юридический институт

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ
Учебно-методический комплекс
для студентов очной и заочной форм обучения.
Направление подготовки 030900.62 «Юриспруденция»
(квалификация – бакалавр)

Томск
Издательский Дом Томского государственного университета
2014

Автор:

Мазур Е.С. – доктор медицинских наук, профессор кафедры криминалистики Юридического института Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет».

Рецензенты:

Звягин В.Н. – заслуженный врач России, д.м.н., профессор, заведующий Отделом медико-криминалистической идентификации Федерального государственного бюджетного учреждения «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России;

Ахмедшин Р.Л. – д.ю.н., профессор, профессор кафедры криминалистики Юридического института Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет».

Учебно-методический комплекс составлен в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки 030900.62 «Юриспруденция» (квалификация – бакалавр) и предназначен для студентов очной и заочной форм обучения Юридического института Томского государственного университета.

Одобен на заседании кафедры криминалистики Юридического института Томского государственного университета.

Протокол № 5 от 13 февраля 2014 г.

Утвержден методической комиссией Юридического института Томского государственного университета.

Протокол № 3 от 05 марта 2014 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Часть I. Судебная медицина	4
Введение	4
Объем дисциплины и виды учебной работы	7
Тематические планы	8
Программы курса	11
Методические рекомендации по изучению дисциплины и организации самостоятельной работы студентов	21
Тематика рефератов	22
Контрольные задания	23
Литература	30
Вопросы для подготовки к зачету	33
Приложение	35
Часть II. Судебная психиатрия	56
Введение	56
Объем дисциплины и виды учебной работы	58
Тематические планы	59
Программы курса	62
Методические рекомендации по изучению дисциплины и организации самостоятельной работы студентов	67
Тематика рефератов	68
Контрольные задания	70
Литература	78
Вопросы для подготовки к зачету	80
Приложение	82

ЧАСТЬ I. СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

Введение

Судебная медицина занимает одно из приоритетных мест среди дисциплин, изучаемых юристами, и способствует формированию знаний, навыков и умений, направленных на эффективное и качественное раскрытие и расследование преступлений.

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Судебная медицина» предназначен для подготовки специалистов по специальности 030900.62 «Юриспруденция».

Цель изучения – формирование у студентов знаний о сущности медико-биологических явлений в контексте правоохранительной деятельности, о закономерностях возникновения, собирания, исследования и оценки доказательственной информации в следах биологического происхождения, о приемах и средствах работы с этими следами, о современных возможностях судебно-медицинской экспертизы.

Место дисциплины в структуре ООП ВПО

«Судебная медицина» представляет собой дисциплину по выбору гуманитарного, социального и экономического цикла вариативной части по направлению подготовки 031600.62 «Юриспруденция». Читается в 6-м семестре. Форма итогового контроля – зачёт.

Учебная дисциплина «Судебная медицина» органично связана с рядом других дисциплин: уголовным правом, уголовным процессом, гражданским правом, гражданским процессом, криминалистикой. Изучение дисциплины предусматривает овладение естественнонаучными и специальными знаниями в области судебной медицины в комплексе со знаниями, полученными при изучении юридических дисциплин. Поэтому успешное усвоение дисциплины судебной медицины предполагает предварительное или параллельное изучение названных учебных дисциплин.

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины: а) общекультурные (ОК):

– способен добросовестно исполнять профессиональные обязанности, соблюдать принципы этики юриста (ОК-2);

– владеет культурой мышления, способен к обобщению, анализу, восприятию информации, постановке цели и выбору путей ее достижения (ОК-3);

– способен логически верно, аргументированно и ясно строить устную и письменную речь (ОК-4);

– стремится к саморазвитию, повышению своей квалификации и мастерства (ОК-7);

– способен анализировать социально значимые проблемы и процессы (ОК-9);

– владеет основными методами, способами и средствами получения, хранения, переработки информации, имеет навыки работы с компьютером как средством управления информацией (ОК-11);

б) профессиональные (ПК):

– способен осуществлять профессиональную деятельность на основе развитого правосознания, правового мышления и правовой культуры (ПК-2);

– способен принимать решения и совершать юридические действия в точном соответствии с законом (ПК-4);

– способен применять нормативные правовые акты, реализовывать нормы материального и процессуального права в профессиональной деятельности (ПК-5);

– способен юридически правильно квалифицировать факты и обстоятельства (ПК-6);

– готов к выполнению должностных обязанностей по обеспечению законности и правопорядка, безопасности личности, общества, государства (ПК-8);

– способен уважать честь и достоинство личности, соблюдать и защищать права и свободы человека и гражданина (ПК-9);

– способен правильно и полно отражать результаты профессиональной деятельности в юридической и иной документации (ПК-13);

– способен давать квалифицированные юридические заключения и консультации в конкретных видах юридической деятельности (ПК-16).

По окончании изучения данного учебного курса, исходя из его цели, студенты должны:

знать:

- роль судебной медицины в работе правоохранительных органов;
- организацию судебно-медицинской экспертизы РФ;
- методологию судебной медицины, ее учение, теории, назначение; устройство и принципиальные возможности научно-технических средств и лабораторного оборудования, используемых в процессе обнаружения, закрепления, изъятия и сохранения объектов биологического происхождения;
- закономерности возникновения, собирания, исследования и оценки следов биологического характера;
- типичные комплексы следов, указывающие на различные причины смерти;
- современные возможности судебно-медицинской экспертизы и перспективы ее развития;
- приказы, правила и инструкции, регламентирующие подготовку, назначение и производство судебно-медицинской экспертизы РФ;

уметь:

- производить исследование и оценку трупных явлений при наружном осмотре трупа на месте его обнаружения (происшествия);
- осуществлять осмотр и описание механических повреждений;
- обнаруживать, закреплять и сохранять вещественные доказательства биологического происхождения, а также производить их предварительное исследование;
- назначать судебно-медицинскую экспертизу трупа, живых лиц, вещественных доказательств, экспертизу по материалам уголовных и гражданских дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников;
- использовать научно-технические средства, предназначенные для работы с судебно-медицинскими объектами;
- оценивать заключение судебно-медицинского эксперта с юридической и судебно-медицинской точки зрения.

быть ознакомлены:

– с историей развития судебной медицины как науки, вкладом в нее отечественных ученых;

– с опытом органов следствия и судебно-медицинских учреждений по использованию данных судебно-медицинской науки в практике предупреждения и расследования преступлений.

Объем дисциплины и виды учебной работы

Вид учебной работы (по учебному плану)	Количество часов по формам обучения	
	очная	заочная
Общая трудоемкость	1 зач./ед. - 36	1 зач./ед. - 36
Аудиторные занятия	28	6
Лекции	28	6
Семинары	—	—
Самостоятельная работа	8	30
Форма итогового контроля	зачет	

ТЕМАТИЧЕСКИЕ ПЛАНЫ

Тематический план (разделы дисциплины, темы занятий, количество часов) для студентов очной формы обучения

№ п/п	Разделы (темы) дисциплины	Количество часов по видам учебных за- нятий (по учебному
		Лекции
1	Понятие, предмет, метод, система и задачи судебной медицины. Процессуальные основы и организационные формы судебно-медицинской экспертизы	2
2	Судебно-медицинская танатология (учение о смерти и трупных явлениях)	4
3	Судебно-медицинская травматология	4
4	Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения. Судебно-медицинская экспертиза трупа	2
5	Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при механической травме	2
6	Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от острого кислородного голодания	2
7	Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от действия физических факторов на организм	2
8	Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от действия ядов на организм	2

9	Особенности осмотра трупа и судебно-медицинская экспертиза скоропостижной смерти	2
10	Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников	2
11	Основания и порядок проведения судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц	
12	Судебно-медицинская идентификация личности	2
13	Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств	2
14	Методика подготовки и назначения судебно-медицинской экспертизы. Оценка заключения эксперта	
	Итого	28
	Зачет	

Тематический план

(разделы дисциплины, темы занятий, количество часов)
для студентов заочной формы обучения

№ п/п	Разделы (темы) дисциплины	Количество часов по видам учебных занятий (по учебному плану)
		Лекции
1	Понятие, предмет, метод, система и задачи судебной медицины. Процессуальные основы и организационные формы судебно-медицинской экспертизы	—
2	Судебно-медицинская танатология (учение о смерти и трупных явлениях)	2
3	Судебно-медицинская травматология	2

4	Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения. Судебно-медицинская экспертиза трупа	2
5	Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при механической травме	—
6	Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от острого кислородного голодания	-
7	Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от действия физических факторов на организм	—
8	Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от действия ядов на организм	—
9	Особенности осмотра трупа и судебно-медицинская экспертиза скоропостижной	—
10	Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел о профессиональных правонарушениях медицинских	—
11	Основания и порядок проведения судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц	—
12	Судебно-медицинская идентификация лично-	—
13	Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств	—
14	Методика подготовки и назначения судебно-медицинской экспертизы. Оценка заключения эксперта	—
	Итого	6
	Зачет	

ПРОГРАММА КУРСА

Тема 1. Понятие, предмет, метод, система и задачи судебной медицины. Процессуальные основы и организационные формы судебно-медицинской экспертизы.

Понятие, предмет, метод и система судебной медицины, ее содержание и задачи в современных условиях. Значение судебной медицины для раскрытия и расследования преступлений. Судебная медицина и ее связь с медицинскими и юридическими науками.

Возникновение судебной медицины как науки и основные этапы ее развития. История развития судебной медицины в РФ.

Роль судебно-медицинских познаний в практике органов юстиции.

Организация судебно-медицинской экспертизы в РФ. Процессуальные основы и организационные формы судебно-медицинской экспертизы.

Наглядные пособия:

- схемы, слайды

Тема 2. Судебно-медицинская танатология (учение о смерти и трупных явлениях).

Понятие о смерти. Процесс умирания. Судебно-медицинское понятие рода и вида смерти. Причина смерти. Мнимая смерть. Ориентирующие и достоверные признаки наступления смерти.

Трупные изменения. Ранние трупные явления. Трупные явления и условия, замедляющие или ускоряющие охлаждения трупа. Трупное окоченение и его стадии. Трупные пятна, стадии их образования и возможность перемещения. Трупное высыхание. Поздние трупные явления; разрушающие и консервирующие. Гниение трупа: стадии и условия, способствующие развитию процессов гниения. Гниение трупа на открытом воздухе. Условия, задерживающие развитие процессов гниения. Консервирующие трупные явления: мумификация, жировоск, торфяное дубление. Консервирующее действие низкой температуры. Разрушение трупа насекомыми, мелкими и крупными животными. Возможность определения вре-

мени наступления смерти на основании исследования трупных изменений и значение этого вопроса для следствия.

Наглядные пособия:

- фотографии;
- схемы, слайды.

Тема 3. Судебно-медицинская травматология.

Основы судебной травматологии. Понятие травмы (повреждения). Внешние воздействия, вызывающие повреждения. Травматизм и его виды (бытовой, транспортный, спортивный, промышленный, сельскохозяйственный и военный).

Классификации повреждений (ссадины, кровоподтеки, раны, вывихи, переломы, отделение частей тела, размягчение). Характер и источники повреждений. Значение локализации, форм, размеров и характера повреждения для установления орудия, которым было нанесено повреждение. Значение изменения цвета кровоподтека, характера заживания ссадины, раны для определения давности повреждения. Отличия прижизненных повреждений от посмертных.

Расстройство здоровья и смерть от повреждений, причиненных тупыми предметами (орудиями). Тупые орудия (оружия) их виды и классификация. Механизм действия тупого орудия на тело. Характеристика повреждений от действий тупых орудий. Судебно-медицинское значение ссадин, кровоподтеков, ран, переломов костей, вывихов, разрывов органов и тканей, размятия и отделения частей тела. Основные вопросы, разрешаемые экспертизой при судебно-медицинском повреждении от действия тупых орудий.

Падение с высоты. Повреждения от ударов о тупые предметы при падении. Основные вопросы, разрешаемые экспертизой при падении.

Повреждения от острых орудий и оружия. Острые орудия (оружия) их виды и классификация. Механизм действия острых орудий на тело. Характеристика ран от действия колющего, режущего, колюще-режущего, рубящего и пилящего орудий (оружия). Возможность определения по форме и размерам раны размеров и формы орудия (оружия), которым было нанесено повреждение.

Огнестрельные повреждения. Взрывная травма. Огнестрельные повреждения. Механизм действия факторов выстрела на тело и одежду. Разрушающая сила снаряда (пули). Составные элементы огнестрельного повреждения. Признаки входного и выходного огнестрельного ранения на теле. Пулевой канал и его судебно-медицинское значение.

Повреждение из отдельных видов ручного огнестрельного оружия. Повреждения при выстрелах холостыми патронами. Огнестрельные повреждения из охотничьего ружья. Повреждения из самодельного оружия. Характеристика повреждений из спортивного огнестрельного оружия. Повреждения от пуль специального назначения.

Определение расстояния выстрела. Дистанция выстрела (упор, близкая, неблизкая), их признаки. Выявление следов копоти и порошинок на одежде и теле потерпевшего. Возможность отложения копоти на одежде и теле пострадавших при выстрелах с неблизкой дистанции. Определение направления выстрела. Основные вопросы, которые необходимо разрешать при исследовании огнестрельных повреждений и при взрывах. Характеристика повреждений от мин, запалов, гранат, взрывчатых веществ, снарядов и их частей.

Транспортная травма. Классификация видов автомобильной травмы. Характеристика повреждений от автомобильного и гусеничного транспорта. Характеристика повреждений от железнодорожного транспорта. Авиационная травма. Другие виды транспортной травмы.

Наглядные пособия:

- фотографии;
- схемы, слайды.

Тема 4. Осмотр места происшествия и трупа на месте его обнаружения. Судебно-медицинская экспертиза трупа.

Понятие места происшествия. Задачи осмотра места происшествия. Участники осмотра места происшествия. Организация осмотра места происшествия. Стадии осмотра места происшествия. Осмотр в помещении. Осмотр на местности. Дополнительный и повторный осмотры места происшествия. Общие вопросы осмотра трупа на месте его обнаружения. Вещественные доказательства биологического происхождения на месте происшествия. Процес-

суальное оформление осмотра места происшествия. Наружный осмотр трупа на месте его обнаружения.

Патологоанатомическое и судебно-медицинское исследование трупа. Поводы к судебно-медицинскому исследованию трупа. Необходимость вскрытий трупа при очевидности причин смерти. Правила и порядок судебно-медицинского исследования трупа. Судебно-медицинское вскрытие трупа. Особенности исследования гнилостных изменений, расчлененных обгоревших и замерзших трупов. Дополнительные исследования. Реставрация (туалет трупа). Опознание трупа. Составление заключения (акта) в связи с судебно-медицинским исследованием трупа.

Судебно-медицинское исследование трупов новорожденных. Признаки новорожденности, доношенности, жизнеспособности, живорожденности. Правила исследования трупов новорожденных. Насильственная смерть новорожденных.

Судебно-медицинская экспертиза эксгумированных трупов. Возможности и порядок судебно-медицинского исследования эксгумированного трупа.

Наглядные пособия:

- фотографии;
- схемы, слайды.

Тема 5. Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при механической травме.

Особенности осмотра трупа при различных повреждениях: тупыми твердыми предметами (орудиями), острыми предметами (орудиями), огнестрельным оружием, взрывная травма. Особенности осмотра трупа при падении с высоты, транспортной травме: автомобильной, железнодорожной, авиационной.

Решение некоторых специальных вопросов при осмотре трупа на месте его обнаружения.

Наглядные пособия:

- фотографии;
- схемы, слайды.

Тема 6. Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от острого кислородного голодания.

Механическая асфиксия. Клинические признаки механической асфиксии. Механическая асфиксия от сдавления. Повешение и удушение петлей, удушение руками, сдавление груди и живота. Особенности странгуляционной борозды при повешении и удушении петлей. Криминалистическое значение узлов и петель. Механическая асфиксия от закрытия (рта и носа, дыхательных путей инородными телами, трахеи или крупных бронхов). Закрытие наружных отверстий дыхательных путей. Закрытие дыхательных путей инородными телами на протяжении.

Утопление в воде как разновидность асфиксии от закрытия. Внешние и внутренние признаки смерти от утопления. Скоропостижная смерть в воде. Изменения трупа от действия воды. Определение продолжительности пребывания трупа в воде. Повреждения на трупах, извлеченных из воды. Повреждения при прыжках в воду.

Круг вопросов, которые возможно разрешить при судебно-медицинском исследовании трупа при механической асфиксии, значение их для следствия.

Наглядные пособия:

- фотографии;
- схемы, слайды.

Тема 7. Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от действия физических факторов на организм.

Общее действие высоких температур на человека. Тепловой удар. Солнечный удар. Местное действие высокой температуры. Термические ожоги. Степени ожогов. Причины смерти от ожогов. Признаки прижизненного действия пламени. Обгорание трупов при пожаре. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинском исследовании термотравмы.

Общее действие низких температур на человека. Смерть от охлаждения, ее причины и признаки. Пятна Вишневого. Условия, способствующие наступлению смерти от действия низкой температуры. Ознобление и отморожение. Степени отморожения. Замерзание трупов.

Повреждения от изменения барометрического давления.

Повреждения от повышения барометрического давления.

Повреждения от понижения барометрического давления

Атмосферное и техническое электричество. Электротравма. Тяжесть поражения техническим электричеством (электрическим током). Условия поражения электрическим током. Общее и местное действие электрического тока на человека. Повреждение от действия атмосферного электричества (молнии). Вопросы, которые возможно разрешить при поражениях электрическим током и молнией.

Происхождение лучевых повреждений, изучаемых в судебной медицине. Повреждение от радиоактивных излучений. Лучевая болезнь. Признаки лучевой болезни, выявляемые при жизни и после наступления смерти. Вопросы, разрешаемые судебно-медицинской экспертизой.

Болезненные расстройства и смерть от чрезмерного физического напряжения, сильных психических потрясений, голода и других воздействий.

Наглядные пособия:

- фотографии;
- схемы, слайды.

Тема 8. Особенности осмотра и судебно-медицинская экспертиза трупа при смерти от действия ядов на организм.

Судебно-медицинская токсикология, ее содержание. Яды: общее понятие, классификация, особенности действия на организм. Судебно-медицинская токсикология. Условия действия ядов на организм. Течение и исход отравления. Доказательства бывшего отравления.

Судебно-медицинская классификация отравлений. Отравления едкими кислотами и щелочами. Отравления деструктивными ядами.

Отравление алкоголем. Диагностика алкогольного опьянения у живого человека. Отравления метиловым спиртом, этиленгликолем и другими суррогатами алкоголя. Отравление парами бензина. Отравление хлорорганическими, фосфорорганическими и металлоорганическими соединениями.

Пищевые отравления, их опасность в условиях жизни и быта. Профилактика пищевых отравлений в местах общественного питания. Пищевые отравления бактериального происхождения (токсикоинфекция). Бактерии, вызывающие вспышку токсикоинфекции. Сальмонеллез, их течение и исходы. Отравление токсином стафилококка. Пищевые отравления не бактериального происхождения. Отравления ядовитыми продуктами растительного и животного происхождения. Отравление ядовитыми рыбами и другими животными. Пищевые отравления ядовитыми примесями и продуктами питания. Вопросы, разрешаемые при судебно-медицинском исследовании отравлений.

Наглядные пособия:

- фотографии;
- схемы, слайды.

Тема 9. Особенности осмотра трупа и судебно-медицинская экспертиза скоропостижной смерти.

Понятие о скоропостижной смерти. Обстоятельства наступления скоропостижной смерти. Скоропостижная смерть от заболеваний: органов сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, от других соматических и инфекционных заболеваний. Скоропостижная смерть детей. Особенности осмотра места происшествия и судебно-медицинская экспертиза при скоропостижной смерти.

Наглядные пособия:

- фотографии;
- схемы, слайды.

Тема 10. Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников.

Поводы для назначения судебно-медицинской экспертизы по материалам дела. Организация экспертизы по материалам дела. Первичная, дополнительная, повторная, комиссия и комплексная экспертиза. Значение качества исследуемых материалов дела для дачи заключения.

Поводы для привлечения медицинских работников к уголовной

ответственности за нарушение профессиональных обязанностей. Врачебные ошибки. Небрежное и халатное отношение к своим обязанностям. Неоказание помощи больному. Организация судебно-медицинской экспертизы по «врачебным делам», методика ее проведения.

Наглядные пособия:

- схемы, слайды.

Тема 11. Основания и порядок проведения судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц.

Процессуальный порядок назначения и производства судебно-медицинской экспертизы живых лиц. Случаи обязательного проведения экспертизы.

Экспертиза и освидетельствование. Правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью. Критерии и способы причинения повреждений. Побои, истязания, мучения. Определение состояния здоровья.

Судебно-медицинская экспертиза притворных и искусственных болезней в практике работы органов юстиции. Искусственные болезни и их виды. Искусственные болезни в области кожи подкожной клетчатки. Искусственные язвы, флегмоны, абсцессы, отеки, опухоли, другие искусственные болезни.

Членовредительство умышленное и членовредительство патологическое. Формы членовредительства. Членовредительство посредством острых орудий. Членовредительство посредством огнестрельного оружия и боеприпасов. Членовредительство посредством тупых орудий. Изучение первичной медицинской документации. Организация и проведение судебно-медицинской экспертизы.

Симуляция умышленная и симуляция несознательная (патологическая). Симуляция отдельных симптомов болезни и симуляция болезни в целом. Порядок обследования лица, подозреваемого в симуляции. Вопросы, разрешаемые экспертизой при исследовании лиц, подозреваемых в симуляции.

Агgravация умышленная и агgravация патологическая.

Вопросы, разрешаемые экспертизой при исследовании лиц, подозреваемых в членовредительстве.

Наглядные пособия:

- схемы, слайды.

Тема 12. Судебно-медицинская идентификация личности.

Понятие личности. Классификация признаков личности. Решение некоторых специальных вопросов и значение их для следствия. Традиционные (остеологическая и др.) и нетрадиционные (абдоминальная и др.) методы исследований.

Дерматоглифика. Дерматоглифика в судебной медицине и криминалистике. Значение дерматоглифики для следствия.

Наглядные пособия:

- фотографии;
- схемы, слайды.

Тема 13. Судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств.

Вещественные доказательства в судебной медицине и порядок их исследования. Правила судебно-медицинского исследования вещественных доказательств. Оценка результатов исследования вещественных доказательств.

Исследование крови. Виды следов. Обнаружение следов крови на месте происшествия, одежде потерпевших и подозреваемых. Описание обнаруженных следов в протоколе осмотра. Изъятие и упаковка крови, а также предметов и вещей, на которых была обнаружена кровь. Вопросы, разрешаемые экспертизой при исследовании крови. Способы установления наличия крови. Определение видовой принадлежности крови. Определение групповой и типовой принадлежности крови. Определение половой принадлежности крови.

Исследование волос. Обнаружение волос на месте происшествия, на одежде потерпевшего и подозреваемого. Изъятие и упаковка волос. Строение волос человека и волос животных, их отличие от растительных волокон. Механические и термические повреждения волос. Признаки волос выпавших, вырванных, состриженных, седых. Основные вопросы, разрешаемые экспертизой при исследовании волос.

Исследование пятен от семенной жидкости. Обнаружение и описание следов семенной жидкости. Упаковка одежды и белья со следами спермы. Способы исследования.

Исследование других вещественных доказательств. Судебно-медицинское исследование костей и остатков, кожи, слюны, пота, молока и выделений организма. Криминалистическое значение следов от орудий и оружия на костях.

Наглядные пособия:

- фотографии;
- схемы, слайды.

Тема 14. Методика подготовки и назначения судебно-медицинской экспертизы. Оценка заключения эксперта.

Процессуальный порядок подготовки, назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы живых лиц, трупов и вещественных доказательств. Современные возможности судебно-медицинской экспертизы в установлении обстоятельств и фактов, имеющих значение для дела.

Объекты судебно-медицинской экспертизы. Подготовка образцов для сравнительного исследования. Основы методик производства судебно-медицинской экспертизы. Дополнительные исследования. Оценка заключения судебно-медицинского эксперта. Аргументация заключения и обоснованность выводов.

Наглядные пособия:

- учебные заключения судебно-медицинского эксперта;
- схемы, слайды.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Самостоятельная работа студентов, наряду с аудиторной, представляет собой одну из форм учебного процесса и является существенной ее частью. Самостоятельная работа студентов – это индивидуальная и коллективная учебная деятельность, которая осуществляется во внеаудиторных занятиях по заданию преподавателя.

В качестве основы для самостоятельной работы выступает необходимый учебный материал, а также комплекс полученных студентами знаний.

Организационной предпосылкой для данного вида учебной работы является:

- посещение лекций, позволяющее усваивать значительную часть информации по теме;
- систематическая подготовка к занятиям, что способствует формированию навыков выступления и ораторского мастерства, необходимых юристу. Современные методики его проведения позволяют усвоить до 60 % информации. Основной формой текущей проверки результатов самостоятельной работы студентов являются семинарские занятия.

Для прочного усвоения учебного материала необходимо сочетание разнообразных приемов активизации самостоятельной познавательной деятельности студентов с аудиторными занятиями: при прослушивании ими лекций и в ходе семинарских занятий.

Дисциплина «Судебная медицина» изучается на третьем курсе, в шестом семестре, и заканчивается сдачей зачета. Перечень вопросов для подготовки к зачету представлен в настоящем учебно-методическом комплексе.

Подготовка к зачету должна проводиться систематически в течение всего семестра. В отведенный учебным расписанием период времени для непосредственной подготовки к зачету студент должен повторить пройденный материал, систематизировать и обобщить свои знания по учебной дисциплине.

Требования, предъявляемые на зачете, определяются программой учебной дисциплины, поэтому она должна быть положена в основу подготовки.

Непосредственная подготовка к сдаче зачета начинается с подбора необходимых источников (учебно-методического комплекса, конспекта лекций, основных нормативных правовых актов, учебной и специальной литературы). Задачей студента становится, используя указанные источники, повторить и окончательно закрепить изученный материал. Студент может считать себя подготовленным к зачету в случае, если он в состоянии ответить на все вопросы программы учебной дисциплины.

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Ранние и поздние трупные явления. Значение этого вопроса для следствия.

2. Правовое регулирование и организационные формы судебно-медицинской экспертизы.

3. Судебно-медицинское понятие повреждений и их классификация.

4. Повреждения от ударов о тупые предметы при падении с высоты и на плоскости.

5. Повреждения от различных видов автомобильной травмы.

6. Механизм действия острых орудий на тканях и морфологическая характеристика причиненных ими повреждений.

7. Огнестрельные повреждения.

8. Виды механической асфиксии и их морфологические признаки.

9. Судебно-медицинская классификация отравлений. Условия действия ядов на организм.

10. Объекты биологического происхождения и порядок их исследования как вещественных доказательств.

11. Процессуальные и организационно-методические аспекты наружного осмотра трупа на месте его обнаружения.

12. Идентификация личности. Значение этого вопроса для следствия.

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ

Студентам очной и заочной формы обучения по направлению подготовки 030900.62 «Юриспруденция» (квалификация – бакалавр) в ходе изучения дисциплины «Судебная медицина» предлагается контрольное задание. Выполнение контрольного задания имеет целью углубить знания студентов по определенным разделам и темам учебной дисциплины.

Контрольное задание состоит из трех вариантов. В каждом варианте содержится перечень заданий.

Каждый из студентов выполняет задание варианта, определяемого по начальной букве его фамилии.

Контрольное задание студенты выполняют в письменном виде. Ответ должен быть аргументированным, иметь ссылки на конкретные нормативные правовые акты, статьи этих актов и соответствующую научную и учебную литературу. Условия задания необходимо переписать. Для удобства ориентирования в работе желательно каждое задание начинать с нового листа.

ВАРИАНТ 1 (А–К)

1. **Вынести постановление** о назначении судебно-медицинской экспертизы по выбранной теме контрольного задания. Раздел «Установил» (обстоятельства дела) излагается по усмотрению студента. Необходимо поставить все вопросы, требующие разрешения при конкретном виде судебно-медицинской экспертизы (с учетом пределов компетенции судебно-медицинского эксперта).

2. Примеры тестовых заданий:

Вопрос 1. Объективными признаками биологической смерти являются:

- 1) трупные пятна;
- 2) понижение температуры тела до 23 градусов;
- 3) отсутствие реакции зрачков на свет.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 2. В условиях комнатной температуры трупные пятна появляются в среднем через:

- 1) 30-40 минут после наступления смерти;
- 2) 2-4 часа после наступления смерти;
- 3) 7-12 часов после наступления смерти.

Вопрос 3. Трупное окоченение у лиц пожилого возраста, детей и лиц, умерших от изнуряющих болезней, развивается:

- 1) быстрее обычного;
- 2) медленнее;
- 3) в обычные сроки.

Вопрос 4. В первые часы после наступления смерти при нахождении трупа в условиях высокой температуры (32-40 градусов по Цельсию) температура трупа:

- 1) остается без изменений;
- 2) несколько повышается;
- 3) снижается.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 5. Для проведения термометрии трупа датчики вводятся в:

- 1) полость черепа;
- 2) брюшную полость (печень);
- 3) спинномозговой канал.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 6. К ранним трупным изменениям относятся:

- 1) трупное высыхание;
- 2) трупное окоченение;
- 3) суправитальные реакции.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 7. Идиомускулярная опухоль в скелетных мышцах трупа, находящегося в условиях комнатной температуры, вызывается в пределах:

- 1) до 6 часов после смерти;
- 2) 9–10 часов после смерти;
- 3) 13–18 часов после смерти.

Вопрос 8. Признаки трупного высыхания обнаруживают на:

- 1) переходной кайме губ;
- 2) мошонке;
- 3) слизистой оболочке полости рта.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 9. Слабо развитая подкожная жировая клетчатка на трупе:

- 1) способствует охлаждению тела;
- 2) не оказывает влияния на охлаждение тела;
- 3) задерживает охлаждение тела.

Вопрос 10. При исследовании мумифицированных трупов можно установить все перечисленное, кроме:

- 1) наличия механических повреждений;
- 2) патологических изменений костной системы;
- 3) патологических изменений внутренних органов.

ВАРИАНТ 2 (Л–С)

1. Вынести постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы по выбранной теме контрольного задания. Раздел «Установил» (обстоятельства дела) излагается по усмотрению студента. Необходимо поставить все вопросы, требующие разрешения при конкретном виде судебно-медицинской экспертизы (с учетом пределов компетенции судебно-медицинского эксперта).

2. Примеры тестовых заданий:

Вопрос 1. Оптимальное число определений температуры тела трупа в течение часа:

- 1) однократное;

- 2) двухкратное;
- 3) четырехкратное.

Вопрос 2. Труп при условии нахождения его при температуре воздуха 32–40 градусов по Цельсию к концу первых суток после смерти:

- 1) температура понижается на 3-4 градуса;
- 2) охлаждается полностью;
- 3) охлаждается частично.

Вопрос 3. Для установления давности наступления смерти определение температуры трупа в подмышечной впадине:

- 1) имеет ориентирующее значение;
- 2) не имеет ориентирующего значения;
- 3) имеет практическое значение при определенных условиях.

Вопрос 4. Наличие трупных пятен на разных поверхностях тела и в разных стадиях развития позволяет определить:

- 1) факт изменения позы трупа;
- 2) сроки изменения позы трупа;
- 3) давность наступления смерти.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 5. Разные причины смерти:

- 1) ускоряют развитие трупных пятен;
- 2) замедляют развитие трупных пятен;
- 3) не оказывают никакого влияния.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 6. Электрическую возбудимость мышц вызывает:

- 1) постоянный ток;
- 2) переменный ток низкой частоты;
- 3) переменный ток высокой частоты.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 7. К факторам внешней среды, влияющим на дина-

мику развития посмертных процессов и изменений, относят:

- 1) осадки;
- 2) влажность воздуха;
- 3) степень активности солнца.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 8. В условиях высокой (32–40 градусов по Цельсию) температуры трупные пятна появляются в среднем через:

- 1) 30–40 минут после наступления смерти;
- 2) 2–4 часа после наступления смерти;
- 3) 7–12 часов после наступления смерти.

Вопрос 9. Влияние состояния центральной нервной системы перед наступлением смерти на скорость развития трупного окоченения мышц характеризуется следующими процессами:

- 1) предсмертное возбуждение ускоряет окоченение;
- 2) предсмертное торможение замедляет окоченение;
- 3) не оказывает влияния.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 10. Трупное окоченение в первые 30 минут после наступления смерти развивается в следующих органах:

- 1) сердце;
- 2) двенадцатиперстная кишка;
- 3) легкое.

Исключить неправильный вариант ответа.

ВАРИАНТ 3 (Т–Я)

1. Вынести постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы по выбранной теме контрольного задания. Раздел «Установил» (обстоятельства дела) излагается по усмотрению студента. Необходимо поставить все вопросы, требующие разрешения при конкретном виде судебно-медицинской экспертизы (с учетом пределов компетенции судебно-медицинского эксперта).

2. Примеры тестовых заданий:

Вопрос 1. Трупное окоченение у лиц атлетического телосложения развивается:

- 1) медленнее;
- 2) быстрее обычного;
- 3) в обычные сроки.

Вопрос 2. В первые часы после наступления смерти в условиях комнатной температуры температура трупa:

- 1) снижается;
- 2) повышается при некоторых видах смерти;
- 3) остается без изменений.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 3. При смерти от теплового и солнечного ударов и поражения техническим электричеством трупное окоченение развивается:

- 1) быстрее обычного;
- 2) медленнее;
- 3) в обычные сроки.

Вопрос 4. При смерти от сепсиса и отравления наркотическими веществами трупное окоченение развивается:

- 1) медленнее;
- 2) быстрее обычного;
- 3) в обычные сроки.

Вопрос 5. К признакам, используемым для установления давности наступления смерти, предъявляются следующие требования:

- 1) сроки появления, изменения и исчезновения не должны подвергаться значительным колебаниям;
- 2) развитие их должно происходить независимо от особенностей организма, причины смерти, влияния условий окружающей труп среды;

3) для их экспертной оценки не требуются какие-либо приборы или специальные приспособления.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 6. Суправитальные реакции органов и тканей, имеющие экспертное значение для определения давности смерти:

- 1) электрическая возбудимость мышц;
- 2) секреторные функции потовых желез;
- 3) подвижность сперматозоидов.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 7. К поздним трупным изменениям относятся:

- 1) гниение;
- 2) торфяное дубление;
- 3) аутолиз.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 8. При исследовании трупных пятен для установления давности смерти могут использоваться:

- 1) ливорометр;
- 2) динамометр;
- 3) колориметр.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 9. Внешними наружными проявлениями гнилостных процессов на трупе являются:

- 1) зеленая окраска кожных покровов;
- 2) гнилостная венозная сеть;
- 3) уплотнение мягких тканей.

Исключить неправильный вариант ответа.

Вопрос 10. Влияние одежды на трупе на скорость развития гнилостных процессов:

- 1) замедляет;
- 2) ускоряет;
- 3) не оказывает влияния.

ЛИТЕРАТУРА

Нормативные правовые акты

Конституция Российской Федерации (принятая на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.) (ред. от 30.12.2008).

Закон Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 05.02.2014 № 2-ФКЗ «О Верховном Суде Российской Федерации и прокуратуре Российской Федерации».

Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 03.02.2014).

Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 03.02.2014).

Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 № 138-ФЗ (ред. от 28.12.2013).

Федеральный закон от 12.01.1996 № 8-ФЗ (ред. от 28.07.2012) «О погребении и похоронном деле».

Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 25.11.2013) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Федеральный закон от 03.12.2008 № 242-ФЗ (ред. от 17.12.2009) «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации».

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Постановление Правительства Российской Федерации от 17.08.2007 № 522 (ред. от 17.11.2011) «Об утверждении Правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Приказ Минздравсоцразвития России от 24.04.2008 № 194н (ред. от 18.01.2012) «Об утверждении Медицинских критериев степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судеб-

но-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».

Постановление Правительства Российской Федерации от 21.07.2012 № 750 «Об утверждении правил передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях».

Основная

Агафонов В.К. Судебная медицина: Курс лекций для юрид. фак. – М.: Щит, 2008.

Самищенко С.С. Судебная медицина. – М.: Юрайт, 2010.

Судебная медицина / Под ред. В.Н. Крюкова. – М. Норма, 2004.

Судебная медицина: Общая и особенная части: Учебник / С.Ф. Щадрин, С.И. Гирько, С.В. Николаев, Е.В. Верхолина и др. – Изд. 2-е, исправл. и доп. – М.: Эксмо, 2006.

Судебная медицина: Практ. пособие для юристов и врачей / Под ред. В.И. Аكوпова. – М.: Дашков и К°, 2008.

Судебная медицина / Под ред. В.Л. Попова. – М.: Юрид. Центр Пресс, 2009.

Судебная медицина: Учебник / Под ред. Ю.И. Пиголкина. – М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2011.

Судебная медицина: Учебник для вузов / Под ред. С.С. Самищенко. – М. Юрайт, 2013.

Дополнительная

Буромский И.В. и др. Судебно-медицинская экспертиза. – М.: НОРМА, 2006.

Гурочкин Ю.Д., Соседко Ю.И. Судебная медицина: Учебник для юрид. и мед. вузов. – М.: Эксмо, 2006.

Датий А.В. Судебная медицина и психиатрия. – М.: ВИОР, 2009.

Дерматоглифика: Энциклопед. словарь / В.Н. Звягин, В.А. Ракитин. – Пермь: Пресстайм, 2012.

- Журнал «Судебно-медицинская экспертиза»*. – М., 2000–2014 гг.
- Молчанов В.И., Попов В.Л., Калмыков К.Н.* Огнестрельные повреждения и их судебно-медицинская экспертиза: Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1990.
- Попов В.Л.* Судебная медицина. – М.: Юрид. Центр, 2006.
- Судебно-медицинская травматология. Диагностикум* / Под ред. В.Н. Крюкова. – Новосибирск, 2001.
- Судебная медицина* / Под ред. В.Н. Крюкова. – М.: НОРМА, 2008.
- Томилин В.В.* Медико-криминалистическая идентификация. – М., 2002.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ

1. Предмет, метод, система и задачи судебной медицины.
2. Правовое регулирование и организационные формы судебно-медицинской экспертизы.
3. Организационная структура судебно-медицинской службы в Российской Федерации.
4. Понятие и классификации смерти.
5. Ориентирующие признаки наступления смерти. Суправитальные реакции.
6. Ранние трупные явления: трупные пятна, трупное охлаждение. Их значение для выдвижения и проверки версий.
7. Ранние трупные явления: трупное высыхание, трупное окоченение, аутолиз.
8. Поздние трупные явления. Условия, ускоряющие или замедляющие их развитие.
9. Морфологическая характеристика и судебно-медицинское значение ссадин, кровоподтеков, ран, образовавшихся от воздействия твердых тупых предметов.
10. Характеристика и особенности повреждений, возникших от ударов о тупые предметы при падении с высоты.
11. Особенности повреждений, возникших при различных видах автомобильной травмы.
12. Судебно-медицинская характеристика повреждений, причиненных острыми орудиями (оружием).
13. Морфологические особенности входной и выходной огнестрельных ран, причиненных с различных расстояний при выстрелах из ручного боевого огнестрельного оружия.
14. Виды механической асфиксии. Дифференциальная диагностика повешения и удушения петлей.
15. Внешние и внутренние признаки смерти от утопления.
16. Характеристика повреждений от местного действия высокой и низкой температуры.
17. Общее действие высокой температуры на организм человека. Признаки прижизненного действия пламени.

18. Смерть от переохлаждения, ее признаки.
19. Повреждения и смерть от действия высокого и низкого атмосферного давления.
20. Понятия «яд», «отравление», «доза». Классификация отравлений. Условия действия ядов на организм человека.
21. Отравления кровяными ядами.
22. Отравления деструктивными ядами.
23. Отравления алкоголем.
24. Отравления техническими жидкостями.
25. Квалифицирующие признаки тяжкого вреда здоровью.
26. Квалифицирующие признаки вреда здоровью средней тяжести.
27. Квалифицирующие признаки легкого вреда здоровью.
28. Понятия «симуляция», «агgravация», «диссимуляция», «дисагgravация». Судебно-медицинская экспертиза при подозрении на членовредительство и искусственные болезни.
29. Обнаружение, закрепление, изъятие и предварительное исследование следов, подозрительных на кровь.
30. Возможности судебно-медицинской экспертизы крови.
31. Строение волос. Возможности экспертного исследования волос.
32. Особенности судебно-медицинской экспертизы трупов новорожденных младенцев.
33. Возможности и особенности судебно-медицинской идентификации личности.
34. Процессуальные и организационно-методические аспекты наружного осмотра трупа на месте его обнаружения (происшествия).
35. Поводы назначения судебно-медицинской экспертизы трупа. Основные вопросы, подлежащие разрешению при этом виде экспертизы.
36. Правила и порядок вскрытия трупа.
37. Судебно-медицинская экспертиза эксгумированных трупов.
38. Судебно-медицинская экспертиза по делам о нарушении медицинским персоналом своих профессиональных обязанностей.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Краткий словарь судебно-медицинских терминов и понятий

А

Абразия – в медицине выскабливание, хирургическая операция по удалению содержимого и внутреннего слоя стенки какой-либо полости, например, матки при проведении аборта.

Абсцесс – скопление гноя в тканях полости или органах.

Агглютинация – склеивание и выпадение в осадок однородных частиц (эритроцитов, лейкоцитов, бактерий или других клеточных элементов).

Аггравация (ухудшать, отягощать) – сознательное преувеличение больным тяжести симптомов имеющегося заболевания (болезненных нарушений).

Агония – период умирания, сопровождающийся комплексом последних проявлений реактивных и приспособительных функций организма, непосредственно предшествующих смерти.

Адаптация – процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования (А. организма к перемене климата, изменениям условий освещения и др.).

Алгоритм – последовательность выполнения той или иной работы или действия.

Алиментарная дистрофия – истощение, связанное с недостаточным или неполноценным питанием.

Алкалоз – сдвиг кислотно-щелочного равновесия крови в щелочную сторону; возникает от различных причин, в том числе при отравлении щелочами.

Альфа-частицы – ядра атомов гелия, лишенные всех орбитальных электронов, представляют собой два нейтрона и два протона, сцепленных между собой.

Анализ – вид мышления, позволяющий общее понятие разлагать на частные. А. противоположен синтезу и находится с ним в единстве.

Анамнез (воспоминание) – совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путем опроса самого обследуемого и (или) знающих его лиц. Различают А. болезни, жизни и др.

Анатоксины – токсины, инаktivированные (поврежденные) формалином, под действием которого они теряют свои токсические свойства, но сохраняют иммунологические.

Ангиография – рентгенологическое исследование сосудов кровеносной системы после введения в них контрастного (непроницаемого для рентгеновских лучей) вещества.

Аневризма – врожденное или приобретенное локальное расширение кровеносных сосудов.

Анемия – снижение содержания гемоглобина в крови, чаще всего с изменением числа эритроцитов (красных кровяных телец).

Аноксия – отсутствие кислорода в организме – ср. *Гипоксия*.

Антигены – высокомолекулярные соединения (вещества белковой природы, несущие признаки генетически чуждой, враждебной информации). А. вызывают в крови, лимфе и тканях образование иммунных белков – антител.

Антитела – белки, образующиеся в организме при попадании (введении) в него различных антигенов. Антитела нейтрализуют, но не во всех случаях, вредное действие антигенов.

Аорта – наиболее крупный артериальный сосуд.

Артерия – кровеносный сосуд, по которому кровь движется от сердца к органам и частям тела.

Аспирация – вдыхание инородных тел, рвотных масс, жидкостей, в том числе крови, с проникновением их в дыхательные пути.

Ателектаз – спавшееся легкое (или его часть), альвеолы которого не содержат воздуха.

Атрофия – уменьшение в размерах какого-либо органа или ткани вследствие нарушения питания (например, при длительном бездействии).

Ацидоз – сдвиг кислотно-щелочного равновесия крови в кислотную сторону; развивается от разных причин, в том числе от отравлений кислотами.

Б

Бампер-перелом – перелом костей голени (бедра) бампером автомобиля.

Барбитураты – производные барбитуровой кислоты.

Баротравма – повреждения, возникающие в результате резкого перепада атмосферного давления (при производстве кессонных и водолазных работ, взрывах и т. д.).

Бациллоносительство – сохранение в организме человека (животного) или его выделениях (кал, моча и др.) возбудителей заразных болезней без видимого проявления заболевания.

Бензидиновая проба – предварительная проба на наличие крови в каком-либо объекте, основанная на окислении бензидина перекисью водорода. В присутствии крови наблюдается ярко-синее или зеленое окрашивание.

Бета-лучи – электроны, испускаемые во время радиоактивного распада вещества.

Биопсия – микроскопическое исследование частиц, вырезанных из живого организма в целях установления диагноза.

Бронхография – рентгенографический снимок бронхов после введения в них контрастного (непроницаемого для рентгеновских лучей) вещества.

Брюшина – тонкая оболочка, покрывающая органы брюшной полости и выстилающая стенки брюшной полости.

Бульбарные центры – центры, расположенные в глубине головного мозга (продолговатом мозге) и регулирующие деятельность сосудистой и дыхательной системы организма.

Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) – учреждение органов здравоохранения, основной деятельностью которого является производство судебно-медицинских экспертиз.

В

Вагинизм – патологическое судорожное сокращение мышц тазового дна у женщин, препятствующее половому сношению.

Вегетативная нервная система – часть нервной системы, обеспечивающая нервную регуляцию внутренних органов, мышц, желез, сосудов.

Вещественное доказательство – в судебно-медицинской экспертизе объекты биологического происхождения: кровь, сперма, волосы, пот, слюна, выделения из носа и влагалища, моча, кал, меконий, сыровидная смазка, околоплодная жидкость, лохии,

женское молоко и молозиво, а также кости, различные ткани и органы.

Виды обязательного проведения судебно-медицинской экспертизы – 1) для установления причины смерти и характера телесных повреждений; 2) для установления возраста обвиняемого, подозреваемого или потерпевшего в случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют.

Видовая принадлежность – принадлежность к определенному виду животного мира; в судебно-медицинской практике при исследовании пятен крови устанавливается ее видовая принадлежность человеку или животному.

Вирилизм – наличие у женщин ряда мужских признаков (усы, борода, тип телосложения и др.).

Висцеральная оболочка – тонкая оболочка, покрывающая внутренние органы.

ВИЧ-инфекция (СПИД, синдром приобретенного иммунного дефицита) – заболевание, в основе которого лежит частичная, а затем полная утрата защитных функций организма.

Врачебная ответственность – юридическая ответственность за правонарушения в профессиональной или профессионально-должностной деятельности, выразившаяся в виде: 1) умышленных действий: незаконное производство аборта, неоказание помощи больному, незаконное врачевание, стерилизация без медицинских показаний, недопустимые эксперименты на людях, выдача подложных медицинских документов, нарушение правил борьбы с эпидемиями, нарушение правил производства, хранения, отпуска, учета, перевозки сильнодействующих ядовитых и наркотических веществ; 2) неосторожных действий: а) небрежности или халатности (упущение или бездействие, когда виновный не предвидел последствий своих поступков); б) самонадеянности (виновный предвидел возможность последствия своих поступков, но легкомысленно надеялся их предотвратить) – см. также *Врачебная ошибка*, *Врачебная тайна*.

Врачебная ошибка – добросовестное заблуждение врача в его суждениях и действиях, если при этом в последних не обнаруживается элементов халатности, небрежности, невнимательности и

медицинского невежества. Различают В.о. в диагностике заболеваний, назначении и проведении лечебных мероприятий.

Врачебная тайна – сохранение в тайне сведений о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного, ставших известными медицинским работникам вследствие исполнения ими профессиональных обязанностей.

Врачебное свидетельство о смерти – документ, удостоверяющий факт смерти. Выдается врачом на основании больничного или амбулаторного наблюдения за больным до его смерти или на основании результатов вскрытия. Трупы лиц, умерших в лечебных учреждениях и умерших скоропостижно (когда причина смерти не установлена врачом лечебного учреждения), а также лиц, умерших вне лечебного учреждения в силу какой-либо насильственной причины или при подозрении на насильственную смерть, подлежат, как правило, вскрытию.

Врач-эксперт – врач (как правило, лечебно-профилактического учреждения), привлеченный следственными или судебными органами в соответствии с нормами УПК для производства судебно-медицинской экспертизы.

Г

Габитус – наружный вид, внешний облик человека с его особенностями.

Гамма-лучи – электромагнитные волны, подобные рентгеновским, но несколько меньшей длины.

Гемагглютинация – агглютинация (склеивание) эритроцитов крови одного человека (одной группы) при смешении ее с сывороткой крови другого человека (другая группа). С помощью этой реакции устанавливается групповая принадлежность крови человека.

Гематин, гемохромоген, гематопорфирин – продукты изменения пигмента крови под влиянием внешней среды, по присутствию которых судят о наличии крови в пятне (например, для гемато-порфирина характерно яркое оранжево-красное свечение в УФ-лучах, тогда как свежее пятно крови темно-коричневое, бархатистое).

Гематома – скопление крови в тканях или между оболочками органов, например, под и над оболочками головного мозга.

Гематурия – выделение с мочой эритроцитов (красных кровяных шариков) или крови, иногда заметных невооруженным глазом (кровавая моча).

Гемоглобин – дыхательный пигмент крови, переносчик кислорода, находится в клетках крови – эритроцитах.

«Гигантский» труп – труп, раздутый гнилостными газами, увеличивающими его размеры.

Гипоксемия – пониженное содержание кислорода в крови.

Гиперемия – увеличенное кровенаполнение какого-то участка периферической части кровеносной системы (как правило, мелких сосудов), сопровождается покраснением.

Гипоксия – пониженное содержание кислорода в организме. В зависимости от причин, ее вызывающих, может развиваться остро или более медленно.

Гормоны – химические вещества, вырабатываемые железами внутренней секреции, влияющие на функции тела и психики.

Грануляция – ткань, образующаяся, как правило, на больших по площади заживающих поверхностях, отсюда островки грануляции.

Д

Давность повреждения – время, прошедшее с момента возникновения травмы человека до его освидетельствования (или смерти). Устанавливается по изменению окраски кровоподтеков, температуры кожи в области повреждений, динамике заживления ссадин и ран, формированию рубцов, срокам сращения переломов костей и др.

Девственная плева (гимен) – складочное образование, расположенное у входа во влагалище, граница между преддверием влагалища и его полостью.

Декапитация – отделение головы от туловища. Применяется как акушерская операция при патологических родах.

Декомпрессия – быстрое снижение давления воздуха в окружающем человека пространстве. Вызывает расстройство здоровья (например, после кессонных, водолазных работ).

Дерма – кожа.

Дефекация – физиологическое выведение каловых масс из кишечника через задний проход.

Дефеминация – утрата женщиной полового чувства.

Дефлорация – лишение физической девственности, нарушение анатомической целостности девственной плевы – см. *Девственная плева (гимен)*.

Диатомовые водоросли – микроскопические кремнистые водоросли, панцири которых могут быть обнаружены во внутренних органах (сердце, почках, костном мозге и др.) при утоплении. Особенно важно исследование на Д.в. загнивших и скелетированных трупов, извлеченных из воды.

Диафиз – средняя цилиндрическая часть трубчатой кости.

Диспепсия – расстройство пищеварения.

ДНК (дезоксирибонуклеиновая кислота) – носитель наследственной информации; находится в основном в ядрах клеток.

Дыхательный центр – находящийся в глубине головного мозга центр, регулирующий функцию дыхания.

Ж

Живорожденность – рождение плода живым. Важнейшим признаком жизни плода является наличие признаков легочного дыхания.

Жизнеспособность – способность новорожденного к продолжению жизни вне организма матери в обычных условиях. Обусловливается достаточной степенью зрелости плода и отсутствием у него пороков развития, не совместимых с жизнью.

Жировая эмболия – перенос током крови капель жира. Возникает при переломах длинных трубчатых костей, повреждении мягких тканей. Может привести к смерти, является достоверным признаком прижизненных повреждений.

Жировоск (омыление, трупный воск) – своеобразное изменение тканей трупа, сопровождающееся образованием жирных кислот, глицерина и в последующем мыла. Условием для образования Ж. является длительное пребывание трупа во влажной почве.

З

Закрытие отверстия носа и рта – вид механической гипоксии (абтурационная гипоксия), при которой отверстия носа и рта закрываются мягкими предметами или руками, в результате чего прекращается доступ воздуха в дыхательные пути.

Замерзание трупа – оледенение тканей, органов трупа.

Захоронение трупа – по действующим в РФ правилам захоронение трупа допускается не ранее 48 часов после наступления клинической смерти. Меньшие сроки возможны при безусловно установленной смерти и явных признаках посмертных изменений трупа.

Зрелость плода – степень развития, определяемая группой признаков, важнейшими из которых являются: длина тела (48–52 см), размер головки (окружности 32–34 см), масса плода 3000–3500 г.

И

Изгладимое обезображивание лица – возможность восстановления после травмы прежних черт и мимической мускулатуры лица естественным путем или при помощи терапевтических средств (но не вследствие оперативного вмешательства).

Инвалидность – постоянная или длительная потеря трудоспособности или ограничение ее.

Интима – внутренняя оболочка кровеносных сосудов.

Искусственная болезнь – болезнь, вызванная самим субъектом различными способами, средствами.

Инфаркт миокарда – омертвление участка мышцы сердца из-за полного прекращения его кровоснабжения.

К

Карбоксигемоглобин – соединение гемоглобина с окисью углерода (при отравлении этим газом). Это соединение не способно переносить кислород.

Карбоксимиоглобин – соединение миоглобина (переносчика кислорода в мышцах) с окисью углерода, не способное переносить кислород.

Катехоламины – физиологически активные вещества, участвующие в передаче нервных импульсов.

Коллапс – резкое падение сосудистого тонуса со снижением кровяного давления и угнетение жизненно важных функций.

Кома, коматозное состояние – глубокое угнетение функций центральной нервной системы с потерей сознания и утратой реакции на внешние раздражители.

Консервативное лечение – нехирургическое лечение с помощью медикаментозных средств, физиотерапевтических процедур и т. п.

Контактная хроматография (контактно-диффузионная хроматография, метод цветных отпечатков) – метод выявления следов металлов на вещественных доказательствах, а также коже трупа с помощью цветных химических реакций на фотобумаге. При наличии на объекте металлов на бумаге появляется окрашивание (медь дает зеленое окрашивание, никель – сине-фиолетовое, железо – зеленое или черное), повторяющее по форме топографию следов металла на объекте, т.е. форму воздействующей на объект части орудия.

Конъюнктива – внешняя оболочка глазного яблока, переходящая на заднюю поверхность век.

Корковые центры – находящиеся в коре больших полушарий головного мозга двигательные, слуховые, обонятельные и иные анализаторы.

Кровеносные сосуды – аорта, артерии, вены, капилляры.

Кровоизлияние диапедезное – выход кровяных телец через неповрежденную стенку сосудов (вен, капилляров).

Круг вопросов, разрешаемых при производстве экспертизы крови: 1) имеется ли кровь на исследуемом объекте; 2) принадлежит ли она человеку или животному.

Кровоподтек – скопление крови в подкожно-жировой клетчатке.

Кумуляция – накопление или суммирование действия какого-либо вещества в организме при повторном его употреблении.

Л

Летальный ген – ген, обуславливающий ослабление жизнеспособности организма и его гибель на том или ином этапе существования. Например: одномоментная массовая гибель рыбы из семейства лососевых после нереста.

Лимфа – жидкая ткань организма, участвующая в иммунной защите организма.

Лимфатические сосуды – сосуды, содержащие лимфу.

М

Макрофаги – клетки, способные захватывать элементы разрушенных тканей и инородные тела.

Мацерация – размягчение кожи вследствие размачивания ее водой. Наблюдается у живых лиц при длительном соприкосновении с водой («кожа прачек», «банная кожа»), а также у трупов, находящихся в воде. Развитие явления М. ускоряется с повышением температуры воды. Явления М. бывают выражены у плода, умершего внутриутробно и пробывшего определенное время в околоплодных водах.

Медialьный – внутренний.

Меконий – первородный кал, содержимое кишечника плода и новорожденного. В тонком кишечнике имеет светло-желтый цвет, в толстом – коричнево-зеленый. Наличие мекония свидетельствует о новорожденности. Выделяется полностью из кишечника на 2-4-е сутки. В составе мекония слизь, желчь, слущенный эпителий желудочно-кишечного тракта и др.

Метгемоглобин – производное гемоглобина, неспособное переносить кислород из-за отравлений или заболеваний.

Миокардит – воспаление мышечной оболочки сердца.

Морфология – строение; наука о строении организмов.

Н

Неизгладимое обезображивание лица – телесное повреждение, выразившееся в обезображивании лица, при лечении консервативным (не хирургическим) путем. В задачу судебно-медицинского эксперта входят: установление факта и характера повреждений; определение степени вреда здоровью в соответствии с принятой классификацией повреждений. При этом повреждение может быть легким, например, по признаку временного расстройства здоровья, но неизгладимым и обезображивающим лицо, поэтому в конечном итоге квалифицируется как тяжкое.

Нейтроны – тяжелые незаряженные частицы, основа ядер атомов.

Некроз – омертвление.

Неоказание помощи больному – невыполнение медицинскими и фармацевтическими работниками обязанности по оказанию первой неотложной помощи гражданам в дороге, на улице и в иных общественных местах. Может проявляться в бездействии, неявке к больному, отказе принять больного в лечебное учреждение.

Несчастный случай в медицинской практике – неудачный исход диагностических и лечебных процедур – объективная невозможность предвидеть последствия вмешательства медицинского персонала, которое привело к несчастному случаю, при котором на основании современных данных медицинской науки объективно невозможно было предвидеть последствия. Несчастный случай не зависит от чьих-либо упущений и ошибок, он возникает вследствие особых трудностей (атипичное течение болезни, особенности организма больного и т.п.).

Нетрудоспособность – невозможность выполнять работу вследствие заболевания, травмы и других причин. Различают общую, профессиональную, специальную, а также временную и постоянную Н.

Нефроз, нефрит – заболевание почек.

Новорожденность – принадлежность ребенка к числу только что родившихся. Определяется по наружным и внутренним признакам, которые наблюдаются (или исчезают) на первые или вторые сутки после рождения ребенка. Для наружных признаков характерны:

- сочная, блестящая, влажная пуповина перламутрового цвета без признаков демаркационной линии у пупочного кольца;
- сыровидная смазка в складках кожи;
- помарки крови на теле (при отсутствии повреждений);
- помарки меконием.

К внутренним признакам относятся:

- родовая опухоль на прилежащей части тела;
- наличие мекония в толстом кишечнике и др.

Новорожденный – ребенок с момента рождения до 28 дней жизни.

Нозологическая форма – определенная болезнь, обозначенная в соответствии с установленной номенклатурой и классификацией.

О

Объекты судебно-медицинской экспертизы:

– живые лица – для определения характера и степени тяжести телесных повреждений, состояния здоровья, установления половых состояний при половых преступлениях, установления возраста и др.;

– трупы (в случаях насильственной смерти или подозрения на нее) – для установления причин смерти и решения других вопросов, интересующих следствие;

– вещественные доказательства – для выявления на них выделений человеческого организма – крови, спермы и др.;

– материалы уголовных и гражданских дел (как правило, при отсутствии живых лиц, трупов, вещественных доказательств).

Объект экспертного исследования предопределяет предмет судебно-медицинской экспертизы.

Оксигемоглобин – форма гемоглобина, сохраняющая способность переноса кислорода тканям.

Определение возраста – экспертное исследование, проводимое для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в случае, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют. Изучаются антропометрические данные, сроки появления и состояние зубов, развития вторичных половых признаков, состояние кожи. В период до 25 лет наиболее важное значение для установления возраста имеют рентгенологические данные (ядра окостенения и т.д.).

Определение роста (по костям скелета) – экспертное исследование, проводимое при обнаружении скелетированного трупа или отдельных костей. Основано на том, что каждая кость человеческого организма в процессе своего развития и жизни сохраняет определенное соотношение с длиной тела. Точность определения колеблется в пределах $\pm 3\text{--}5$ см.

II

Паралич – отсутствие двигательных функций из-за нарушения нервной регуляции мышц.

Парасимпатическая нервная система – отдел вегетативной нервной системы, регулирующий деятельность некоторых внутренних органов и тканей.

Парез – ослабление силы мышц из-за нарушения их нервной регуляции.

Паренхиматозный орган – внутренний орган, состоящий из паренхимы, окруженной оболочкой или капсулой (печень, почки, селезенка и др.).

Патогенез – механизм развития конкретной болезни или повреждения.

Патогенетический – рассматривающий болезнь или травму в причинно-следственной зависимости.

Патологоанатомическое вскрытие трупа – специфический вид исследования трупов лиц, умерших от болезней. В его задачу входят раскрытие вопросов этиологии (причин и условий болезни), патогенеза (механизма возникновения и развития заболевания), танатогенеза (механизма смерти) и др.

«Пергаментные пятна» – участки кожи, подвергшиеся посмертному повреждению эпидермиса, с последующим их высыханием. По внешнему виду могут напоминать прижизненные осаднения кожи (буро-коричневого цвета, плотные на ощупь), но в отличие от них не имеют кровоизлияний в толщу кожи и подкожной клетчатки.

Перевозка умершего или останков трупа железнодорожным, автомобильным или водным (воздушным) транспортом – допускается только в металлическом гробу. При перенесении трупа с одного кладбища на другое или после его эксгумации для судебно-медицинского вскрытия гроб вместе с телом переносят в заранее подготовленный хлорный ящик, на дно которого укладывают опилки или торф для поглощения жидкости.

Перитонит – воспаление оболочки брюшной полости, покрывающей ее органы и внутреннюю поверхность.

Перчатки смерти – отслоение и отхождение верхних слоев

эпидермиса вместе с ногтями в виде чехла (перчатки) с кистей и стоп. Являются частным признаком мацерации.

Плевра – тонкая соединительно-тканная оболочка, покрывающая легкие и выстилающая внутреннюю поверхность грудной клетки; образует вокруг каждого легкого замкнутый мешок – плевральную полость.

Повешение – сдавление шеи петлей, затягивающейся под тяжестью тела, вид механической гипоксии.

Повреждение (травма) – нарушение анатомической целостности или функции тканей (органов).

Поза «боксера» – своеобразное положение тела и конечностей обгоревшего трупа: фиксация конечностей в согнутом положении, напоминающем позу боксера или борца. Не является доказательством прижизненного действия пламени, ибо подобное явление может возникнуть и в результате обгорания трупа.

Полиморфный – отличающийся разнообразием формы, строения.

Полип – вырост на внутренней или наружной поверхности органа и связанный с ним тонкой ножкой или основанием.

Половая зрелость у женщины – состояние женского организма, окончательно сформировавшегося, при котором половая жизнь (совокупление), зачатие, беременность, роды и вскармливание ребенка являются нормальной функцией, не расстраивающей здоровья женщины. Для установления половой зрелости у женщины необходимо проведение судебно-медицинской экспертизы.

Половая зрелость у мужчин – состояние мужского организма, достигшего физического развития, при котором половая жизнь является физиологически нормальной функцией и не наносит ущерба дальнейшему развитию организма. При освидетельствовании учитывают общее физическое состояние организма, обеспечивающее способность к половому сношению и оплодотворению (развитие наружных и внутренних половых органов).

Половое сношение (половой акт) – физиологический акт, заключающийся во введении мужского полового члена во влагалище. Может иметь место между лицами разного пола. Действия, направленные на удовлетворение половой потребности в иной форме, не являются П.с. (п.а.).

Половой хроматин – глыбки хроматина в клетках близ ядерной оболочки у особей женского пола (тельца Барра), исследуемые в целях установления половой принадлежности крови. Для выявления П.х. требуется пятно крови размером не менее 1,5 x 1,5 см.

Положение тела – расположение тела в пространстве (вертикальное, горизонтальное, сидячее и др.). При решении вопроса о механизме травмы (если нет других указаний) условно исходят из вертикального положения тела.

Посмертные повреждения – повреждения (случайные, умышленные), образовавшиеся после смерти или в агональный период (последние могут иметь признаки прижизненности).

Пренатальная диагностика – диагностика на стадии эмбрионального развития в утробе матери.

Преципитация – иммунологическая реакция осаждения (выпадения в осадок) комплекса антигена с антителом при смешивании их растворов. Реакция П. применяется для установления видовой принадлежности (человека, животного, птицы и др.), проводится на различных объектах (крови, отдельных органов, костях и др.).

Прижизненные повреждения – повреждения (случайные, умышленные), полученные живым человеком, характеризуются: зиянием ран (вследствие сокращения живых тканей); воспалительной реакцией; жировой, воздушной и костной эмболиями; аспирацией кровью; наличием следов кровотечения; особенностями заживления и регенерации (восстановления) тканей и т. п.

Присыпание – вид механической гипоксии от закрытия отверстий носа и рта у детей раннего грудного возраста грудной железой матери во время кормления ребенка. По роду смерти является несчастным случаем.

Проба Бреслау – желудочно-кишечная плавательная проба для определения живорожденности или мертворожденности новорожденного.

Проба Галена – легочная плавательная проба определения жи-ворожденности или мертворожденности новорожденного.

Протоны – тяжелые положительно заряженные частицы, обнаруживаемые в ядрах всех атомов, в большом количестве встречаются в открытом космосе.

Пятна Вишневого – мелкие кровоизлияния темно-коричневого цвета в слизистую оболочку желудка, располагающиеся по ходу сосудов (являются признаком смерти от общего охлаждения).

Пятна Лярише – результат посмертного высыхания конъюнктивы между открытыми веками; треугольники белого или серого цвета, основанием обращенные к зрачку, а вершинами – к углам глаз. Один из достоверных признаков биологической смерти.

Пятна Минакова – тонкие плоские полосовидные кровоизлияния под эндокардом (внутренней оболочкой) левого желудочка сердца. Наблюдаются при значительной острой кровопотере.

Пятна Рассказова–Лукомского–Пальтауфа – расплывчатые с нечеткими контурами кровоизлияния красноватого цвета под легочной плеврой. Являются одним из признаков утопления.

Пятна Тардье – кровоизлияния под плеврой и наружную оболочку сердца (эпикард). Часто наблюдаются при смерти от механической гипоксии и других видах быстро наступившей смерти.

Р

Реанимация – совокупность методов лечения терминальных состояний (коллапса, агонии, клинической смерти). В процессе Р. могут возникнуть различного рода повреждения.

Ректальная температура – температура в прямой кишке.

Рентгеновские лучи – короткие электромагнитные волны.

Реставрация трупа – восстановление лица трупа, измененного под действием процессов гниения или повреждения.

Рефлексогенная зона – участок тела со скоплением однотипных нервных рецепторов, раздражение которых приводит к определенному рефлексу (например, остановке сердца).

Реципиент – человек (или животное), который принимает донорскую кровь, орган или ткань.

С

Секция трупа – вскрытие.

Сенсибилизация – повышенная чувствительность организма к воздействию, каких-либо внешних или внутренних факторов.

Сепсис – инфекционное заболевание организма, характеризую-

щееся непрерывным поступлением в кровь микробов из воспалительного очага («заражение крови»).

Скоропостижная (внезапная) смерть – смерть на фоне видимого здоровья в результате скрыто протекавших острых или хронических заболеваний.

Соединительная ткань – ткань, выполняющая функцию каркаса для других тканей.

Сосудодвигательный центр – расположенный в глубине головного мозга центр нервной регуляции функции сосудистой системы. *Спазм сосудов* – непроизвольное сокращение мышечной оболочки кровеносных сосудов, не сопровождающееся их последующим расслаблением.

Стоматит – воспаление слизистой оболочки рта.

Странгуляционная борозда – отпечаток на коже шеи материала петли, сдавливавшей ее. Выраженность С.б. и другие ее особенности в основном зависят от характера материала петли, вида странгуляции и времени пребывания трупа в петле. Особенности С.б.: при повешении направление С.б. чаще косовосходящее, ветви борозды сходятся под углом, борозда часто незамкнутая, большая выраженность на месте, противоположном узлу, при расположении узла сзади С.б. располагается спереди шеи или на уровне щитовидного хряща; при удушении направление С.б. горизонтальное, С.б. циркулярная, замкнутая, выражена равномерно, спереди шеи располагается ниже щитовидного хряща.

Субарахноидальное кровоизлияние – кровоизлияние под паутинную оболочку головного или спинного мозга.

Судебная медицина – отрасль медицины, изучающая и разрабатывающая вопросы медицинского и общепатологического характера применения к правовой практике.

Судебная токсикология – отрасль судебной медицины и токсикологии, изучающая отравления в целях убийства, самоубийства или возникающие в результате несчастных случаев на производстве, в быту и при применении лекарственных веществ.

Судебно-медицинская экспертиза с участием нескольких экспертов проводится: по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников за профессиональные право-

нарушения; по материалам уголовных и гражданских дел (повторная); для определения стойкой утраты трудоспособности; в особо сложных случаях (первичная).

Сульфагемоглобин – зеленый пигмент, продукт взаимодействия гемоглобина с сероводородом (один из продуктов гниения).

Сыровидная смазка – жирная масса беловато-серого цвета на коже плода (после 5 месяцев внутриутробной жизни), состоящая из жира, клеток эпидермиса, пушковых волос. Наличие С.с. на младенце является признаком новорожденности.

Т

Танатология – учение о смерти. Изучает причины умирания, механизмы наступления смерти (танатогенез), посмертные изменения в трупe, а также вопросы врачебного вмешательства в процесс умирания (реаниматологии).

Терминальные состояния – конечные стадии жизни, пограничные между жизнью и смертью. Различают: предагональное состояние, агонию и клиническую смерть. В ряде случаев Т.с. являются обратимыми – возможно оживление организма.

Терминальное дыхание – редкие дыхательные движения в агональном периоде непосредственно перед наступлением смерти.

Токсикология – наука о ядовитых веществах, их происхождении, химическом составе и свойствах, действии на живой организм, способах обнаружения, борьбы с отравлениями и их профилактике.

Токсины – ядовитые белковые вещества, образуемые преимущественно микроорганизмами, животными (змеями, скорпионами, пауками и др.) и растениями. Являясь белками, токсины служат антигенами. Антитела (антитоксины), вырабатываемые организмом, способны вступать в реакцию с токсинами и их нейтрализовать.

Тонические судороги – непрерывное длительное сокращение мышцы без ее расслабления.

Тромб – прижизненно образовавшийся плотный сверток крови в просвете кровеносного сосуда.

Тромбоз – процесс прижизненного свертывания крови внутри сосудистой системы, часто вызывающий закупорку сосудов. Образующийся при этом кровяной сгусток называется тромбом.

Трудоспособность – совокупность физических и духовных способностей организма, позволяющая осуществлять производственную деятельность определенного объема и качества. Различают: общую трудоспособность – способность к неквалифицированному труду в обычных условиях; профессиональную трудоспособность – способность к труду в определенной профессии; специальную – способность к труду в определенных специальных условиях. Кроме того, различают трудоспособность полную и утраченную, а также временную и стойкую (постоянную).

Тяжелые ионы – ядра любых атомов, лишенные орбитальных электронов и передвигающиеся с большой скоростью. В большом количестве присутствуют в космическом пространстве.

У

Удавление – сдавливание шеи руками или петлей, затягиваемой на шею собственной, посторонней рукой, каким-либо механизмом.

Ф

Фауна трупа – животные (мертвояды), разрушающие труп: мухи, жуки, муравьи и др. Повреждение трупа разными видами насекомых в разное время после наступления смерти и в различные времена года, что дает возможность использовать эти данные для ориентировочного установления давности наступления смерти.

Ферменты – белковые соединения, выполняющие функцию катализатора обменных процессов в организме. Участвуют в образовании или распаде находящихся в организме химических соединений.

Фотосовмещение – метод, используемый при идентификации личности по черепу путем совмещения прижизненных и посмертных фотоснимков по существенным признакам.

Х

Хеморецептор – рецептор, воспринимающий изменение концентрации тех или иных веществ.

Ц

Церебральный – имеющий отношение к головному мозгу. Например, церебральный паралич.

Цианоз – синеватый оттенок кожи из-за недостатка кислорода в крови. Например, цианоз губ, цианоз кожи, конечности и т.п.

Ш

Штанцмарка – отпечаток дульного среза оружия на коже, одежде, обуви.

Э

Экзогенный – связанный с внешним воздействием на организм.

Экспираторная отдышка – нарушение дыхания, связанное с затруднением выдоха.

Эксгумация – извлечение трупа из земли (могилы), следственное действие, проводимое в присутствии понятых и врача – специалиста в области судебной медицины. Э. проводится в целях судебно-медицинского исследования трупа (первичного, повторного).

Экхимозы – мелкие кровоизлияния под кожу, слизистые и серозные оболочки органов.

Электрометка – специфическое изменение кожи (эпидермиса) под действием электрического тока.

Электроны – это легкие отрицательно заряженные частицы.

Эмбол – циркулирующий в крови субстрат, способный закрыть просвет сосуда.

Эмболия – закупорка кровеносного сосуда эмболом. Например, газовая эмболия, жировая эмболия и т.п.

Эмболия газовая – нарушение кровообращения, вызванное закупориванием сосудов жизненно важных органов (мозга, сердца и т.п.) пузырьками воздуха (газов). Возникает при ранении крупных вен, «кессонной болезни», некоторых способах незаконного (криминального) аборта и др. Может привести к смерти. Является достоверным признаком прижизненных повреждений.

Эмфизема легких – патологическое увеличение объема воздуха в легких.

Эмфизема подкожная характеризуется скоплением кровяных сгустков с мелкими пузырьками газов под кожей.

Эндогенный – связанный с внутренними причинами, происходящими в организме (см. *Экзогенный*).

Эндокардит – воспаление внутренней оболочки сердца.

Эндокринные заболевания – заболевание желез внутренней секреции (щитовидной, поджелудочной и др.).

Эпидермис – поверхностные слои кожи.

Эпикард – наружная оболочка сердца.

Эритроциты – красные кровяные тельца, участвующие в доставке кислорода органам и тканям.

ЧАСТЬ II. СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Введение

Судебная психиатрия занимает одно из приоритетных мест среди различных отраслей медицинских знаний, способствующих установлению истины и соблюдению законности в уголовном и гражданском процессах. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Судебная психиатрия» предназначен для подготовки специалистов по специальности 030900.62 «Юриспруденция».

Цель изучения спецкурса – дать студентам необходимые знания и рекомендации по изучению судебной психиатрии, а также об эффективности использования возможностей судебно-психиатрической экспертизы при раскрытии и расследовании преступлений.

Место дисциплины в структуре ООП ВПО

«Судебная психиатрия» представляет собой дисциплину по выбору гуманитарного, социального и экономического цикла вариативной части по направлению подготовки 031600.62 «Юриспруденция». Читается в 6-м семестре. Форма итогового контроля – зачёт. Учебная дисциплина «Судебная психиатрия» органично связана с рядом других дисциплин: уголовным правом, уголовным процессом, гражданским правом, гражданским процессом, криминалистикой. Изучение дисциплины предусматривает овладение естественнонаучными и специальными знаниями в области судебной психиатрии в комплексе со знаниями, полученными при изучении юридических дисциплин. Поэтому успешное усвоение дисциплины судебной психиатрии предполагает предварительное или параллельное изучение названных учебных дисциплин.

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины: а) общекультурные (ОК):

- способен добросовестно исполнять профессиональные обязанности, соблюдать принципы этики юриста (ОК-2);
- владеет культурой мышления, способен к обобщению, анализу, восприятию информации, постановке цели и выбору путей ее достижения (ОК-3);
- способен логически верно, аргументированно и ясно строить устную и письменную речь (ОК-4);

– стремится к саморазвитию, повышению своей квалификации и мастерства (ОК-7);

– способен анализировать социально значимые проблемы и процессы (ОК-9);

– владеет основными методами, способами и средствами получения, хранения, переработки информации, имеет навыки работы с компьютером как средством управления информацией (ОК-11);

б) профессиональные (ПК):

– способен осуществлять профессиональную деятельность на основе развитого правосознания, правового мышления и правовой культуры (ПК-2);

– способен принимать решения и совершать юридические действия в точном соответствии с законом (ПК-4);

– способен применять нормативные правовые акты, реализовывать нормы материального и процессуального права в профессиональной деятельности (ПК-5);

– способен юридически правильно квалифицировать факты и обстоятельства (ПК-6);

– готов к выполнению должностных обязанностей по обеспечению законности и правопорядка, безопасности личности, общества, государства (ПК-8);

– способен уважать честь и достоинство личности, соблюдать и защищать права и свободы человека и гражданина (ПК-9);

– способен правильно и полно отражать результаты профессиональной деятельности в юридической и иной документации (ПК-13);

– способен давать квалифицированные юридические заключения и консультации в конкретных видах юридической деятельности (ПК-16).

По окончании изучения данного учебного курса, исходя из его цели, студенты должны:

знать:

– основные положения законодательства об оказании психиатрической помощи населению РФ;

– основы отечественного законодательства, регулирующие правовое положение лиц, страдающих психическими расстройствами;

– организационно-правовые основы и нормативные документы по производству судебно-психиатрической экспертизы;

– роль судебной психиатрии в работе правоохранительных органов по укреплению законности, правопорядка, раскрытию, расследованию и предупреждению преступлений;

– формы участия врача – судебно-психиатрического эксперта в работе следственных и судебных органов, их права, обязанности и ответственность;

– случаи обязательного назначения судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессах;

– цель принудительных мер медицинского характера в отношении психически больных лиц, совершивших общественно опасные деяния и признанных невменяемыми, а также лиц с диагностированными психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;

– методологию судебной психиатрии, ее учение и теории, возможности методов и методик в ходе установления психического состояния обследуемых лиц;

– признаки психических расстройств и признаки обнаружения их симуляций;

– современные возможности судебно-психиатрической экспертизы и перспективы ее развития.

уметь:

– назначить судебно-психиатрическую экспертизу;

– оценивать заключение врачей – судебно-психиатрических экспертов.

Объем дисциплины и виды учебной работы

Вид учебной работы (по	Количество часов по формам обучения	
	очная	заочная
Общая трудоемкость	1 зач./ед. -36	1 зач./ед. - 36
Аудиторные занятия	28	6
Лекции	28	6
Семинары	-	-
Самостоятельная работа	8	30
Форма итогового контроля	зачет	

ТЕМАТИЧЕСКИЕ ПЛАНЫ

Тематический план (разделы дисциплины, темы занятий, количество часов) для студентов очной формы обучения

№ п/п	Разделы (темы) дисциплины	Количество часов по видам учебных заня- тий (по учеб- ному плану)
		Лекции
1	Судебная психиатрия, ее цель, задачи, система и методы.	2
2	Правовое регулирование и организационные формы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения.	
3	Проблема невменяемости и недееспособности и ее решение в судебной психиатрии.	2
4	Анатомо-морфологическое строение нервной системы человека. Учение о высшей нервной деятельности. Психическая деятельность человека в норме и патологии.	4
5	Современное представление о синдромологии психических расстройств. Классификация психических расстройств (заболеваний), имеющих процессуальное значение.	
6	Психические расстройства при травмах головного мозга.	2
7	Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях.	
8	Шизофрения и ее судебно-психиатрическая оценка.	4
9	Эпилепсия и ее судебно-психиатрическая оценка. Маниакально-депрессивный психоз и его судебно-психиатрическая оценка.	2
10	Слабоумие и его судебно-психиатрическая оценка.	2

11	Алкоголизм, наркомания и токсикомания.	4
12	Психопатия и ее судебно-психиатрическая оценка.	2
13	Реактивные состояния и их судебно-психиатрическая оценка.	2
14	Симулятивные и диссимулятивные проявления и их судебно-психиатрическая оценка.	2
	Итого	28
	Зачет	

Тематический план
(разделы дисциплины, темы занятий, количество часов)
для студентов заочной формы обучения

№ п/п	Разделы (темы) дисциплины	Количество часов по видам учебных занятий (по учебному плану)
		Лекции
1	Судебная психиатрия, ее цель, задачи, система и методы.	-
2	Правовое регулирование и организационные формы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения.	
3	Проблема невменяемости и недееспособности и ее решение в судебной психиатрии.	2
4	Анатомо-морфологическое строение нервной системы человека. Учение о высшей нервной деятельности. Психическая деятельность человека в норме и патологии.	
5	Современное представление о синдромологии психических расстройств. Классификация психических расстройств (заболеваний), имеющих процессуальное значение.	
6	Психические расстройства при травмах головного мозга.	-

7	Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях.	-
8	Шизофрения и ее судебно-психиатрическая оценка.	2
9	Эпилепсия и ее судебно-психиатрическая оценка. Маниакально-депрессивный психоз и его судебно-психиатрическая оценка.	
10	Слабоумие и его судебно-психиатрическая оценка.	-
11	Алкоголизм, наркомания и токсикомания.	2
12	Психопатия и ее судебно-психиатрическая оценка.	-
13	Реактивные состояния и их судебно-психиатрическая оценка.	-
14	Симулятивные и диссимулятивные проявления и их судебно-психиатрическая оценка.	-
	Итого	6
	Зачет	

ПРОГРАММА КУРСА

Тема 1. Судебная психиатрия, ее цель, задачи, система и методы.

Предмет судебной психиатрии.

Исторические аспекты развития судебной психиатрии за рубежом. Этапы становления отечественной судебной психиатрии. Судебная психиатрия, ее цель, задачи, субъект и предмет исследования. Система организации психиатрической помощи гражданам РФ. Принципы ООН по защите психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи. Гарантии соблюдения прав населения при оказании психиатрической помощи. Формы и виды психиатрической помощи населению.

Наглядные пособия:

- схемы, слайды.

Тема 2. Правовое регулирование и организационные формы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения.

Основания и порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы. Круг вопросов, составляющих компетенцию судебно-психиатрической экспертизы. Права и обязанности судебно-психиатрического эксперта. Формы и виды судебно-психиатрической экспертизы.

Меры медицинского характера, предусмотренные российским законодательством в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния. Принудительное лечение, основания и порядок его назначения. Условия проведения и прекращения принудительного лечения. Другие меры медицинского характера в отношении лиц, признанных психически больными и невменяемыми.

Наглядные пособия:

- схемы, слайды.

Тема 3. Проблема невменяемости и недееспособности и ее решение в судебной психиатрии.

Понятие невменяемости. Проблема невменяемости. Критерии невменяемости. Вопросы невменяемости при судеб-

но-психиатрической экспертизе обвиняемых. Судебно-психиатрическая оценка психического заболевания, возникшего после преступления и до вынесения приговора. Психические заболевания, являющиеся основанием для досрочного освобождения заключённых от отбывания наказания. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы свидетелей и потерпевших. Болезненные признаки, при которых лицо не может быть свидетелем по делу.

Оговоры и самооговоры душевных больных. Понятие недееспособности. Критерии недееспособности. Вопросы, подлежащие разрешению экспертом-психиатром. Отдельные виды судебно-психиатрической экспертизы по гражданским делам.

Наглядные пособия:

- схемы, слайды.

Тема 4. Анатомо-морфологическое строение нервной системы человека. Учение о высшей нервной деятельности. Психическая деятельность человека в норме и патологии.

Строение центральной нервной системы. Головной мозг, спинной мозг. Периферическая нервная система, вегетативная нервная система. Условные и безусловные рефлексы. Учение об анализаторах. Основные закономерности высшей нервной деятельности. Учение о первой и второй сигнальных системах и их взаимоотношении.

Типы высшей нервной деятельности и факторы, влияющие на срыв высшей нервной деятельности. Охранительное торможение. Фазовые состояния.

Наглядные пособия:

- фотографии;
- схемы, слайды.

Тема 5. Современное представление о синдромологии психических расстройств. Классификация психических расстройств (заболеваний), имеющих процессуальное значение.

Понятие об отдельных синдромах психических расстройств. Семиотические и неврологические симптомы. Клинические и лабораторные методы исследования.

Причины психических заболеваний, классификация и разные варианты течения. Методы обследования психически больного.
Наглядные пособия:

- схемы, слайды.

Тема 6. Психические расстройства при травмах головного мозга.

Закрытые и открытые травматические поражения головного мозга. Разные варианты закрытых травматических поражений мозга: сотрясение, ушибы головного мозга, психические изменения при травмах мозга в остром периоде. Отдаленные последствия травмы. Травматическая энцефалопатия. Судебно-психиатрическая оценка травматических поражений головного мозга.

Наглядные пособия:

- схемы, слайды.

Тема 7. Психические расстройства при соматических и инфекционных заболеваниях.

Энцефалиты. Форма, стадии (острая и хроническая). Психические расстройства в острой и хронической стадиях энцефалитов. Судебно-психиатрическая оценка энцефалитов.

Сифилитические заболевания центральной нервной системы, прогрессивный паралич. Психические, физические и неврологические симптомы. Клинические формы, течение, лечение и исход прогрессивного паралича, сифилис мозга. Психические и неврологические симптомы. Формы и течение этого заболевания, его лечение. Судебно-психиатрическая оценка сифилиса мозга.

Наглядные пособия:

- схемы, слайды.

Тема 8. Шизофрения и ее судебно-психиатрическая оценка.

Основные признаки шизофрении. Вопросы этиологии и патогенеза шизофрении. Формы и течение шизофрении. Судебно-психиатрическая оценка шизофрении.

Наглядные пособия:

- схемы, слайды.

Тема 9. Эпилепсия и ее судебно-психиатрическая оценка. Маниакально-депрессивный психоз и его судебно-психиатрическая оценка.

Эпилепсия как самостоятельное заболевание. Эпилептиформный синдром. Эпилептические припадки, их особенности и патофизиологическая основа. Стойкие психические изменения личности при эпилепсии, эпилептическое слабоумие, лечение эпилепсии. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.

Основные признаки маниакально-депрессивного психоза. Патофизиологическое понимание депрессивных и маниакальных состояний. Судебно-психиатрическая оценка состояния больных, страдающих маниакально-депрессивным психозом.

Наглядные пособия:

- Схемы, слайды.

Тема 10. Слабоумие и его судебно-психиатрическая оценка.

Причины олигофрении. Формы олигофрении. Особенности изменений при врожденном слабоумии. Судебно-психиатрическая оценка различных степеней олигофрении.

Травматическое слабоумие.

Наглядные пособия:

- Схемы, слайды.

Тема 11. Алкоголизм, наркомания и токсикомания.

Алкоголизм. Алкогольное опьянение. Нарушение нервных процессов при алкогольном опьянении. Патологическое опьянение и его особенности. Судебно-психиатрическая оценка простого и патологического алкогольных психозов. Вменяемость при простом и алкогольном опьянении. Хронический алкоголизм, алкогольные психозы. Виды, особенности психических нарушений и течение при алкогольных психозах. Принудительные меры медицинского характера в отношении алкоголиков. Наркомания, токсикомания, их судебно-психиатрическая оценка.

Наглядные пособия:

- Схемы, слайды.

Тема 12. Психопатия и ее судебно-психиатрическая оценка.

Сущность и причины психопатии. Отличие психопатии от психических заболеваний. Формы психопатии. Динамика психопатии. Судебно-психиатрическая оценка психопатии.

Наглядные пособия:

- Схемы, слайды.

Тема 13. Реактивные состояния и их судебно-психиатрическая оценка.

Реактивные состояния, причины и условия их возникновения. Срывы высшей нервной деятельности и охранительное торможение в применении к реактивным состояниям. Формы реактивных состояний и реактивных психозов. Течение реактивных психозов.

Наглядные пособия:

- Схемы, слайды.

Тема 14. Симулятивные и диссимулятивные проявления и их судебно-психиатрическая оценка.

Формы симуляции. Своеобразное поведение лиц, симулирующих психическое заболевание. Диссимуляция психических больных.

Наглядные пособия:

- Схемы, слайды.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ И ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Самостоятельная работа студентов, наряду с аудиторной, представляет собой одну из форм учебного процесса и является существенной ее частью. Самостоятельная работа студентов – это индивидуальная и коллективная учебная деятельность, которая осуществляется во внеаудиторных занятиях по заданию преподавателя.

В качестве основы для самостоятельной работы выступает необходимый учебный материал, а также комплекс полученных студентами знаний.

Организационной предпосылкой для данного вида учебной работы является:

- посещение лекций, позволяющее усваивать значительную часть информации по теме;
- систематическая подготовка к занятиям, что способствует формированию навыков выступления и ораторского мастерства, необходимых юристу. Современные методики его проведения позволяют усвоить до 60 % информации. Основной формой текущей проверки результатов самостоятельной работы студентов являются семинарские занятия.

Для прочного усвоения учебного материала необходимо сочетание разнообразных приемов активизации самостоятельной познавательной деятельности студентов с аудиторными занятиями: при прослушивании ими лекций и в ходе семинарских занятий.

Дисциплина «Судебная психиатрия» изучается на третьем курсе, в шестом семестре и заканчивается сдачей зачета. Перечень вопросов для подготовки к зачету представлен в настоящем учебно-методическом комплексе.

Подготовка к зачету должна проводиться систематически в течение всего семестра. В отведенный учебным расписанием период времени для непосредственной подготовки к зачету студент должен повторить пройденный материал, систематизировать и обобщить свои знания по учебной дисциплине.

Требования, предъявляемые на зачете, определяются программой учебной дисциплины, поэтому она должна быть положена в основу подготовки.

Непосредственная подготовка к сдаче зачета начинается с подбора необходимых источников (учебно-методического комплекса, конспекта лекций, основных нормативных правовых актов, учебной и специальной литературы). Задачей студента становится, используя указанные источники, повторить и окончательно закрепить изученный материал. Студент может считать себя подготовленным к зачету в случае, если он в состоянии ответить на все вопросы программы учебной дисциплины.

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Правовое регулирование и организационные формы судебно-психиатрической экспертизы. Основания и порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы.

2. Вменяемость и невменяемость в уголовном процессе.

3. Вопросы вменяемости при судебно-психиатрической экспертизе обвиняемых.

4. Психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших. Оговоры и самооговоры психически больных лиц.

5. Понятие о недееспособности в отечественном гражданском законодательстве. Критерии недееспособности.

6. Меры медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасное деяние.

7. Понятие об отдельных симптомах и синдромах психических расстройств. Расстройства восприятия, памяти, мышления, эмоций, волевой деятельности.

8. Формы и течение шизофрении. Понятие о дефекте и ремиссии при шизофрении.

9. Эпилепсия как самостоятельное психическое расстройство. Изменения личности при эпилепсии. Судебно-психиатрическая оценка эпилепсии.

10. Травмы мозга. Психические расстройства в остром и отдаленном периодах травм мозга.

11. Психические расстройства при сосудистых поражениях головного мозга. Судебно-психиатрическая оценка начальных явлений атеросклероза мозга и сосудистого слабоумия.

12. Психические расстройства при предстарческих психозах и старческом слабоумии. Судебно-психиатрическая оценка.

13. Алкоголизм. Изменения личности при алкоголизме. Простое алкогольное и патологическое опьянение, их судебно-психиатрическая оценка. Алкогольные психозы.

14. Наркомания. Судебно-психиатрические экспертизы больных наркоманией.

15. Токсикомания, ее судебно-психиатрическая оценка.

16. Реактивные состояния в судебно-психиатрической клинике. Формы реактивных состояний, их течение.

17. Симуляция в судебно-психиатрической клинике, своеобразие поведения лиц, симулирующих психические расстройства. Формы симуляций.

18. Общественно опасные действия лиц с умственной отсталостью, влияние повышенной внушаемости и подчиняемости на противоправное поведение умственно отсталых лиц.

19. Особенности психических расстройств у несовершеннолетних.

20. Судебно-психиатрические и комплексные психолого-психиатрические экспертизы обвиняемых, свидетелей и потерпевших несовершеннолетних.

КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ

Студентам очной и заочной форм обучения по направлению подготовки 030900.62 «Юриспруденция» (квалификация – бакалавр) в ходе изучения дисциплины «Судебная психиатрия» предлагается контрольное задание. Выполнение контрольного задания имеет целью углубить знания студентов по определенным разделам и темам учебной дисциплины.

Контрольное задание состоит из трех вариантов. В каждом варианте содержится перечень заданий.

Каждый из студентов выполняет задание варианта, определяемого по начальной букве его фамилии.

Контрольное задание студенты выполняют в письменном виде. Ответ должен быть аргументированным, иметь ссылки на конкретные нормативные правовые акты, статьи этих актов и соответствующую научную и учебную литературу. Условия задания необходимо переписать. Для удобства ориентирования в работе желательно каждое задание начинать с нового листа.

ВАРИАНТ 1 (А–К)

1. Вынести постановление о назначении судебно-психиатрической экспертизы по выбранной теме контрольного задания. Раздел «Установил» (обстоятельства дела) излагается по усмотрению студента. Необходимо поставить все вопросы, требующие разрешения при конкретном виде судебно-медицинской экспертизы (с учетом пределов компетенции судебно-медицинского эксперта).

2. Примеры тестовых заданий:

Вопрос 1. Основными разделами судебной психиатрии являются:

- 1) судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ), принудительные меры медицинского характера, пенитенциарная психиатрия.
- 2) судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе, СПЭ в уголовном процессе.

3) судебно-психиатрическая экспертиза, профилактика опасных действий психически больных людей.

Вопрос 2. Формула невменяемости имеет выражение:

- 1) медицинский критерий + юридический критерий;
- 2) интеллектуальный критерий + волевой критерий;
- 3) медицинский критерий + интеллектуальный критерий + волевой критерий.

Вопрос 3. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия может быть произведено:

- 1) по желанию родственников, которые считают, что их родственник ведет себя странно;
- 2) по заявлению соседей;
- 3) если лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, если оно беспомощно, если отсутствие лечения может причинить существенный вред его здоровью.

Вопрос 4. Предметом исследования судебной психиатрии является:

- 1) психический больной, подозреваемый, обвиняемый, подсудимый;
- 2) состояние психики, болезненные нарушения и психическая деятельность во время деликта и проведения СПЭ;
- 3) психическое состояние подозреваемого во время совершения правонарушения.

Вопрос 5. Видами принудительных мер медицинского характера являются:

- 1) амбулаторное лечение, стационар общего типа, стационар специализированного типа, специализированный стационар с интенсивным наблюдением;
- 2) диспансерное наблюдение;
- 3) амбулаторное лечение, стационарное лечение, лечение в дневном стационаре.

Вопрос 6. Критериями сомнения в психическом здоровье лица являются:

- 1) нахождение под следствием;
- 2) лечение в прошлом в психиатрической больнице;
- 3) странности в поведении, нахождение на учете в ПНД, жестокость и безмотивность преступления.

Вопрос 7. В зависимости от места проведения различают виды экспертиз:

- 1) психолого-психиатрическая, сексолого-психиатрическая, комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская;
- 2) повторная, дополнительная;
- 3) в кабинете следователя, амбулаторная, стационарная, в судебном заседании, заочная.

Вопрос 8. Мера принудительного лечения может изменить:

- 1) единолично лечащий врач, при улучшении состояния больного;
- 2) суд по решению комиссии врачей-психиатров;
- 3) главный врач психиатрической больницы.

Вопрос 9. Повторная СПЭ:

- 1) проводится той же комиссией экспертов, с теми же вопросами;
- 2) проводится другим составом комиссии, но вопросы остаются те же;
- 3) проводится той же комиссией экспертов, но с постановкой новых вопросов.

Вопрос 10. Результатами СПЭ при олигофрении являются:

- 1) больные олигофренией всегда признаются невменяемыми;
- 2) больные олигофренией с рождения недееспособны;
- 3) больные олигофренией всегда признаются вменяемыми.

ВАРИАНТ 2 (Л–С)

1. Вынести постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы по выбранной теме контрольного задания. Раздел «Установил» (обстоятельства дела) излагается по

усмотрению студента. Необходимо поставить все вопросы, требующие разрешения при конкретном виде судебно-медицинской экспертизы (с учетом пределов компетенции судебно-медицинского эксперта).

2. Примеры тестовых заданий:

Вопрос 1. К задачам судебной психиатрии относятся:

- 1) оценка вменяемости/невменяемости лица;
- 2) установление вины подозреваемого;
- 3) оценка достоверности показаний свидетеля.

Вопрос 2. Медицинский критерий невменяемости представляет собой:

- 1) обобщенный перечень различных психических расстройств;
- 2) неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия);
- 3) неспособность руководить своими действиями.

Вопрос 3. К вопросам, подлежащим рассмотрению судебно-психиатрической экспертизой в гражданском процессе, относятся:

- 1) вопросы оценки вменяемости или невменяемости лица;
- 2) оформление опеки;
- 3) признание гражданина недееспособным, оформление опеки, признание сделки недействительной, признание брака недействительным.

Вопрос 4. В состав комиссии при проведении СПЭ входят:

- 1) судья, подозреваемый, врач психиатр;
- 2) председатель комиссии, врач докладчик, врач психиатр;
- 3) председатель комиссии, подозреваемый, врач психиатр.

Вопрос 5. Амбулаторное принудительное лечение:

- 1) проводится в дневном стационаре или в диспансере по желанию лица;
- 2) проводится во внебольничных условиях в ПНД;

3) проводится в психиатрической больнице или отделении, предназначенном исключительно для больных, направленных судом на принудительное лечение.

Вопрос 6. В зависимости от условий их проведения различают виды экспертиз:

- 1) психолого-психиатрическая, сексолого-психиатрическая, комплексная психиатрическая и судебно-медицинская;
- 2) повторная, дополнительная;
- 3) в кабинете следователя, амбулаторная, стационарная, в судебном заседании, заочная.

Вопрос 7. Результатами СПЭ при шизофрении являются:

- 1) больные шизофренией всегда признаются невменяемыми;
- 2) больные шизофренией лишаются гражданских прав;
- 3) больные шизофренией в большинстве случаев признаются невменяемыми в момент совершения ими преступления.

Вопрос 8. Формула недееспособности имеет выражение:

- 1) медицинский критерий + юридический критерий;
- 2) интеллектуальный критерий + медицинский критерий;
- 3) болезненное нарушение психики + неспособность руководить своими действиями + неспособность понимать значение своих действий.

Вопрос 9. Медицинский критерий недееспособности представляет собой:

- 1) хронические психические расстройства;
- 2) слабоумие;
- 3) временные психические расстройства.

Вопрос 10. Критерием недобровольной госпитализации в психиатрический стационар является:

- 1) желание родственников, которые считают, что их родственник ведет себя странно;
- 2) если лицо представляет непосредственную опасность для себя

или окружающих, если оно беспомощно, если отсутствие лечения может причинить существенный вред его здоровью;

3) нахождение на диспансерном наблюдении в ПНД.

ВАРИАНТ 3 (Т–Я)

1. Вынести постановление о назначении судебно-медицинской экспертизы по выбранной теме контрольного задания. Раздел «Установил» (обстоятельства дела) излагается по усмотрению студента. Необходимо поставить все вопросы, требующие разрешения при конкретном виде судебно-медицинской экспертизы (с учетом пределов компетенции судебно-медицинского эксперта).

2. Примеры тестовых заданий:

Вопрос 1. Объектом исследования судебной психиатрии могут быть:

- 1) живые лица, трупы, вещественные доказательства биологического происхождения, материалы уголовных и гражданских дел;
- 2) состояние психики, болезненные нарушения и психическая деятельность подэкспертного лица;
- 3) психический больной, подозреваемый, обвиняемый, подсудимый.

Вопрос 2. Критериями установления диспансерного наблюдения вопреки желанию лица является:

- 1) желание родственников, которые считают, что их родственник ведет себя странно;
- 2) если лицо страдает хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями;
- 3) если лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, если оно беспомощно, если отсутствие лечения может причинить существенный вред его здоровью.

Вопрос 3. Юридический критерий невменяемости представляет собой:

- 1) неспособность руководить своими действиями;

2) неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими;

3) обобщенный перечень различных психических расстройств.

Вопрос 4. Психическое заболевание есть:

1) результат сложных и разнообразных нарушений деятельности органов и систем человека с преимущественным функциональным или органическим поражением головного мозга;

2) заболевание головного мозга;

3) группа поведенческих признаков, которые в большинстве препятствуют личностному функционированию.

**Вопрос 5. Классификация психических расстройств, приня-
тая в судебной психиатрии, имеет следующий вид:**

1) острые и хронические;

2) экзогенные и эндогенные;

3) хронические, временные, слабоумие и иные болезненные состояния.

Вопрос 6. Минимальный срок принудительного лечения:

1) 6 недель;

2) 6 месяцев;

3) 1 год.

Вопрос 7. Дополнительная СПЭ:

1) проводится той же комиссией экспертов, с теми же вопро-
сами;

2) проводится другим составом комиссии, но вопросы остаются
те же;

3) проводится той же комиссией экспертов, но с постановкой
новых вопросов.

Вопрос 8. Патологическим опьянением является:

1) кратковременное психическое расстройство, возникающее в
ответ на внезапную, интенсивную психическую травму;

2) острое психотическое состояние, возникающее на фоне алкогольной интоксикации, со своеобразной болезненной симптоматикой;

3) прогрессивное заболевание, определяющееся патологическим влечением к спиртным напиткам, развитием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя.

Вопрос 9. Патологическим аффектом является:

1) кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на внезапную, интенсивную психическую травму;

2) острое психотическое состояние, возникающее на фоне алкогольной интоксикации, со своеобразной болезненной симптоматикой;

3) состояние выраженного аффекта гнева, не сопровождаемого помрачением сознания.

Вопрос 10. Реактивные состояния – это:

1) прогрессивное заболевание, определяющееся патологическим влечением к спиртным напиткам, развитием абстинентного синдрома при прекращении употребления алкоголя;

2) острое психотическое состояние, возникающее на фоне алкогольной интоксикации, со своеобразной болезненной симптоматикой;

3) временные обратимые расстройства психической деятельности, возникающие в ответ на психическую травму.

ЛИТЕРАТУРА

Нормативные правовые акты

Конституция Российской Федерации (принятая на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.) (ред. от 30.12.2008).

Закон Российской Федерации о поправке к Конституции Российской Федерации от 05.02.2014 № 2-ФКЗ «О Верховном Суде Российской Федерации и прокуратуре Российской Федерации».

Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 03.02.2014).

Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 03.02.2014).

Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 № 138-ФЗ (ред. от 28.12.2013).

Федеральный закон от 31.05.2001 № 73-ФЗ (ред. от 25.11.2013) «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 28.12.2013).

Основная

Березанцев А.Ю. Судебная психиатрия. – М.: Юрайт, 2013.

Датий А.В. Судебная психиатрия: Учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция». – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2011.

Датий А.В. Судебная медицина и психиатрия: Учебник. – М.: РИОР, 2014.

Дерягин Г.Б. Судебная психиатрия: Курс лекций. – М.: ИЦит, 2010.

Дмитриева Т.Б., Ткаченко М.И. Судебная психиатрия: Учеб. пособие. – М.: Мед. информ. агентство, 2008.

Жариков Н.М. Судебная психиатрия: Учебник. – М.: Норма, 2008.

Калемина В.В., Колоколов Г.Р. Основы судебной медицины и психиатрии: Учеб. пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2010.

Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В. и др. – М., 2007.

Дополнительная

Анионян Ю.М., Горинов В.В. Преступники с умственной отсталостью. – М., 1993.

Гольдинберг Б.М., Кузнецов М.Т., Свиб А.Ф. Судебно-психиатрическая экспертиза в правоохранительной практике. – Минск: Право и экономика. 2009.

Горинов В.В. Судебно-психиатрические аспекты умственной отсталости: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1990.

Жмуров В.А. Психические нарушения. – М.: Медпрессинформ. 2008.

Кагашиник Я.М. Правовые основы принудительных мер медицинского характера в отношении опасных психически больных // Проблемы судебной психиатрии. – М., 1996. Вып. 17.

Карлов В. А. Эпилепсия. – М., 1990.

Метелица Ю.Л. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. – М., 1990.

Ограниченная вменяемость / Под. ред. Б. В. Шостаковича. – М., 1996.

Павлухин А.Н., Жарко Н.В., Хухуа З.Д. Принудительные меры медицинского характера. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2007.

Печерникова Т.П. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза: Пособие для врачей. – М., 1998.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ

1. Современное понимание психической деятельности в норме и болезненном состоянии.
2. Правовое регулирование и организационные формы судебно-психиатрической экспертизы.
3. Основания и порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы.
4. Круг вопросов, составляющих компетенцию судебно-психиатрической экспертизы.
5. Права и обязанности судебно-психиатрического эксперта.
6. Виды судебно-психиатрической и комплексной экспертиз.
7. Критерии невменяемости.
8. Психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших. Оговоры и самооговоры психически больных лиц.
9. Особенности судебно-психиатрического освидетельствования осужденных.
10. Критерии недееспособности. Вопросы, подлежащие разрешению эксперта-психиатра.
11. Вопросы мотивации деяний психически больных лиц.
12. Основания и порядок назначения, проведения и прекращения принудительного лечения.
13. Понятие об отдельных симптомах и синдромах психических расстройств.
14. Причины психических заболеваний, классификация психических заболеваний и варианты их течения.
15. Основные синдромы психических заболеваний.
16. Судебно-психиатрическая оценка шизофрении.
17. Эпилепсия как самостоятельное психическое расстройство.
18. Основные признаки эпилепсии.
19. Судебно-психиатрическая оценка травматических поражений головного мозга.
20. Психические расстройства при сосудистых поражениях головного мозга.
21. Алкоголизм. Изменения личности при алкоголизме. Простое алкогольное и патологическое опьянение, их судебно-психиатрическая оценка.

22. Наркомания. Судебно-психиатрические экспертизы больных наркоманией.

23. Токсикомания.

24. Сущность и причины расстройств личности.

25. Типология расстройств личности.

26. Формы реактивных состояний, их течение.

27. Симуляция в судебно-психиатрической клинике, своеобразие поведения лиц, симулирующих психические расстройства. Формы симуляции.

28. Структурно-динамические характеристики умственной отсталости. Степени умственной отсталости.

29. Общественно опасные действия лиц с умственной отсталостью.

30. Особенности психических расстройств у несовершеннолетних.

31. Судебно-психиатрические и комплексные психиатрические экспертизы обвиняемых, свидетелей и потерпевших несовершеннолетних.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Краткий словарь судебно-психиатрических терминов и понятий

А

Автоматическая покорность (МКБ 295.2) – феномен чрезмерного послушания (проявление «командного автоматизма»), ассоциируемый с *кататоническими* синдромами и гипнотическим состоянием.

Агрессивность, агрессия (МКБ 301.3; 301.7; 309.3; 310.0) – как биологическая особенность организмов, более низких, чем человек, является компонентом поведения, реализуемым в определенных ситуациях для удовлетворения жизненных потребностей и устранения опасности, исходящей из окружающей среды, но не для достижения деструктивных целей, если только она не связана с хищническим поведением. Применительно к человеку данная концепция расширяется и включает наносящее вред поведение (нормальное или болезненное), направленное против других и самого себя и мотивированное враждебностью, гневом или соперничеством.

Ажитация (МКБ 296.1) – выраженное беспокойство и двигательное возбуждение, сопровождаемые тревогой.

Ажитация кататоническая (МКБ 295.2) – состояние, при котором психомоторные проявления тревоги ассоциируются с кататоническими синдромами.

Амбивалентность (МКБ 295) – сосуществование антагонистических эмоций, идей или желаний по отношению к одному и тому же лицу, предмету или положению. Согласно Блейлеру, который ввел этот термин в 1910 г., кратковременная амбивалентность является частью нормальной психической жизни; выраженная или устойчивая амбивалентность – первоначальный симптом *шизофрении*, при которой она может иметь место в аффективной идеаторной или волевой сфере. Она является также частью *обсессивно-компульсивного расстройства*, а иногда наблюдается при *маниакально-депрессивном психозе*, особенно при затяжных депрессиях.

Амбигенность (МКБ 295.2) – психомоторное расстройство, характеризующееся двойственностью (*амбивалентностью*) в сфере произвольных действий, что приводит к неадекватному поведению.

Этот феномен чаще всего проявляется при *кататоническом* синдроме у больных шизофренией.

Амнезия селективная (МКБ 301.1) – форма *психогенной* потери памяти на события, ассоциируемые с факторами, вызвавшими психологическую реакцию, которая обычно расценивается как истерическая.

Ангедония (МКБ 300.5; 301.6) – отсутствие способности ощущать удовольствие, наблюдающееся особенно часто у больных *шизофренией и депрессией*. **Примечание.** Понятие введено Рибо (1839–1916).

Астазия-абазия (МКБ 300.1) – неспособность сохранять вертикальное положение, ведущая к невозможности стоять или ходить, при ненарушенных движениях нижних конечностей лежа или сидя. При отсутствии *органического* поражения центральной нервной системы астазия-абазия обычно является манифестацией истерии. Астазия, однако, может быть признаком органического поражения головного мозга, вовлекающего в частности лобные доли и мозолистое тело.

Аутизм (МКБ 295) – термин, введенный Блейлером для обозначения формы мышления, характеризующейся ослаблением или потерей контакта с реальной действительностью, отсутствием стремления к общению и чрезмерным фантазированием. Глубокий аутизм, согласно Блейлеру, является фундаментальным симптомом *шизофрении*. Термин используется также для обозначения специфической формы детского психоза.

Аффекта неустойчивость (МКБ 290-294) – неконтролируемое, нестабильное, колеблющееся выражение эмоций, чаще всего наблюдающееся при органических поражениях головного мозга, *ранней шизофрении* и некоторых формах неврозов и расстройств личности.

Аффект патологический (МКБ 295) – общий термин, описывающий болезненные или необычные состояния настроения, из которых наиболее частыми являются депрессия, тревога, приподнятое настроение, раздражительность или аффективная неустойчивость.

Аффективная уплощенность (МКБ 295.3) – выраженное расстройство аффективных реакций и их однообразие, выражающееся как эмоциональное уплощение и безразличие, в частности как симптом, встречающийся при *шизофренических психозах*, органической деменции или у *психопатических личностей*. **Синонимы:** эмоциональное уплощение; аффективная тупость.

Аэрофагия (МКБ 306.4) – привычное заглатывание воздуха, ведущее к его отрыгиванию и вздутию живота, часто сопровождающееся *гипервентиляцией*. Аэрофагия может наблюдаться при истерических и тревожных состояниях, но может выступать и как моносимптоматическое проявление.

Б

Болезненная ревность (МКБ 291.5) – сложное болезненное эмоциональное состояние с элементами зависти, гнева и желания обладать предметом своей страсти. Сексуальная ревность является хорошо определяемым симптомом *психического расстройства* и иногда возникает при *органическом поражении* головного мозга и состояниях интоксикации, *функциональных психозах*, при *невротических и личностных расстройствах*, доминирующим клиническим признаком часто бывают *бредовые* убеждения в измене супруга (супруги) или возлюбленной (возлюбленного) и готовность уличить партнера в предосудительном поведении. Рассматривая возможность патологической природы ревности, необходимо учитывать также социальные условия и психологические механизмы. Ревность часто является мотивом для совершения насилия, особенно у мужчин по отношению к женщинам.

Бред (МКБ 290-299) – ложное, не поддающееся коррекции убеждение или суждение, не соответствующее реальной действительности, а также социальным и культурным установкам субъекта. Первичный бред совершенно невозможно понять на основании изучения истории жизни и личности больного; вторичный бред психологически может быть понят, так как он возникает из болезненных проявлений и других особенностей психического состояния, например, состояния аффективного расстройства и подозрительности. Бирнбаум в 1908 г., а затем Джаспере в 1913 г. провели дифференцирование между собственно бредом и бредоподобными идеями; последние являются просто ошибочными суждениями, которые высказываются с чрезмерным упорством.

Бред величия – болезненное убеждение в собственной важности, величии или высоком предназначении (например, бред *мессианской миссии*), часто сопровождаемое другими фантастическими бредовыми идеями, которые могут быть симптомом *паранойи, шизофрении*

(часто, но не всегда, *параноидного типа*), *мании и органических заболеваний головного мозга*.

Бред, касающийся изменения собственного тела (дисморфофобия) – болезненное убеждение в наличии физических изменений или болезни, часто причудливое по своей природе и базирующееся на соматических ощущениях, которое приводит к *ипохондрической озабоченности*. Этот синдром чаще всего наблюдается при *шизофрении*, но может проявляться при тяжелой депрессии и *органических заболеваниях головного мозга*.

Бред мессианской миссии (МКБ 295.3) – бредовое убеждение в собственной божественной избранности для свершения великих подвигов по спасению души или искуплению грехов человечества или определенной нации, религиозной группы и т.д. Мессианский бред может иметь место при *шизофрении, параноиде и маниакально-депрессивном психозе*, а также при психотических состояниях, обусловленных эпилепсией. В некоторых случаях, особенно при отсутствии других явных психотических проявлений, это расстройство трудно отличить от особенностей убеждений, свойственных данной субкультуре, или религиозной миссии, выполняемой членами каких-либо фундаментальных религиозных сект или движений.

Бред преследования – патологическое убеждение больного в том, что он является жертвой одного или более субъектов или групп. Оно наблюдается при *параноидном состоянии*, особенно при *шизофрении*, а также при *депрессии и органических заболеваниях*. При некоторых расстройствах личности имеет место предрасположенность к такому бреду.

Бредовая трактовка (МКБ 295) – термин, введенный Блейлером (*Erklärungswahn*) для описания бредовых идей, которые выражают квазилогическое объяснение для другого, более генерализованного бреда.

В

Внушаемость – состояние восприимчивости к некритическому принятию идей, суждений и моделей поведения, наблюдающихся или демонстрируемых другими. Внушаемость может быть повышенной под воздействием окружающей среды, лекарственных средств или гипноза и чаще всего наблюдается у лиц с *истерическими чертами*

характера. Термин «негативная внушаемость» иногда применяется к негативистскому поведению.

Г

Галлюцинация (МКБ 290-299) – сенсорное восприятие (любой модальности), появляющееся при отсутствии соответствующих внешних стимулов. Кроме сенсорной модальности, которой характеризуются галлюцинации, они могут подразделяться по интенсивности, сложности, отчетливости восприятия и по субъективной степени их проекции на окружающую среду. Галлюцинации могут появляться у здоровых лиц в полусонном (гипнагогическом) состоянии или состоянии неполного пробуждения (гипнопомпическом). Как патологический феномен они могут быть симптомами заболевания головного мозга, функциональных психозов и токсического воздействия лекарственных средств, имея в каждом случае свои характерные особенности.

Гипервентиляция (МКБ 306.1) – состояние, характеризующееся более длительными, более глубокими или более частыми дыхательными движениями, приводящее к головокружению и судорогам вследствие развития острого газового алкалоза. Нередко является *психогенным* симптомом. Помимо судорог в области запястья и стопы, с гипокапнией могут быть связаны субъективные феномены, такие как выраженные парестезии, головокружение, чувство пустоты в голове, онемение, сердцебиение и дурные предчувствия. Гипервентиляция является физиологической реакцией на гипоксию, но может также появляться при состояниях тревоги.

Гиперкинез (МКБ 314) – чрезмерные насильственные движения конечностей или любой части тела, появляющиеся спонтанно или в ответ на стимуляцию. Гиперкинез является симптомом различных органических расстройств центральной нервной системы, но может также иметь место при отсутствии видимых локализованных повреждений.

Д

Дезориентировка (МКБ 290-294; 298.2) – нарушения временной топографической или личностной сфер *сознания*, связанные с различными формами *органического* поражения головного мозга, реже – с *психогенными* расстройствами.

Деперсонализация (МКБ 300.6) – психопатологическое восприятие, характеризующееся обостренным самосознанием, которое становится неодушевленным при ненарушенной сенсорной системе и способности к эмоциональному реагированию. Имеется ряд сложных и мучительных субъективных феноменов, многие из которых трудно передать словами, причем самыми тяжелыми являются ощущения изменения собственного тела, тщательный самоанализ и автоматизация, отсутствие аффективной реакции, расстройство ощущения времени и чувство собственного отчуждения. Субъект может чувствовать, что его тело отделено от его ощущений, как будто он сам наблюдает за собой со стороны или как будто он (она) уже мертв. Критика к этому патологическому феномену, как правило, сохранена. Деперсонализация может проявляться как изолированный феномен у нормальных во всех других проявлениях лиц; она может возникать в состоянии утомления или при сильных эмоциональных реакциях, а также быть частью комплекса, наблюдающегося при умственной жвачке, *обсессивных тревожных состояниях, депрессии, шизофрении*, некоторых личностных расстройствах и нарушениях функции головного мозга. Патогенез данного расстройства неизвестен.

Дереализация (МКБ 300.6) – субъективное ощущение отчуждения, сходное с *деперсонализацией*, но больше относящееся к внешнему миру, чем к самоощущению и осознанию собственной личности. Окружающая обстановка кажется бесцветной, жизнь искусственной, где люди будто бы на сцене играют задуманные роли.

Дефект (МКБ 295.7)(не рекомендуется) – продолжительное и необратимое нарушение любой психологической функции (например, «когнитивный дефект»), общего развития психических способностей («умственный дефект») или характерного образа мышления, ощущения и поведения, составляющего отдельную личность. Дефект в любой из этих областей может быть врожденным либо приобретенным. Характерное дефектное состояние личности, колеблющееся от нарушения интеллекта и эмоций или от легкой эксцентричности поведения до аутической замкнутости или аффективного уплощения, Крепелин (1856–1926) и Блейлер (1857–1939) расценивали как критерии выхода из шизофренического психоза, в отличие от выхода из *маниакально-депрессивного* психоза. Согласно исследованиям по-

следнего времени, развитие дефекта после шизофренического процесса не является неизбежным.

Дистимия – менее тяжелое состояние *подавленного* настроения, чем при дисфории, связанное с невротическими и ипохондрическими симптомами. Термин используется также для обозначения патологической психологической сферы в виде комплекса аффективных и obsessивных симптомов у субъектов с высокой степенью нейротизма и интроверсии

Дисфория – неприятное состояние, характеризующееся подавленным настроением, мрачностью, беспокойством, *тревогой и раздражительностью*.

3

Затуманенное сознание (МКБ 290-294; 295.4) – состояние нарушенного сознания, представляющее собой легкие стадии расстройства, развивающегося по континууму – от ясного сознания до комы. Расстройства сознания, ориентировки и восприятия связываются с поражением головного мозга или другими соматическими болезнями. Этот термин иногда применяют для обозначения более широкого диапазона расстройств (включая ограниченность перцептивного поля после эмоционального стресса), однако целесообразнее всего использовать его для обозначения ранних стадий обусловленного органическим заболеванием состояния спутанности сознания.

И

Идеи величия (МКБ 296.0) – преувеличение своих способностей, силы и чрезмерная самооценка, наблюдающаяся при *мании, шизофрении* и психозе на *органической* почве, например, при *прогрессивном параличе*.

Идеи отношения (МКБ 295.4; 301.0) – патологическая трактовка нейтральных внешних явлений как имеющих личностную, обычно отрицательную значимость для больного. Это расстройство проявляется у чувствительных личностей в результате *стресса* и утомления, и обычно его можно понять в контексте текущих событий, однако оно может явиться предшественником *бредовых* расстройств.

Изменение личности – нарушение фундаментальных черт ха-

рактера, обычно к худшему, в результате или как последствие соматического или психического расстройства.

Иллюзии (МКБ 291.0; 293) – ошибочное восприятие какого-либо реально существующего объекта или сенсорного стимула. Иллюзии могут иметь место у многих людей, они не обязательно являются признаком психического расстройства.

Импульсивность (МКБ 310.0) – фактор, относящийся к темпераменту личности и проявляющийся действиями, которые совершаются неожиданно и неадекватно обстоятельствам.

Интеллект (МКБ 290; 291; 294; 310; 315; 317) – общая мыслительная способность, позволяющая преодолевать трудности в новых ситуациях.

К

Каталепсия (МКБ 295.2) – болезненное состояние, начинающееся внезапно и продолжающееся короткое или длительное время, для которого характерно приостановление произвольных движений и исчезновение чувствительности. Конечности и туловище могут сохранять приданную им позу – состояние восковой гибкости (*flexibilitas cerea*). Дыхание и пульс замедлены, температура тела падает. Иногда различают гибкую и ригидную каталепсию. В первом случае поза придается легчайшим внешним движением, во втором – приданная поза стойко сохраняется, несмотря на предпринимаемые извне попытки изменить ее. Это состояние может быть вызвано органическими поражениями головного мозга (например, при энцефалите), а также наблюдаться при *кататонической шизофрении*, *истерии* и гипнозе. **Синоним:** восковая гибкость.

Кататония (МКБ 295.2) – ряд качественных психомоторных и волевых расстройств, включающих *стереотипы*, *манерность*, *автоматическую покорность*, *каталепсию*, *эхокинез* и *эхопраксию*, *мутизм*, *негативизм*, *автоматизмы* и *импульсивные акты*. Эти феномены могут обнаруживаться на фоне гиперкинеза, гипокинеza или акинеza. Кататония была описана как самостоятельное заболевание Кальбаумом в 1874 г., а позднее Крепелин расценил ее как один из подтипов раннего слабоумия (*шизофрения*). Кататонические проявления не ограничиваются шизофреническим психозом и могут

иметь место при органических поражениях головного мозга (например, при энцефалите), различных соматических заболеваниях и аффективных состояниях.

Клаустрофобия (МКБ 300.2) – патологический страх ограниченных пространств или закрытых помещений.

Клептомания (МКБ 312.2) – устаревший термин для обозначения болезненного, часто внезапного, обычно непреодолимого и немотивированного желания украсть. Такие состояния, как правило, повторяются. Предметы, которые воруют субъекты, обычно лишены какой-либо ценности, но могут иметь определенное символическое значение. Считают, что этот феномен, чаще встречаемый у женщин, связан с депрессией, невротическими заболеваниями, расстройством личности или умственной отсталостью. **Синоним:** магазинное воровство (патологическое).

Компульсия (МКБ 300.3; 312.2) – непреодолимая потребность действовать или поступать таким путем, который сама личность расценивает как иррациональный или бессмысленный и объясняемый скорее внутренней потребностью, а не внешними влияниями. Когда действие подчиняется навязчивому состоянию, термин относится к действиям или поведению, являющимся результатом *обсессивных идей*.

Конфабуляция (МКБ 291.1; 294.0) – расстройство памяти при ясном сознании, характеризующееся воспоминаниями вымышленных прошлых событий или ощущений. Такие воспоминания вымышленных событий обычно характеризуются богатым воображением и должны быть спровоцированы; реже они спонтанны и устойчивы, а иногда обнаруживают тенденцию к грандиозности. Конфабуляции обычно наблюдаются на *органической почве* при *амнестическом синдроме* (например, при корсаковском синдроме). Они также могут иметь ятрогенную природу. Их не следует путать с *галлюцинациями*, касающимися памяти и появляющимися при *шизофрении* или псевдологических фантазиях (синдром Дельбрюкка).

Критика (МКБ 290-299; 300) – этот термин в общей психопатологии относится к пониманию индивидом природы и причины своего заболевания и наличию или отсутствию правильной его оценки, а также того влияния, которое оно оказывает на него и окружающих. Потеря критики рассматривается как существенный признак, свидетельству-

ющий в пользу диагноза *психоза*. В психоаналитической теории этот вид самопознания называется «интеллектуальным инсайтом»; он отличается от «эмоционального инсайта», характеризующего способность чувствовать и постигать значимость «бессознательных» и символических факторов в развитии эмоциональных расстройств.

Л

Личность (МКБ 290; 295; 297.2; 301; 310) – врожденные особенности мышления, ощущений и поведения, определяющие уникальность индивида, его образ жизни и характер адаптации и являющиеся результатом конституционных факторов развития и социального положения.

М

Манерность (МКБ 295.1) – необычное или патологическое психомоторное поведение, менее стойкое, чем, *стереотипии*, относящееся скорее к личностным (характерологическим) особенностям.

Н

Насильственные ощущения (МКБ 295) – патологические ощущения при ясном *сознании*, при которых мысли, эмоции, реакции или движения тела как бы подвергаются влиянию, они как будто «сделаны», направляются и контролируются извне или человеческими или нечеловеческими силами. Истинные насильственные ощущения характерны для *шизофрении*, но для того, чтобы реально оценить их, следует учесть уровень образования больного, особенности культурного окружения и убеждений.

Настроение (МКБ 295; 296; 301.1; 310.2) – преобладающее и устойчивое состояние чувств, которое в крайней или патологической степени может доминировать во внешнем поведении и внутреннем состоянии индивида.

Настроение капризное (МКБ 295) (не рекомендуется) – изменчивые, непостоянные или непредсказуемые аффективные реакции.

Настроение неадекватное (МКБ 295.1) – болезненные аффективные реакции, которые не обусловлены внешними раздражителями.

Настроение неконгруэнтное (МКБ 295) – расхождение между эмоциями и смысловым содержанием переживаний. Обычно является

симптомом *шизофрении*, но встречается также при *органических* заболеваниях головного мозга и некоторых формах расстройств личности. Не все специалисты признают разделение на неадекватное и неконгруэнтное настроение.

Настроения колебания (МКБ 310.2) – патологическая неустойчивость или лабильность аффективной реакции без внешней причины.

Настроения расстройство (МКБ 296) – патологическое изменение аффекта, выходящее за пределы нормы, которое подпадает в какую-либо из следующих категорий: депрессия, приподнятое настроение, тревога, раздражительность и гнев.

Негативизм (МКБ 295.2) – противодействующее или оппозиционное поведение или отношение. Активный или командный негативизм, выражающийся в совершении действий, противоположных, требуемых или ожидаемых; пассивный негативизм обозначает патологическую неспособность отвечать позитивно на просьбы или раздражители, включая активное мышечное сопротивление; внутренний негативизм, по Блейлеру (1857–1939), это поведение, при котором не подчиняются физиологические потребности, например принятие пищи и отправления. Негативизм может возникать при *кататонических* состояниях, при *органических* заболеваниях головного мозга и некоторых формах *умственной отсталости*.

Нигилистический бред – форма бреда, выражающаяся, прежде всего, в форме тяжелого депрессивного состояния и характеризующаяся негативными идеями, касающимися собственной личности и окружающего мира, например, идеей о том, что внешний мир не существует, или о том, что собственный организм перестал функционировать.

О

Обсессивное (навязчивое) действие (МКБ 312.3) – квазиритуальное выполнение действия, направленное на снижение чувства тревоги (например, мытье рук, чтобы исключить заражение), обусловленное *навязчивой идеей* или потребностью.

Обсессивные (навязчивые) идеи (МКБ 300.3; 312.3) – нежелательные мысли и идеи, вызывающие настойчивые, упорные размышления, которые воспринимаются как неуместные или бессмысленные и которым

необходимо сопротивляться. Они расцениваются как чуждые данной личности, но исходящие из самой личности (MDG).

II

Параноид (МКБ 291.5; 292.1; 294.8; 295.3; 297; 298.3; 298.4; 301.0) – описательный термин, обозначающий либо патологические доминирующие *идеи* или *бред* отношения, касающийся одной или нескольких тем, чаще всего преследования, любви, зависти, ревности, чести, сутяжничества, грандиозности и сверхъестественности. Он может наблюдаться при *органических психозах, интоксикациях, шизофрении*, а также как независимый синдром, реакция на эмоциональный стресс или расстройство личности. **Примечание.** Следует отметить, что французские психиатры традиционно термину «параноид» придают не то значение, о котором говорилось выше; эквиваленты данного значения на французском языке – *interpretatif, delirant* или *persecutoire*.

Паратимия – расстройство настроения, наблюдающееся у больных *шизофренией*, при котором состояние аффективной сферы не соответствует окружающей больного обстановке и/или его поведению.

Полет идей (МКБ 296.0) – форма нарушения мышления, обычно связанная с маниакальным или гипоманиакальным настроением и часто ощущаемая субъективно как давление мыслей. Типичными особенностями является быстрая речь без пауз; речевые ассоциации свободны, быстро возникают и исчезают под влиянием преходящих факторов или без видимой причины; очень характерна повышенная отвлекаемость, нередки рифмование и каламбуры. Поток идей может быть настолько сильным, что больной с трудом способен его выразить, поэтому его речь иногда становится бессвязной. **Синоним:** *fuga idearum*.

Поверхностность эффе́кта (МКБ 295) – недостаточность эмоциональной реакции, связанная с заболеванием и выражающаяся как безразличие к внешним событиям и ситуациям; обычно наблюдается при *шизофрении гебефренического* типа, но может быть также и при *органических* поражениях головного мозга, *умственной отсталости* и *расстройствах личности*.

Привычка к слабительным средствам (МКБ 305.9) – употребление

слабительных средств (злоупотребление ими) как средство контролирования собственном массы тела, часто сочетающееся с «пиршествами» при булимии.

Приподнятое настроение (МКБ 296.0) – аффективное состояние радостного веселья, которое в тех случаях, когда оно достигает значительной степени и приводит к отрыву от реальной действительности, является доминирующим симптомом *мании* или *гипомании*.

Синоним: гипертимия.

Приступ паники (МКБ 300.0; 308.0) – внезапный приступ сильного страха и тревоги, при котором признаки и симптомы болезненной *тревоги* становятся доминирующими и часто сопровождаются иррациональным поведением. Поведение при этом характеризуется либо крайне пониженной активностью, либо бесцельной ажитированной гиперактивностью. Приступ может развиваться в ответ на внезапные серьезные угрожающие ситуации или стрессы, а также возникать без предшествующих или провоцирующих событий в процессе невроза тревоги.

Психомоторные расстройства (МКБ 308.2) – нарушение экспрессивного двигательного поведения, которое может наблюдаться при различных нервных и психических заболеваниях. Примерами психомоторных расстройств являются *парамимия*, *тики*, *ступор*, *стереотипии*, *кататония*, тремор и дискинезия. Термин «психомоторный эпилептический припадок» ранее использовался для обозначения эпилептических припадков, характеризующихся главным образом проявлениями психомоторного автоматизма. В настоящее время рекомендуется заменить термин «психомоторный эпилептический припадок» термином «припадок автоматизма эпилептический».

Р

Раздражительность (МКБ 300.5) – состояние чрезмерного возбуждения как реакции на неприятность, нетерпимость или гнев, наблюдаемое при утомлении, хронической боли или являющееся признаком изменения темперамента (например, с возрастом, после травмы головного мозга, при эпилепсии и маниакально-депрессивных расстройствах).

Растерянность (МКБ 295) – состояние замешательства, при котором ответы на вопросы бессвязны и отрывочны, напоминающее спутанность сознания. Наблюдается при острой *шизофрении*, сильной

тревоге, маниакально-депрессивной болезни и органических психозах со спутанностью сознания.

Реакция бегства (МКБ 300.1) – приступ бродяжничества (краткий или длительный), побег из мест привычного обитания в состоянии нарушенного сознания, за которым обычно следует частичная или полная *амнезия* данного события. Реакции бегства связаны с *истерией, депрессивными реакциями, эпилепсией*, а иногда с поражением головного мозга. Как психогенные реакции, они часто связаны с побегом из тех мест, где наблюдались неприятности, и лица с таким состоянием ведут себя более упорядоченно, чем «дезорганизованные эпилептики» с реакцией бегства на органической основе.

Синоним: состояние бродяжничества.

Ремиссия (МКБ 295.7) – состояние частичного или полного исчезновения симптомов и клинических признаков расстройства.

Ритуальное поведение (МКБ 299.0) – повторяющиеся, часто комплексные и обычно символические действия, которые служат для усиления биологических сигнальных функций и приобретают ритуальную значимость при выполнении коллективных религиозных обрядов. В детстве являются компонентом нормального развития. Как патологический феномен, состоящий либо в усложнении повседневного поведения, например навязчивые умывания или переодевания, либо приобретая еще более причудливые формы, ритуальное поведение имеет место при *обсессивных расстройствах, шизофрении и раннем детском аутизме*.

С

Симптомы отмены (МКБ 291; 292.0) – физические или психические явления, развивающиеся в период абстиненции в результате прекращения потребления наркотического вещества, которое вызывает зависимость у данного субъекта. Картина симптомокомплекса при злоупотреблении разными веществами различна и может включать тремор, рвоту, боли в животе, *страх, делирий и конвульсии*. **Синоним:** абстинентные симптомы.

Систематизированный бред (МКБ 297.0; 297.1) – бредовая убежденность, являющаяся частью связанной системы патологических идей. Такой бред может быть первичным или представлять собой квазилогические заключения, выведенные из системы бредо-

вых предпосылок. **Синоним:** систематизированный бред.

Снижение объема памяти (МКБ 291.2) – уменьшение числа когнитивно не связанных элементов или единиц (нормальное число 6-10), которое может быть правильно воспроизведено после последовательного однократного предъявления. Объем памяти является показателем кратковременной памяти, связанной со способностью восприятия.

Сноподобное состояние (МКБ 295.4) – состояние расстроенного сознания, при котором на фоне легкого затуманивания сознания наблюдаются феномены *деперсонализации и дереализации*. Сноподобные состояния могут быть одной из ступеней на шкале углубления органических нарушений сознания, ведущих к *сумеречному состоянию сознания и делирию*, однако они могут иметь место и при невротических заболеваниях, и в состоянии утомления. Сложная форма сноподобного состояния с яркими, сценическими зрительными *галлюцинациями*, которые могут сопровождаться и другими сенсорными галлюцинациями (онейроидное сноподобное состояние), иногда наблюдается при эпилепсии и некоторых острых психотических заболеваниях.

Социальная замкнутость (аутизм) (МКБ 295) – отказ от социальных и личных контактов; чаще всего встречается на ранних стадиях *шизофрении*, когда *аутистические* тенденции приводят к отдалению и отчуждению от людей и нарушению способности общаться с ними.

Spasmus nutans (МКБ 307.0) (лат. nuto – качать, кивать; синоним: судорога кивательная, судорога приветствия, судорога салаамова) (не рекомендуется) – 1) ритмические подергивания головы в переднезаднем направлении, связанные с компенсаторными балансирующими движениями туловища в том же направлении, иногда с распространением на верхние конечности и нистагмом; движения медленны и появляются сериями по 20–30 у лиц с умственной отсталостью; это состояние с эпилепсией не связано; 2) термин используется иногда при описании эпилептических припадков у детей, характеризующихся падением головы на грудь из-за потери тонуса мышц шеи и тоническим спазмом при сгибании из-за сокращения передних мышц. **Синонимы:** салаамов тик (1); спазм младенцев (2).

Спутанность сознания (МКБ 290-294) – термин, обычно используемый для обозначения состояния помрачения сознания, свя-

занного с острым или хроническим *органическим* заболеванием. Клинически характеризуется *дезориентировкой*, замедлением психических процессов со скудными ассоциациями, апатией, отсутствием инициативы, утомляемостью и нарушением внимания. При легких состояниях *спутанности сознания* при обследовании больного можно добиться рациональных реакций и поступков, однако при более тяжелой степени расстройства больные не в состоянии воспринимать окружающую действительность. Термин также используется в более широком смысле для описания нарушения мышления при функциональных психозах, однако такое употребление термина не рекомендуется. **Синоним:** состояние спутанности сознания.

Стереотипии (МКБ 299.1) – функционально автономные патологические движения, которые группируются в ритмическую или сложную последовательность нецеленаправленных движений. У животных и у людей появляются в состоянии физического ограничения, социальной и сенсорной депривации, могут быть вызваны приемом лекарственных средств, например фенамина. Они включают повторные локомоции (перемещения), самоповреждение, качание головой, причудливые позы конечностей и туловища и манерное поведение. Эти клинические признаки наблюдаются при *умственной отсталости, врожденной слепоте, поражении головного мозга и аутизме* у детей. У взрослых стереотипии могут быть проявлением *шизофрении*, особенно при *кататонической и остаточной* формах.

Страх (МКБ 291.0; 308.0; 309.2) – примитивная интенсивная эмоция, развивающаяся на реальную или воображаемую угрозу и сопровождающаяся физиологическими реакциями, являющимися результатом активации вегетативной (симпатической) нервной системы, и защитным поведением, когда больной, пытаясь избежать опасности, убегает или прячется.

Ступор (МКБ 295.2) – состояние, характеризующееся *мутизмом*, частичной или полной обездвиженностью и психомоторной ареактивностью. В зависимости от природы заболевания может нарушаться сознание. Ступорозные состояния развиваются при *органических заболеваниях головного мозга, шизофрении* (особенно при *кататонической* форме), *депрессивной болезни, истерическом психозе и острых реакциях на стресс*.

Ступор кататонический (МКБ 295.2) – состояние подавленной психомоторной деятельности, обусловленное кататоническими симптомами.

Суждение (МКБ 290-294) – критическая оценка взаимосвязей между предметами, обстоятельствами, концепциями или терминами; предположительное изложение этих связей. В психофизике это различение стимулов и их интенсивности.

Сужение сознания, ограничение поля сознания (МКБ 300.1) – форма нарушения сознания, характеризующаяся его сужением и доминированием ограниченной небольшой группы идей и эмоций при практическом выключении другого содержания. Это состояние появляется при крайней степени *утомления и истерии*; оно также может быть связано с некоторыми формами церебральных нарушений (в частности, *состояние сумеречного сознания* при эпилепсии).

Т

Толерантность – фармакологическая толерантность появляется, когда повторное введение данного количества вещества вызывает сниженный эффект или когда для получения эффекта, ранее достигаемого меньшей дозой, требуется последовательное повышение количества вводимого вещества. Толерантность может быть врожденной или приобретенной; в последнем случае она может быть результатом предрасположенности, фармакодинамики или поведения, способствующего ее проявлению.

Тревога (МКБ 292.1; 296; 300; 308.0; 309.2; 313.0) – болезненное по своей природе дополнение к субъективно неприятному эмоциональному состоянию страха или других предчувствий, направленных в будущее, при отсутствии какой-либо ощутимой угрозы или опасности или полном отсутствии связи этих факторов с данной реакцией. Тревога может сопровождаться чувством физического дискомфорта и проявлениями произвольной и вегетативной дисфункции организма. Тревога может быть ситуационной или специфической, т.е. связанной с определенной ситуацией или предметом, или «свободно плавающей», когда отсутствует какое-либо явное связывающее звено с внешними факторами, вызывающими эту тревогу. Характерные черты тревоги можно отличить от состояния тревоги: в первом случае

– устойчивая особенность структуры личности, а во втором – временное расстройство. *Примечание.* Перевод английского термина «тревога» на другие языки может представлять определенную сложность из-за трудноуловимых различий между дополнительным оттенком, выраженным словами, относящимися к этому же понятию.

Тревога в результате разлуки (не рекомендуется) – неточно употребляемый термин, который чаще всего обозначает нормальные или болезненные реакции – тревогу, *стресс* или *страх* – у маленького ребенка, разлученного с родителями (родителем) или лицами, ухаживающими за ним. В дальнейшем развитии психических нарушений это расстройство само по себе не играет роли; оно становится их причиной только в случае, если к нему присоединяются и другие факторы. Психоаналитическая теория выделяет два вида тревоги в результате разлуки: объективную и невротическую.

Ф

Фобия (МКБ 300.2) – патологический страх, который может быть диффузным или сфокусированным на одном или более объектах или обстоятельствах, не пропорциональный внешней опасности или угрозе. Это состояние обычно сопровождается дурными предчувствиями, в результате которых человек старается избегать эти объекты и ситуации. Данное расстройство иногда тесно связано с навязчивым состоянием.

Э

Эмоции (МКБ 295; 298; 300; 308; 309; 310; 312; 313) – комплексное состояние реакции активации, заключающееся в разнообразных физиологических изменениях, обостренном восприятии и субъективных ощущениях, направленных на определенные действия.

Эхолалия (МКБ 299.8) – автоматическое повторение слов или фраз собеседника. Этот симптом может быть проявлением нормальной речи в раннем детстве, иметь место при некоторых болезненных состояниях, включая *дисфазию*, *кататонические состояния*, *умственную отсталость*, *ранний детский аутизм*, или принимать форму так называемой *задержанной эхолалии*.

Учебное издание

Екатерина Сергеевна Мазур

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА И СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

*Учебно-методический комплекс для студентов
очной и заочной форм обучения.*

*Направление подготовки 030900.62 «Юриспруденция»
(квалификация – бакалавр)*

Редактор К.Г. Шилько
Оригинал-макет К.Г. Шилько

Подписано к печати 13.03..2014 г. Формат 60х84 1/16.
Бумага для офисной техники. Гарнитура Times. Усл. печ. л. 5,58.
Тираж 150 экз. Заказ № 187

Отпечатано на оборудовании Издательского Дома
Томского государственного университета
634050, г. Томск, пр. Ленина, 36
Тел. 8+(382-2)–53-15-28